

XXII. évfolyam ■ 2017/1. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



TARTALOM

- A maradék nevében 2–3
- Nem utasítható el a védőnői ellátás 19
- Öt év alatti gyermekek 2000 és 2015 közötti halálzási és halálloki adatainak globális, regionális és országokénti elemzése 4–7
- Mi van, ha nincs? 22–23
- A jó praxis 9
- Elismerés Andreának 24–25
- Adatok a gyermek-alapellátásról 10–11
- A HGYE új vezetősége 25
- Munkacsoportok – szakmapolitikai, tudományos-szakmai, szervezeti, kommunikációs 12–15
- Vészesen fokozódó rezisztencia 26–27
- Kell-e a HGYE-nek kommunikációs stratégia? ... 15
- Házii gyermekorvosi vizsgálóhálózat 28
- A fakanál nyoma 16–18
- A Medscape-ből 29
- In memoriam dr. Pongrácz József 30
- Praxist vegyenek! 31–32

A Házii Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2017-ben:



BioGaia



NUTRICIA
Early Life Nutrition



A HGYE

Címe: 1133 Budapest, Ipoly u. 5/E
Telefonszáma: + 36 1 330 0900
E-mail-címe: hgye@mail2000.net

Bankszámlaszáma: 11713005-20419448

Honlap: www.hgye.hu

Ügyvezető: Dr. Erdélyi István
Titkár: Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:

Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.

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

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

Várjuk megkeresésüket minden pénteken 14 és 16 óra között.



A Házii Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1800 példányban. Terjesztés postai úton házii 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**

A címlapon: Salomon Khalil Melichar, címlapfotó: Konkoly Thege György, belső fotók: Jaksity Iván



A maradék nevében

Aki nem tudja jól csinálni, az tanítja. Aki meg tanítani sem tud... hát, abból lesz a házi gyermekorvos.

Cinkosan kacsintottunk össze mások kifigurázásán mintegy harminc évvel ezelőtt, amikor szigorlóként a gyermekklinikán hallgattuk az akkor fiatal tanársegédek poénkodását. Divatos volt akkor ez az ártalmatlannak tűnő élcelődés, és elhittük, hogy van is valami igazságalapja. Nem zörög a hasaszt, ha nem fújja a szél...

Később mindezt elfelejtettük. Csak valahol nagyon mélyen rémlett fel bennünk ismét, amikor praxist vásároltunk. Egy rossz százíz, egy halvány ajakbiggyesztés volt csupán, igyekeztünk gyorsan másra gondolni. Ha van is ilyen, az ránk nem vonatkozik, mi nem vagyunk másodrendűek, megszerzett tudásunk pedig nem degradálódik, a hivatásunk iránti szeretetünk nem enyhül, nem leszünk rosszabb orvosok csupán attól, hogy kiállunk a sorból, leszállunk a klinikai számárletráról.

Az akkori lelkes és elkötelezett fiatal klinikaigermekorvos-nemzedék tehetsége-sebb tagjai közül mára sokan már egyetemi tanárok, vagy legalább osztályvezető főorvosok itt-ott, Budapesten, vidéken, esetleg Manchesterben, Philadelphióban, Abu Dhabiban vagy Tel Avivban. Mi, akik „körzetbe” mentünk, praxist vásároltunk, nemcsak egzisztenciálisan, de professzionálisan is bebetonoztuk magunkat ebbe a sáros, poros magyar valóságba, a „nyóckerbe”. Csempe-szopácsra, ide-oda, bárhova. Bevállaltuk, hogy itt nincs szakmai előrelépés, a legjobb-jainkból sem lesznek nemhogy professzorok, de adjunktusok sem. Ha megöregedtünk, eleget tapasztaltunk, legfeljebb kiérdemeljük a „főorvos” megszólítást. Számoltunk mindezzel, „benne volt a pakliban” amikor a házi gyermekorvosi pályát választottuk.

De vajon szakmai tudásunk, elméleti ismereteink és gyakorlati betegellátó készségeink is maradnak ott, ahol harminc éve

voltak? Vagy még ott sem? Elolvad, porrá válik, amortizálódik lassan az a tudás is, amit egyszer megszereztünk, és valóban igaz lesz, hogy csak igazolást meg beutalót tudunk írni? A HGYE-ben vagyunk páran, akik többek között azért küzdenek, hogy ez ne így legyen. Tudományos szekciót alakítottunk magunknak, Gyermek-alapellátási Akadémiát indítottunk, Kávészünet-konferenciát szervezünk, könyvet írtunk, nem sorolom...

Sokan érezzük úgy, hogy ma, harminc évvel később, a fent idézett lesajnáló véleménynek már nincs alapja, hogy ez már rég lejárt lemez. Így gondoltuk, amíg nem olvastuk nemrégiben egy hetilap hasábjain megjelent, a gyermek-alapellátás gondjaival foglalkozó riportban egyik vezető gyermekgyógyász professzorunk, klinikai igazgató és elismert szakmai véleményformáló nyilatkozatát a házi gyermekorvosi rezidensképzéssel kapcsolatban. A cikk idézi professzor urat, aki így fogalmaz: „A központi régióban 40 gyermekorvos-hallgató nem oldja meg az orvoshiányt, ezt könnyű kiszámolni. Arról nem beszélve, hogy közülük is inkább csak a maradék helyezkedik el házi gyermekorvosként”.

Fáj ez. Fájó, az utánpótlás hiányával foglalkozó állítás szomorú valóságán túl, a „maradék” kifejezés. Hát még mindig itt tartunk? Valóban ez lenne 2017-ben a klinikai gyermekgyógyászat véleménye az alapellátásról? Hogy csak „maradék” emberek kerülnek a maradék helyekre? Ha ez igaz, akkor nem is meglepő, amivel professzor úr folytatja: „A szakma presztízse nem túl magas. Ma úgy is nehezen találok olyat, aki házi gyermekorvos akar lenni, hogy kifejezetten ilyen rezidensi helyeink is vannak.” Nincs is ezen, mit csodálkozni, hiszen ki tartozna szívesen a „maradék”-ba?

Vajon elgondolkodik-e szavai, nyilatkozata súlyán, társadalmi véleményformáló hatásán egy fontos beosztásban lévő, mértékadó szakmai tekintély, amikor így fogalmaz?

Nemcsak a rezidensek kedvét szegi ugyanis a „maradék”-ba sorolódás lealacsonyító, megbélyegző volta, de gondoljunk bele: szeretnénk-e szülőként, nagyszülőként gyermekünket, unokánkat egy „maradék”-hoz vinni szűrővizsgálatra, védőoltásokra? Szívesen vennénk-e, hogy gyermekünk orvosa a „maradék”-hoz tartozik, és a „maradék”-ra van bízva, ha megbetegszik? Nyilván nem. A rossz minőségűnek tartott, államilag finanszírozott, és a szakmailag ugyan nem feltétlenül magasabb szintű, de bizonyosan drága magánellátásra a szemünk előtt villámgyorsan osztódó egészségügyben így azok a szülők, akik tehetik, nem véletlenül választják majd a „magánt”, ha gyermekorvosi segítségre lesz szükségük. Aki meg nem tudja megfizetni, annak meg marad a „maradék”.

A „maradék” nevében csendesen, de határozottan visszautasítom a „maradékozást”. A legmélyebb elismeréssel a klinikus kollégák felé, mi, alapellátó házi gyermekorvosok kikérjük magunknak ezt a pejoratív kifejezést! Lehet, hogy véletlen, hogy elszólás, hogy nem is lenező szándékkal mondták, de ez akkor is fáj. A maradék, az nem ugyanolyan értékű, mint az, amiből maradt. Az a reszti. A húsból ez mehet a pörköltbe...

Tisztelettel kérjük a professzor urat, és mindenkit, aki így gondolja, hogy ne hangoztassa ezt a véleményét, mert igaztalan és árt vele. Szomorú tény, hogy sok esetben kényszerülünk csupán annak eldöntésére, hogy Petike mehet-e holnap óvodába vagy iskolába. Ez rosszat tesz nekünk is, megítélésünknek is. De ez nem a mi hibánk, hanem a rendszeré, aminek működésébe, jobbításába igenis, jóval inkább várjuk egy professzor beleszólását. A rendszeré, amely évtizedek óta képtelen megfelelő számban kellően kompetens (szakorvost, szakápolót, szakasszisztent, védőnőt, gyógypedagógust stb. megfelelő arányban foglalkoztató), felkészült, jólszervezett és hatékony teammunkában dolgozó gyermek-alapellátó csapatot kitermelni. Azokban az országok-

Kávészünet-19

2017. május 12–14.

A gyermekorvosi alapellátás továbbképző konferenciája

„Egészséges gyermekkor – egészséges felnőttkor”

Pontérték: 40

Témáinkból:

- Elhízás, hipertónia, cardiovascularis rizikó, diéták, diabétesz
- Környezet, életmód, epigenetika
- Szívsebészet utáni gondozás
- Felnőttkori mozgásszervi betegségek megelőzése
- Tanulságos esetek
- Az intestinalis flóra modulálása
- Dymorphiás gyermek, genomika, genetikai tanácsadás
- Vektorközvetített zoonózisok
- Fogászati kórképek, fluor-profilaxis, fogszabályozás
- Kurrens tendenciák az addiktológiában
- Autoimmun betegségek, infektológiai kórképek, sürgősségi esetek, bőrgyógyászat
- Tanulságos esetek
- Forró témák a gyermekgyógyászatban
- Szemelvények az alapellátást érintő legfontosabb diagnosztikai, terápiás közleményekből

Felkért előadónk:

Dr. Ablonczy László, Prof. Dr. Balla György, Prof. Dr. Barkai László, Dr. Bereczki Csaba, Dr. Demetrovics Zolt, Dr. Fábán Gábor, Prof. Dr. Fekete György, Dr. Felvinczi Katalin, Dr. Gábris Katalin, Dr. Gárdos László, Dr. Lakos András, Prof. Dr. Oláh Éva, Prof. Dr. Szabó Attila, Prof. Dr. Szalai Zsuzsanna, Prof. Dr. Szőke György, Dr. Török Dóra, Prof. Dr. Tulassay Tivadar

Kávéházi Szalon – Pre-congress meeting

2017. május 11.

Beszélgetés a koraszülött-ellátásról

Vendégeink: Dr. Nádor Csaba főorvos és munkatársai, Honvédkórház – Állami Egészségügyi Központ PIC

Online jelentkezés: www.hgye.hu

ban, ahol az egészségnek, a gyermek egészséges fejlődésének értéke van, ott ezt meg lehet oldani, amint ezt számos példa mutatja. Nem kellene a csövön a lyukat feltalálni, csak körül kéne nézni és a működő modelleket adaptálni.

Az idézett cikkben megszólaló kollégákkal és sokan másokkal együtt ezt üvöltjük több mint húsz éve. Valóban idősebbek vagyunk, valóban kevesen vagyunk, de ettől még nem vagyunk „maradék”! Nem menünk életet mindennap, de ettől még a munkánk nem tekinthető alacsonyabb értékűnek.

A legérdekesebb, legnehezebb, legkacifántosabb klinikai diagnózisok is az alapellátásban kezdődnek. Valahol, a „nyóckerben”, vagy Csempezkopácson, ahol naponta harmincan vagy nyolcvan benyitnak a házi gyermekorvosi rendelőbe azzal, hogy a gyerekek fáj a feje, hány, csomó nőtt a nyakán, sántít, vagy a múlt héten meghalt a dédi, és kéne a temetés miatt egy igazolás az iskolába. 50-ből 49 gyerek néhány nap után meggyógyul. Petike aznap a huszonnyolcadik volt és neki is láza volt. De neki történetesen invazív bacteriaemiája indult. Az, hogy éppen Petike, és lehetőleg csak Petike érkezzon megfelelő időben a megfelelő helyre, intézetbe, kórházi osztályra, szakrendelésre, az nagyrészt a „maradék” mindennapi munkájának minőségétől függ.

Gyakran és büszkén hangoztatjuk, hogy az erős specializálódás ellenére, más szakmáktól eltérően, a gyermekgyógyászat képes megőrizni egységét. Ennek az állításnak nemcsak a páciens, de a gyermekorvosok vonatkozásában is igaznak kéne lennie, mint ahogy valójában az is, csak néha hajlamosak vagyunk ezt elfelejteni. Mi éppúgy, sőt, talán még inkább „egész” gyermeket gyógyítunk, és éppolyan „egész” gyermekorvosok is vagyunk, mint a klinikákon dolgozó kollégáink.

A „maradék” pedig ebben a paradigmában nehezen értelmezhető.

Kovács Ákos

Öt év alatti gyermekek 2000 és 2015 közötti halálozási és haláloki adatainak globális, regionális és országonkénti elemzése

A gyermekkori túlélésben 1990 és 2015 között elért, figyelemreméltó javulás ellenére sem sikerült elérni az öt év alattiak halandóságának kétharmados világméretű csökkenését, amelyet a Millenniumi Fejlesztési Célok (Millennium Development Goals) között negyedikként (MDG 4) tűztek ki még 2000-ben. Ez a kezdő megállapítása annak a közleménynek, amely Li Liu és munkatársainak tollából a The Lancet 2016. decemberi számában jelent meg¹. A tanulmány a 2000 és 2015 közötti, okspecifikus, gyermekkori halandósági adatok alapján következtetéseket fogalmaz meg a Fenntartható Fejlesztési Célok (Sustainable Development Goals, SDG) gyermekhalandóságot csökkentő célkitűzése érdekében.

Bár a 2015-ben bekövetkezett csaknem 6 millió kisgyermekkori halálesetnek csak töredék része (518) történt Magyarországon, mégis fontosnak gondoltuk, hogy a dolgozat érdekesebb megállapításainak ismertetésével betekintést adjunk a világ gyermek-egészségügyi helyzetének alakulásába.

BEVEZETÉS

2000-ben 189 ENSZ tagország kötelezte el magát, a mélyszegénység – és az abból adódó egészségügyi, környezeti és társadalmi problémák – átfogó együttműködés melletti csökkentésére, és Mil-

lenniumi Fejlesztési Célok néven nyolc időponthoz kötött és mennyiségben meghatározott célt fogalmaztak meg 2015-ös határidővel. A MDG negyedik pontja 25 év alatt az öt év alatti gyermekhalandóság kétharmados, világméretű csökkentését szerette volna elérni 1990 és 2015 között. Bár a kitűzött célt nem sikerült megvalósítani, az öt év alattiak mortalitásának 53%-os, globális csökkenését a szerzők így is jelentős eredményként értékelik. *(Ez az eredeti célkitűzésnél évi 1,7 millióval több gyermekhalált jelent – a ref.)*

A 2016-ban kezdődő új, 15 éves időszak már a Fenntartható Fejlesztési Célok megvalósításának jegyében telik, célja, hogy 2030-ra 25 ezrelék alá csökkenjen az öt év alatti gyermekhalandóság a világ valamennyi országában. Ennek érdekében elengedhetetlen, hogy megismerjük a gyermekkori mortalitás okainak jelenlegi megoszlását és az utóbbi időkben bekövetkezett megváltozást – áll a közleményben.

MÓDSZEREK

A tanulmány készítői a 2000 és 2015 közötti időszak valamennyi évére és mind a 194 WHO tagállamra vonatkozóan adatokat gyűjtöttek az öt évnél fiatalabb életkorban elhunyt gyermekek számáról, haláluk okáról. Az okspecifikus halálesetek számát az adott életkorban előforduló összes elhalálozás számának, a korszpecifikus és az adott betegség okspecifikus halandósági hányadának a szorzataként

határozták meg. A korszpecifikus halálozási és az élveszületési mutatók az ENSZ szervezeteinek adatbázisából származtak. Az öt év alatti gyermekhalandóságot 1000 élve születésre (ezrelék, ‰) vonatkoztatva tüntették fel.

A részletes módszertan ismertetése meghaladja ezen összefoglaló kereteit, de a tanulmány készítői fontosnak tartották kiemelni, hogy az előző számításokhoz képest jelentősen (30%-kal) megnőtt a beviteli adatok mennyisége, új, kevésbé szubjektív indexet vezettek be a korábban alkalmazott helyett a malária okozta halálozások számának becslésére, megváltoztatták a Kínával kapcsolatban korábban alkalmazott számítási módszert, valamint új védőoltások (Pneumococcus, rotavírus) hatását is vizsgálták az utólagos analízis során. Külön modellezték a megbízható halálozási statisztikával rendelkező (67–69 db), a nem megfelelő halálozási statisztikával rendelkező, de alacsony gyermekhalandóságú (47–44 db), valamint a nem megfelelő halálozási statisztikával rendelkező és magas gyermekmortalitású országokat (80–81 db). A 2015-ben bekövetkezett haláleseteknek csak 3%-a(!) történt olyan országban, amely megbízható halálozási statisztikával rendelkezik. *(Ez mindent elmond a pontos számok megbecslésének nehézségéről – a ref.)* Hat vizsgálati csoportot hoztak létre a 2015-ös gyermekhalandósági adatok alapján a nagyon alacsony, az alacsony, a közepes, a közepesen magas, a magas, és a

¹ Liu L. et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals.

nagyon magas mortalitású országoknak, külön-külön 10, 25, 50, 75, 100%-es küszöbértékeket alkalmazva.

ADATOK

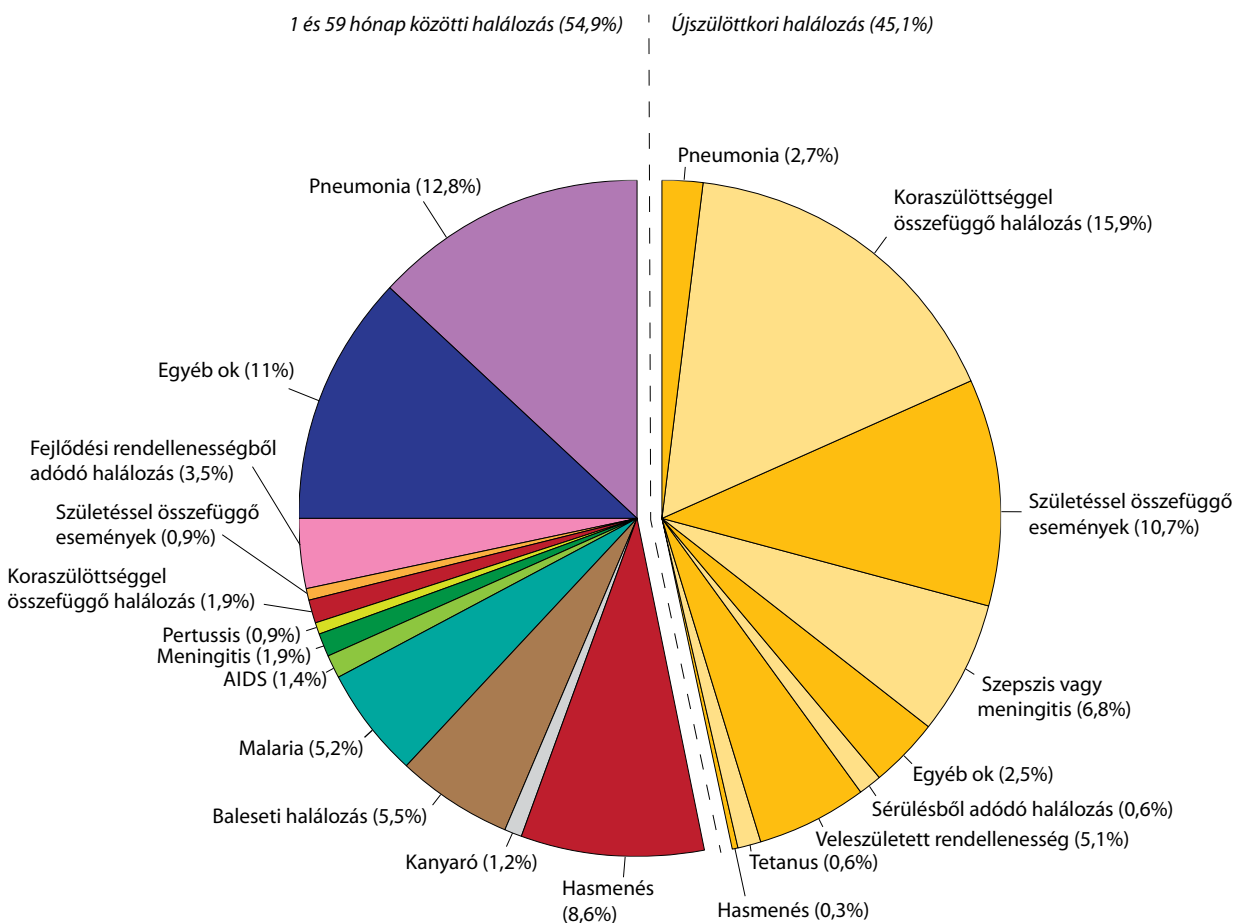
2015-ben 5,941 millió 5 évnél fiatalabb gyermek halt meg világszerte. Azon gyermekek, akik nem élték meg az ötödik születésnapjukat, csaknem fele (2,681 millió, 45,1%) újszülöttként vesztette életét (1. ábra). A halálhoz vezető leggyakoribb okok a teljes öt év alatti korcsoportban a koraszülöttséggel kapcsolatos szövődmények (1,055 millió, 17,8%), a tüdőgyulladás (0,921 millió, 15,5%) és a szülés közbeni események

tüdőgyulladás (0,762 millió, 12,8%), a hasmenés (0,509 millió, 8,6%), valamint a balesetek (0,327 millió, 5,5%).

A Földön az öt évnél fiatalabbak között 2015-ben bekövetkezett halálesetek 82%-át továbbra is két régió – a szubszaharai Afrika (2,947 millió) és Dél-Ázsia (1,891 millió) – adta, bár a halálozás okának tekintetében e két terület között is lényeges különbségek találhatók. Míg Afrikában továbbra is a tüdőgyulladás (0,490 millió) követelte a legtöbb áldozatot, Dél-Ázsiában az újszülöttkorban bekövetkező, koraszülöttséghez társuló komplikációk (0,478 millió) képezték a vezető halálokat.

zött változott a 194 vizsgált országban, 2015-ben. A 10 legmagasabb halálozási aránnyal rendelkező ország mindegyike a szubszaharai afrikai régióban található, valamennyi 90% feletti mortalitási rátával. (Ez az érték a múlt század elejének magyarországi gyermekhalandóságával mérhető össze – a ref.). Közülük a nagyobb népességű országok (Angola, Nigéria, Kongói Demokratikus Köztársaság) a legtöbb halálesetet adó országok között is az élen szerepeltek. A tüdőgyulladás mint leggyakrabban előforduló halálok mellett két országban (Mali, Sierra Leone) a malária követelte a legtöbb gyermekhalált.

1. ábra Az 5 év alatti összhálózás (100%) haláloki megoszlása az újszülött (45,1%) és az 1–59 hónapos (54,9%) korcsoporton belüli bontásban – globálisan



(0,691 millió, 11,6%) voltak. Ha csak az újszülötteket (0–1 hó) vizsgáljuk, akkor is a koraszülöttség volt a leggyakoribb halálok (0,944 millió, 15,9%), amelyet a szülés közbeni események (0,637 millió, 10,7%) és a szeepszis/meningitis követett (0,401 millió, 6,8%). Az 1–59 hónaposan elhunytak között továbbra is olyan klasszikus gyermekgyógyászati kórképek szerepeltek vezető halálökként, mint a

A vizsgált 194 ország között 2015-ben volt, ahol csak 1 (egy) öt évnél fiatalabb gyermek vesztette életét, míg a legtöbben (1,201 millió) Indiában haltak meg. A fiatal gyermekkorban bekövetkező halálesetek 60%-a (3,587 millió) a 10 legmagasabb összhálózási számmal rendelkező országban fordult elő.

Az ötéves életkor előtt bekövetkező halálozás kockázata 1,9‰ és 155‰ kö-

Össességében több mint 4 millióval kevesebb haláleset fordult elő az öt évnél fiatalabbak között 2015-ben, mint 2000-ben. Habár 2000-ben is a tüdőgyulladás és a koraszülöttséghez társuló komplikációk voltak a vezető halálozási okok, ezeket 2015-ben már az intrapartum események követték a harmadik helyen, megelőzve a hasmenést. Ezen időszakban az öt év alatti gyermekha-

landóság aránya 77,8%-ról 42,5%-re csökkent (2. ábra). 30%-nál nagyobb mértékben csökkent a tüdőgyulladás, a hasmenés, az újszülöttkori, szülés közbeni események, a malária, és a kanyaró okozta halálozások aránya, amelyek így együttesen a 2000 és 2015 közötti időszakban bekövetkezett jelentős mértékű (-35,3%) csökkenés 61,6%-át (-21,7%) eredményezték.

2015-ben a 10 legmagasabb halálozási aránnyal rendelkező ország: Angola, Csád, Szomália, Közép-afrikai Köztársaság, Sierra Leone, Mali, Nigéria, Benin, Kongói Demokratikus Köztársaság, Egyenlítői-Guinea

Az öt év alatti gyermekhalandóság éves csökkenési rátája a 2000 és 2015 közötti időszakban globálisan 4% volt, amely érték alatta maradt a MDG 4 teljesítéséhez szükséges 4,4%-os korábbi becslésnek. Az újszülöttek halálozási arányának javulása lassabb mértékben (évi 3,1%) csökkent, mint az 1–59 hónapos korcsoporté (évi 4,7%), amelynek eredményeképpen az újszülöttkorban bekövetkezett halálozás 2000-ben mért 39,3%-os aránya 2015-re 45,1%-ra nőtt. Kilenc halálok teljesítette a legalább 4,4%-os éves csökkenési rátát 2000 óta, amelyek közül a kanyaró 13,1%-os éves csökkenése volt a legjelentősebb. *(Egy újabb cáfolthatatlan érv a védőoltások alkalmazása mellett! – a ref.)* Épp ellenkezőleg, ugyanezen időszakban az újszülöttkorban bekövetkező, veleszületett fejlődési rendellenességek okozta halálozás csak évi 0,8%-kal csökkent.

A tíz MDG-régió közül a főként Kína alkotta Kelet-Ázsia mutatta a leggyorsabb halálozási arány-csökkenést 2000 és 2015 között, évi 8,2%-kal. *(Ezt az értéket részben a kiindulási kedvezőtlen adatok is magyarázzák – a ref.)* Az összes halálozási mutató legalább 70%-os javulását követően a gyermekhalandóság a korábbi 37,1%-ról 10,8%-ra változott. A szubzaharai régióban a malária, a hasmenés és a kanyaró oki szerepének jelentős csökkenése zajlott az 1–59 hónapos korosztályban, amelynek eredménye, hogy a 2000-ben még vezető halállokként szereplő maláriát 2015-re a tüdőgyulladás váltotta az első helyen. Dél-Ázsiában a koraszülöttséggel kapcsolatos szövődmények oki szerepének évi 1,4%-os csökkenése jóval elmaradt a régiós gyermekhalandóság 3,8%-os

éves javulásától, amelynek következtében 2015-re ebben a régióban minden negyedik öt év alatti gyermek halálának oka a koraszülöttség lett.

Végül a halálozási arányszámok alapján létrehozott 6 országcsoportot is külön elemezték. A nagyon magas halandósággal (>100%) rendelkező 7 ország mindegyike Afrikában található, és 2015-ben minden ötödik haláleset ezek valamelyikében következett be, főként tüdőgyulladás, malária és hasmenés következményeként. A magas, a közepesen magas és a közepes halálozási aránnyal rendelkező országokban (17, 20, 36 ország) nagyon hasonlóak voltak a vezető halállokok, úgymint a koraszülöttséggel kapcsolatos komplikációk, tüdőgyulladás és szülés közbeni események. 60 ország alkotta a nagyon alacsony mortalitású (<10%) csoportot, együttesen felelve a 2015-ben bekövetkezett halálesetek mindössze 2%-áért, melyeket elsősorban a veleszületett fejlődési rendellenességek, a koraszülöttség és a balesetek okozták. A különböző országcsoportok közötti mortalitási arány emelkedésével a tüdőgyulladás, a hasmenés és a malária halálloki szerepe is egyenes arányban növekedett, miközben a veleszületett fejlődési rendellenességek aránya csökkenő tendenciát mutatott.

MEGBESZÉLÉS

Habár 2015-ben világszerte 18 ezerrel kevesebb öt év alatti gyermek halt meg naponta, mint 1990-ben a MDG 4 célját nem sikerült teljesíteni. Sikertelenségként értékelhető egyes országok magas gyermekhalandóságának tartós perzisztálása is. Fontos eredmény a kanyaró és az újszülöttkori tetanusz okozta halálozások számának nagyon gyors csökkenése. A számos gyermekhalálért felelős tüdőgyulladás és hasmenés halálozási trendje is kedvező képet mutatott. A MDG 4 kudarcanak oka elsősorban az újszülöttkori halállokok (koraszülöttség, veleszületett fejlődési rendellenességek, szepszis/meningitis) és a balesetek előfordulásának lassabb csökkenésében (<évi 4,4%) keresendő.

Az újszülöttkori halálozás kisebb mértékben csökkent, mint az idősebb gyermekkorosztályé. A két életkori csoport hasonló mértékű javulása esetén teljesülhetett volna a világ gyermekhalandóságának kétharmados csökkenése 2015-re. Egyedüli kivétel Kelet-Ázsia, ahol, főként a Kínában bekövetkezett nagymértékű és kiegyensúlyozott újszülöttkori halálozási arány-csökkenésnek

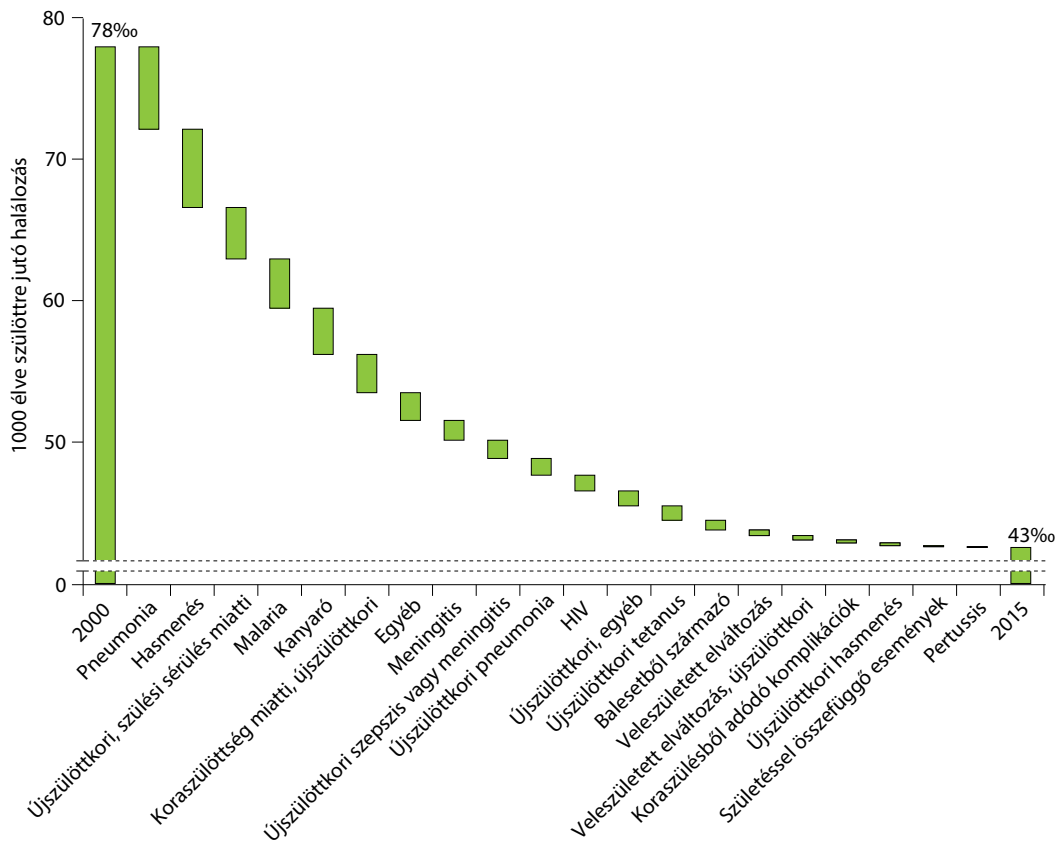
köszönhetően az újszülöttkori mortalitás nagyobb javulást mutatott, mint az idősebb gyermekeké. Szubzaharai Afrikában ennek az ellenkezője zajlott, az újszülöttkori halandóság javulása kevesebb mint fele volt az idősebbekénél.

2015-ben a kisgyermekkorban bekövetkezett halálozás szempontjából legnagyobb mértékben érintett szubzaharai afrikai régióban született minden 4. gyermek. 2030-ra előreláthatóan már minden 3. gyermek itt látja meg a napvilágot, amely a fiatal nők felvilágosításának, a modern családtervezésnek és fogamzásgátlási módszerek széles körű elfogadtatásának fontosságára hívja fel a figyelmet ezen országokban. *(Vagyis a gyermekhalálcsökkentését részben a születések számának csökkentésével lehetne elérni – a ref.)* 2000 és 2015 között ugyan csökkent a jelentős fertőző betegségek oki szerepe, de a tüdőgyulladás, a hasmenés, a malária és az agyhártyagyulladás továbbra is jelentős erőfeszítéseket igényel majd a gyermekek túlélésének javítása érdekében. A vártnál lassabban csökkent számos újszülöttkori betegség és a balesetek előfordulása is, amely további, célzott beavatkozásokat sürget.

Az elmúlt 15 évben Dél-Ázsiában jelentősen növekedett a koraszülöttséggel kapcsolatos komplikációk és a veleszületett rendellenességek aránya az öt év alatti korosztály halálának okai között, vagyis a jövőben átfogó programokra van szükség ezen a területen.

A Fenntartható Fejlesztési Célok nem tesznek különbséget a Föld országai között, 2030-ra valamennyiük számára 25%-nál alacsonyabb öt év alatti gyermekhalandóságot jelölték meg elérendő célként. A nemzeti stratégiák kialakításánál ehhez figyelembe kell venni az egyes országokra vonatkozó halálozási számokat és az okok megoszlását. A legmagasabb gyermekhalandóságú országokban továbbra is olyan gyakori fertőző betegségekre kell összpontosítani, mint a tüdőgyulladás, a malária és a hasmenés. Valamennyi előfordulása csökkenthető olyan hatékony és alacsony költségű beavatkozásokkal, mint az anyatejes táplálás elősegítése, a B-típusú Haemophilus influenzae és Pneumococcus elleni védőoltások széles körű bevezetése, a vízminőség és higiénia körülmények javítása, a rotavírus-vakcináció, cinkpótlás, orális rehidráció folyadékok alkalmazása, a hasmenéses megbetegedések közösségi szintű kezelése, a rovarirtóval kezelt szúnyogháló szélés körű használata és a kombinált artemisinin alapú szerek alkalmazása a

2. ábra Különböző betegségek halálozásának csökkenése (%) 2000 és 2015 között az 5 év alattiak körében



malária kezelésében. (Megelőzhető vele a rezisztencia kialakulása, viszont drága, az afrikai gyerekek kevesebb mint 10%-a jut hozzá – a ref.)

2015-ben a 10 legmagasabb összhálalozási számmal rendelkező ország: India, Nigéria, Pakisztán, Kongói Demokratikus Köztársaság, Etiópia, Kína, Angola, Indonézia, Banglades, Tanzánia

A középestől a magas gyermekhalandósággal rendelkező országok egészségpolitikájának a koraszülöttségből, a tüdőgyulladásból és a szülés közbeni eseményekből származó halálesetek megelőzésére kell összpontosítaniuk. A koraszülöttségből eredő halálozás megelőzése elsősorban a várandósgondozás javulásától, a szteroid-profilaxistól és a „kenguru”-módszertől (a szoros anyacsecsemő kapcsolat kialakítása, a bőrkontaktus és a kizárólagos szoptatás fenntartása, valamint az édesanya támogatása valóban nem anyagi, hanem szemléletbeli kérdés – a ref.) várható, vagyis az egészségpolitikai programoknak is erre kell fókuszálniuk. A szülészeti sürgősségi ellátás és az újszülött-újraélesztés hatékonyságának széles körű javításával

csökkenthető az intrapartum halálozások száma a jövőben.

Jóllehet 114 országban 25%-nál alacsonyabb volt a gyermekhalandóság 2015-ben – vagyis gyakorlatilag már most teljesítették a SDG célt – ez nem jelenti azt, hogy a haláloki mutatóik is azonosak. Az alacsony halálozási aránnyal rendelkező országokban a veleszületett fejlődési rendellenességek az öt év alattiak halálának leggyakoribb okozói – ezek korai felismerése és műtéti kezelésének javítása a halálozás további csökkenését eredményezné ebben a korosztályban –, de a nagyon alacsony mortalitású országokkal összehasonlítva, körükben magasnak mondható a koraszülöttség, a szülés közbeni események és a tüdőgyulladás előfordulása is.

A legjobb helyzetben lévő országoknak is módot kell találniuk a további fejlődésre, bár ezen területeken már a 2000 és 2015 közötti időszakban is gyorsan csökkent a gyermekhalandóság. Ezekben az országokban a széles körű baleset-megelőzési programok és további szűrővizsgálatok hatékony alkalmazása vezethetne további eredményekhez.

MAGYARORSZÁGI HELYZET

Magyarországon az öt év alatti gyermekhalandóság 2015-ben 6‰ volt, amellyel a WHO 194 tagországát felsoroló listán a

41. helyet foglaljuk el Máltával közösen, de a környező országok közül Horvátország (28.), Ausztria (28.) és Csehország (12.) is megelőz bennünket. A hazánkban 1990-ben mért 19‰-es halálozási arány a 2015-ig tartó időszakban évente 4,7%-kal csökkent. (Magyarország valóban jobban teljesített a MDG céljában foglaltaknál – a ref.) Az újszülöttkorban bekövetkezett halálozások száma nagyobb arányban csökkent (601-ről 304-re, 49,4%-kal), mint az idősebb gyermekeké (387-ről 214-re, 44,7%-kal). Az újszülöttkori halálokok közül csökkent a koraszülöttség szerepe (64-ről 56%-ra), ugyanakkor megnőtt az intrapartum események aránya (5-ről 10%-ra). Az 1–59 hónapos korosztályban a tüdőgyulladás haláloki szerepe mérhetően csökkent (14-ről 9%-ra).

Ebben a kedvezőnek mondható helyzetben is van lehetőség azonban a javulásra. A neonatológiai ellátás javítása mellett a házi gyermekorvosok elsősorban a családtervezésben nyújtott segítség adásával, az anyatejes táplálás ajánlásával, a védőoltási fegyelem fenntartásával, a nem kötelező védőoltások széles körű alkalmazásával és balesetmegelőző felvilágosító munkával tehetnek legtöbbet az elkerülhető halálesetek megelőzése érdekében.

A jó praxis

Milyenek vagyunk? Melyikünk ne tette volna már fel ezt a kérdést magának? Hisz' mindenki jó praxishoz, jó orvoshoz szeretne kerülni, szülő is, gyerek is, adott esetben maga az orvos is. Legyen a praxis orvosa szakmailag jó, legyen az orvos és asszisztense bizalomgerjesztő, vegyenek betegként emberszámba, bánjanak velem tisztességesen. Orvosként is nap mint nap szembesülünk a kérdéssel: jó vagyok-e, elégedettek-e velem betegeim?

A Német Orvosi Kamara készített a betegek számára egy útmutatót, („Woran erkennt man eine gute Arztpraxis?“ 2015. Artztliche Zentrum für Qualität in der Medizin) hogy segítse az eligazodást, ebből adunk az alábbiakban tájékoztatást.

Álljunk be a saját várónkba, és egy beteg gyermek és szülője szemével tekintsük át, milyennek tűnik a praxis számunkra? Egy orvosi szolgáltatónál mindennek fokozott a jelentősége. Indítsunk egy önvizsgálatot a következő kérdések alapján.

A PRAXIS

Könnyen elérhető-e telefonon a rendelő, meg tudok-e állni autóval a közelében, nem csúszik-e a járda, ki van-e világítva a bejárat, van-e korlát az úttest előtt, ha kirohan a gyerek, akadálymentesített feljáró van-e? Van-e recepció, előjegyzési időpont, hajlandók-e azt az igényeimhez igazítani? Emlékeztetnek-e telefonon egy korábban egyeztetett vizsgálat közelgő időpontjára? Ki vannak-e táblázva a helyiségek, hasznosak-e a kint lévő információk, milyen a váró, gyermekbarát-, mi több: „serdülőbarát“-e a rendelő? Van-e megfelelő mennyiségű ülőhely, fogas a váróban, tiszták, kulturáltak-e a mosdók? És van-e indokolt esetben lehetőség otthoni orvosi vizitre?

HANGNEM, BÁNÁSMÓD

Van-e és udvarias-e a recepció, elmondhatom-e neki a panaszaimat anélkül, hogy a következő beteg a nyakamba lihegne? Egy számomra sürgősnek tűnő helyzetben miként reagál az asszisztencia, barátságosak, udvariasak-e, milyen a megszólítás? „Bejön“-e a rendelő hangulata a gyerekeknek, milyen hosszú a várakozási idő, igyekeznek-e tartani az egyeztetett időpontot, tájékoztatnak-e az időpont várható csúszásáról? Egyenlő

bánásmódban részesülnek-e a betegek, nincs-e életkori, származási, vagy másmilyen megkülönböztetés?

Köszönt-e az orvos, ha még nem találkozunk, bemutatkozik-e, bemutatja-e az asszisztenszt, rezidenst is? Milyen az orvos és az asszisztens megjelenése, jól ápoltak-e, illendő-e a ruházatuk, tiszta-e a kezük, használ-e kézfertőtlenítőt az orvos az egyes betegek után? Kínál-e helyet, figyel-e rám, ad-e időt panaszaimra, vagy sürgetést üzen a meta-kommunikációja? Empátiát mutat-e, tapintatos-e, jól bánik-e gyermekemmel? Vizsgálata meggyőző-e, terápiás javaslata érthető, elfogadható-e? Megbízhatóságot, szaktudást áraszt-e, válaszolt-e a kérdéseimre?

Miközben velem foglalkozik, kerüli-e a telefonhívásokat, rokonszenvesen kommunikál-e egymással orvos és asszisztense? Az asszisztens „hozzám“-állása is jóleső-e, jól bánik-e ő is beteg gyermekemmel, szimpatikus módon kezeli-e a zavaró körülményeket (benyitás, telefonhívás, az orvos szokott rutinon kívül eső kérése stb.) Milyenek az ő gesztusai?

INTIMITÁS

A vetkőzés, öltözés körülményei megfelelnek-e, nem hosszabb-e a ruhátlan vizsgálat a feltétlenül indokoltnál? Nem tartózkodik-e illetéktelen személy a rendelőben, nem megy-e át, nem zavarja-e belépésével, kérdéssel, beszéddel harmadik személy a vizsgálatot? Van-e lehetőség az orvossal négy szemközti beszélgetésre?

FELVILÁGOSÍTÁS, INFORMÁCIÓK

Érthető, átfogó felvilágosítást kapok-e, figyelembe veszi-e az orvos az információigényemet, használ-e lehetőség esetén szemléltető ábrát, kerüli-e az érthetetlen orvosi kifejezéseket, tájékoztat-e alternatív diagnosztikus vagy terápiás lehetőségekről? Figyelmeztet-e a kezelés késlekedésének veszélyeire, várható mellékhatásokra, nyújt-e segítséget a szükséges konzíliumok megszervezéséhez? Kapok-e felvilágosítást arról, hogy érdeklődhetek telefonon is a vizsgálati eredmények felől, van-e mód a leletek közös értékelésére? Adnak-e írásos összefoglalót a megjelenésről: panaszokról, vizsgálati leletekről, diagnózisról, javasolt terápiáról, további teendőkről? Tájékoztatnak-e ha egy vizsgálatot vagy kezelést nem finanszíroz az egészségbiztosító, van-e lehetőségem a felmerülő kérdések tisztázására, okoz-e az orvos-beteg kapcsolat-

ban gondot, ha konzíliumot, „second opinion“-t szeretnék kérni, nyújt-e ehhez segítséget az orvos, rendelkezésre bocsátja-e a szükséges információkat? Adnak-e írásos kiegészítő tájékoztatást további lehetőségekről, pl. önszertől csoportokról, szakszerű internetoldalokról?

DÖNTÉSEKBE BEVONÁS

Elhangzik-e kérdés arra vonatkozóan, hogy milyen elvárásaim, kívánságaim vannak a kezelés során, és komolyan veszik-e ezeket? Kapok-e választ a félelmeimre? Elfogadják-e, ha nem értek egyet a javaslattal, vagy át szeretném gondolni azt, esetleg családtagjaimat is bevonnám a döntési folyamatba?

ADATOK ŐRZÉSE

Odafigyelnek-e arra, hogy mások ne hallják, olvassák azt, ami kizárólag rám vonatkozik? Betartják-e azt a szabályt, hogy harmadik személy csak az ellátásom érdekében kaphat információt, jelenlétemben más betegről névvel nem beszélhetnek, a számomra felírt vények tartalma mások számára nem publikus?

INFORMÁCIÓK A PRAXISRÓL

Nyilvános-e a praxis munkatársainak képzettsége, méri-e az elégedettségemet, reagálnak-e panaszos jelzéseimre, van-e minőségbiztosítás a praxisban? Ki van-e függesztve egy jól látható árlista a fizetéköteles szolgáltatásokról, kapok-e ilyenről kérés nélkül is tétel számlát?

A fentiek csak ízelítőt adnak abból az adatsorból, amelyek minősítenek egy praxist, a téma ennél jóval tartalmasabb. Tisztában vagyunk azzal, hogy a fent vázolt elvárások jó része szinte teljesíthetetlen a közfinanszírozott egészségügy mai hazai állapotában. És azzal is, hogy egy praxis minősége nem ítéhető meg csupán a fenti paraméterekkel, amelyek inkább jellemzik az ellátás körülményeit, mint az ellátás szakmaiságát vagy szakmai tanácsaink helyességét. De ezek a tényezők is komolyan számítanak: érdemi képet alkothat a beteg a bizalmával megtisztelt orvosról, működésének tartalmi, stílusbeli elemeiről. És az ennek alapján kialakuló bizalom már meghatározó az orvos és beteg közötti kapcsolat szempontjából, döntő a beteg együttműködését, további lépéseink eredményességét illetően. (Ref.)

REFERÁLTA: PÁTRI LÁSZLÓ

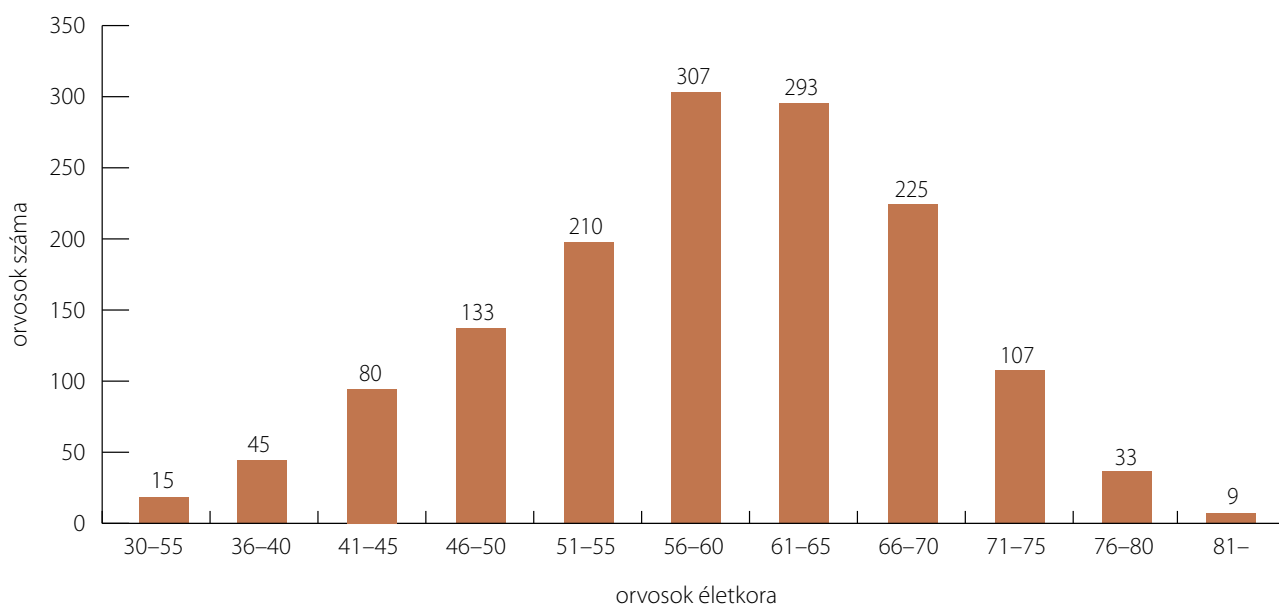
Gyermek-alapellátás

(Forrás: OEP, 2016)

Különböző praxisokba tartozó 0–18 évesek százalékos megoszlása megyénként

MEGYE	háziiorvosi	vegyes	gyermekorvosi	háziiorvosi + vegyes
	%			
BARANYA	2,4	22,8	74,8	25,2
BÁCS-KISKUN	3,3	13,2	83,5	16,5
BÉKÉS	3,6	17,6	78,8	21,2
BORSOD-ABAÚJ-Z.	3,2	36,1	60,7	39,3
CSONGRÁD	3,0	14,8	82,3	17,7
FEJÉR	2,5	23,0	74,4	25,6
GYŐR-MOSON-SOPRON	2,4	23,2	74,4	25,6
HAJDÚ-BIHAR	3,5	18,5	78,0	22,0
HEVES	2,4	38,7	58,9	41,1
KOMÁROM-ESZTERGOM	2,9	13,1	84,0	16,0
NÓGRÁD	2,4	40,9	56,7	43,3
PEST	3,7	9,5	86,9	13,1
SOMOGY	2,4	36,5	61,2	38,8
SZABOLCS-SZATMÁR-B.	2,5	48,7	48,8	51,2
JÁSZ-NK-SZOLNOK	5,8	19,3	74,8	25,2
TOLNA	2,9	21,0	76,1	23,9
VAS	1,9	23,0	75,2	24,8
VESZPRÉM	2,9	24,1	73,0	27,0
ZALA	2,2	30,0	67,8	32,2
BUDAPEST	2,6	--	97,4	2,6
átlag	3,0	19,7	77,3	22,7

Házi gyermekorvosok korcsoportonkénti megoszlása



Praxisok száma

év		gyermekorvosi	vegyes	házirovosi	összesen
2010		1572	1518	3646	6736
2016	betöltött	1522	1502	3550	6574
	betöltetlen	65	176	74	315

Gyermekek száma korcsoportonként és praxistípusonként

korcsoport	gyermekorvosi	vegyes	házirovosi	összesen
0–4 éves	355 600	74 164	–	429 764
5–14 éves	752 905	180 091	1 300	934 296
15–18 éves	233 855	86 961	50 640	371 456
0–18 éves	1 342 360	341 216	51 940	1 735 516
	77,3%	19,7%	3,0%	–

Gyermek-korcsoportok megoszlása a különböző típusú praxisokban

korcsoport	gyermekorvosi	vegyes	házirovosi
0–4 éves	82,74%	17,26%	–
5–14 éves	80,59%	19,28%	0,14%
15–18 éves	62,96%	23,41%	13,63%

Gyermekorvosi praxisba tartozók átlagos száma: 922

Nem gyermekorvoshoz tartozik a

14 éven aluli gyermekek	19 százalék
15–18 éves gyermekek	38 százalék

Házi gyermekorvosok átlagéletkora: 56 év



Más módon

A HGYE az elmúlt 20 év következetes tevékenységével elérte, hogy megkerülhetetlen véleményformáló lett a házi gyermekorvosi rendszert, a házi gyermekorvosokat érintő kérdésekben. Ennek természetes következményeként folyamatosan növekszik feladataink mennyisége. A munka megfelelő minőségű elvégzésére rugalmasabb, operatívabb, projektszemléletű szervezeti felállásra tértünk át.

A következőkben a munkacsoportok vezetői ismertetik célkitűzéseiket.

SAKMAPOLITIKAI MUNKACSOPORT

A módszerbeli változás kapcsán munkacsoportok szintjén is elkülönült az egyesület szakpolitikai és szakmai-tudományos tevékenysége. A két feladat sok tekintetben kapcsolódik egymáshoz, végeredményben azonos célokat követ, ezért a különböző projektek megvalósításában előbbre való a hozzáértés, az adott témában való jártasság, mint a formális hierarchiában elfoglalt helyzet. Ez természetesen nem befolyásolja azt, hogy az egyesület missziójának megvalósításáért a legnagyobb felelősség az elnököt és a két alelnököt terheli.

A következőkben bemutatom a HGYE legfontosabb szakpolitikai feladatait.

Nem megkérdőjelezhető célunk a házi gyermekorvosi rendszer megőrzése, korszerűsítése és a lehető legnagyobb földrajzi területre való kiterjesztése, a házi gyermekorvosi munka jogi, rendeleti, infrastrukturális, munkaerő-gazdálkodási és finanszírozási feltételeinek javítása. Mindezt a korszerű képzés, továbbképzés adta nagyobb kompetencia akadálytalan megvalósítása, kiteljesedése érdekében kell tennünk.

A házi gyermekorvosi praxisok személyi és tárgyi feltételeit úgy kell kialakítani, hogy azok szakmai és gazdasági értelemben is működőképesek legyenek. Feltételei: a képzési keretszámok

emelése, a praxisok és az egész ellátórendszer szervezeti struktúrájának, felszereltségének korszerűsítése, ezzel magasabb szinten megfelelve a gyermekek szükségleteinek, a tudományos fejlődés és a demográfiai körülmények által támasztott igényeknek.

Nagyobb létszámú – ahol ez létrehozható, ott mikrotérségi – praxisokra, a második szakvizsgákat is jobban kihasználó praxisközösségekre, csoportpraxisokra van szükség. Az öregedő korfa, az eddig elhanyagolt és ezért siralmas gyermekgyógyász-utánpótlás most már nem teszi lehetővé a problémának kizárólag munkaerőoldalról történő orvoslását. A korszerű házi gyermekorvosi rendszer megteremtéséhez, fenntartásához strukturális reformokra is szükség van. Kü lönyös figyelmet kell fordítani a hátrányos térségek gyermekorvosi ellátásának megoldására, mert nagy tudású, gyakorlott gyermekorvosokra ezekben a térségekben is nagy szükség lenne. A HGYE-nek mint érdekvédő szervezetnek foglalkoznia kell a ténylegesen nyugdíjba vonuló, de praxisát eladni nem tudó kollégák egzisztenciális gondjaival is, aminek méltó megoldására a mostani praxistörvény nem ad lehetőséget. Ez egyben a rendszer karcsúsításának, a gyermekpopuláció jelenlegi létszámához való igazításának is egyik eszköze, vannak ugyanis olyan területek, ahol nincs szükség arra, hogy minden praxis utódlással fennmaradjon.

A házi gyermekorvosi kompetencia bővítését elősegítené a gyermekgyógyász szakvizsgára ráépíthető házi gyermekorvosi szakképesítés. A teljesítményfinanszírozás részleteinek további finomításához újabb, korszerűbb, a teljesítményt jobban tükröző indikátorok kidolgozása is a szakpolitikai munkacsoport feladata, természetesen szorosan együttműködve a szakmai-tudományos munkacsoporttal. A jövőnk megalapozását, tudományos tevékenységünket segítik a gyermek-alapellátásban végezhető klinikai és epidemiológiai vizsgálatok. A szakpolitika a szer-

vezés szintjén járulhat hozzá egy klinikai vizsgálóhálózat létrehozásához.

A jövőnk szempontjából legfontosabb az utánpótlás biztosítása. Ezt segíti a házi gyermekorvosi tutorhálózat életre hívása, a gyermekgyógyászati és a családorvosi tanszékek házi gyermekorvosi oktatási elveinek egyeztetése, együttműködésük koordinálása. A házi gyermekorvoslás intézményi háttere sincs megoldva. Semmilyen érveléssel nem lehet igazolni azt, hogy egy milliós nagyságrendű gyermeknépeséget ellátó, speciális igényű ellátórendszernek nincs módszertani és tudományos hátteret biztosító intézete, szervezeti egysége. Célunk egy ilyen módszertani egység/intézet létrehozása. Az alapellátási, házi gyermekorvosi ügyeletek helyzetének rendezését célzó javaslatok kidolgozása szintén e munkacsoport tevékenységi körébe tartozik. Foglalkoznunk kell az iskola-egészségügyi ellátás visszasságával is, sok a felesleges párhuzamosság, miközben a korszerű közösségi orvosláshoz szükséges sportorvosi, diétetikai és egészségnevelési feladatokat nem tudja felvállalni a szolgálat.

Fontos feladatunk a jogszabályok, jogszabálytervezetek szakpolitikai véleményezése és az egyesület képvisellete a társszervezetekben, intézetekben, vagy az egészségügyi kormányzat előtt. A házi gyermekorvosok kollegiális vezetői hálózatának kialakítása sem tűr halasztást, igényt tartunk arra, hogy a problémát érintő szervezeti, személyi és hatásköri kérdésekben javaslatainkat is figyelembe vegyék.

Tevékenységi körünkbe tartozik, hogy minden esetben érdemben reagáljunk az ad hoc adódó szakpolitikai jellegű problémákra.

Ezen kihívások megoldására várjuk azoknak a kollégáknak a csatlakozását, akik készek segíteni munkacsoportunkat.

MUZSAY GÉZA, A MUNKACSOPORT VEZETŐJE

E-MAIL: MUZSAY.GEZA@GMAIL.COM

TUDOMÁNYOS-SZAKMAI MUNKACSOPORT

A tudományos-szakmai munkacsoport létrehozása szerves része az egyesület által az utóbbi négy évben kialakított szakmai koncepciónak. Ennek lényege, hogy a szakmapolitika és az érdekvé-nyesítés mellett egy ezekhez szervesen kapcsolódó, de mégis önállóan is karakteresen megjelenő harmadik feladat-csomag, ha tetszik elköteleződés, a gyermek-alapellátás tudományos-szakmai képviselője is megerősödjön az egyesület tevékenységében. Az a felismerés és meggyőződés vezetett erre az elhatározásra, hogy a házi gyermekorvoslás, ami egyrészt az egységes csecsemő- és gyermekorvoslás integráns része, de egyben önálló akadémiai és tudományos diszciplína is, mindmáig nem kapta meg a klinikai gyermekgyógyászat egyéb területei mellett az őt megillető szakmai elismerést és elfogadást. Egy igényes, nemzetközi mértékkel mérve is magas színvonalú, bizonyítékokra alapozott, ugyanakkor szociálisan érzékeny, a közösségi orvoslás és a szociálpédiátria szempontjait figyelembe vevő „elsőleges” gyermekgyógyászat és preventív gyermekellátás hagyományainak megőrzése és folyamatos fejlesztése kizárólag erős tudományos és szakmai háttérrel, erre alapozva valósítható meg. Enélkül érdemi, hatékony szakmapolitikai és érdekvédelmi tevékenység sem képzelhető el.

Az egyesület tudományos-szakmai profiljának megerősítését három fő lépésben hajtottuk végre.

Az első lépés egy hosszú távú szakmai stratégiai koncepció kialakítása volt. Ez meghatározta azokat a fő „csapásirányokat”, amelyek mentén a tudományos-szakmai munka szerveződését képzeljük. A koncepció legfontosabb, központi eleme a házi gyermekorvoslás curriculumának meghatározása. Ahhoz, hogy a szakmánk önálló identitással rendelkezzen, hogy esélye legyen a jelen viszonyok között is a túlélésre, először is világosan körül kell írni, meg kell határozni, hogy milyen elméleti ismeretanyaggal, betegellátó, kommunikációs, és egyéb gyakorlati készségekkel kell egy „kompetens” házi gyermekorvos-

nak rendelkeznie. Ehhez szükség van egy önálló szakmai törzsanyag, egy, a szakma gyakorlatát leíró kézikönyv megalkotására, egy megfelelően működő minőség-ellenőrző szisztéma kidolgozására és nem utolsósorban egy mindezt a kollégák felé hatékonyan közvetíteni képes továbbképzési rendszer felépítésére.

Második lépésként egy folyamatos szakmai műhelyként – az egyesület Magyar Gyermekeorvosok Társasága felé meghosszabbított karjaként – kialakítottuk az MGYT-vel közös Házi Gyermekeorvosi Szekciót. Meggyőződésünk, hogy a házi gyermekorvoslás magyarországi hagyományai és a jelenlegi európai alapellátási trendek egyaránt megkövetelik, hogy az alapellátó gyermekorvosoknak ebben a tudományos közegben is legyen őket megillető szakmai képviselőjük.

Ennek a folyamatnak a harmadik, befejező lépése, az elméleti alapok és a „kifelé” történő nyitás után, egy, az egyesületen belül szerveződő tudományos-szakmai munkacsoport kialakítása. A munkacsoport elsődleges feladata tehát nem más, mint a fentiekben vázolt szakmai stratégia gyakorlati megvalósítása. A koncepciók gyártása tehát most véget ért, a rendszer felállt, eljött a konkrét cselekvések ideje.

Terveink szerint a munkacsoport a jövőben meghatározott projektek mentén kíván tevékenykedni. Megalakításakor az alábbi hat meghatározó projekt-csoportot jelöltük meg mint a tudományos-szakmai tevékenység kereteit. Ezekben belül több különböző alprojektet kívánunk meghatározni, amelyek részben már megkezdett, jelenleg is futó témákhoz kapcsolódnak, részben pedig új, még csak a tervezés fázisában lévő ötletek, elgondolások. Minden egyes ilyen projektet felelős vezető irányít, aki összefogja, koordinálja az abban dolgozók munkáját és rendszeresen beszámol a vezetőségnek, ezen keresztül a tagságnak az elvégzett feladatokról. A HGYE jelenlegi vezetőségéből többen csatlakoztak a munkacsoporthoz, és a Házi Gyermekeorvosi Szekció tagjainak aktív tevékenységére is számítunk. Ugyanakkor a munkacsoport nyitott, bárkit, aki hajlandóságot és elköteleződést érez ilyen tudományos-szakmai jellegű feladatok elvégzésében való

részvételre, szeretettel várunk. Az alábbi táblázat összefoglalóan vázolja a munkacsoport 2017-ben tervezett projektjeit.

HGYE TUDOMÁNYOS-SZAKMAI MUNKACSOPORT

Folyamatban lévő és tervezett projektek 2017.

1. Curriculum és kézikönyv

- Az elsődleges gyermekorvoslás gyakorlata kézikönyv: a II. kötet szerkesztése és fejezetírás
- Házi Gyermekeorvosi Curriculum fejlesztése

2. Képzések

- Kávészünet-konferenciák, Kávéházi Szalon szakmai előkészítése
- Gyermek-alapellátási Akadémia (hétköznap esti kerekasztalok, egész napos workshopok, egyéb, alkalmi események)

3. Klinikai vizsgálatok

- Pro Junior vizsgálat
- Vakcinológiai kérdőíves vizsgálat

4. Szülőedukáció

- Szülőknek szóló információs anyagok fejlesztésében részvétel
- Online laikus kommunikáció, social media felület szakmai támogatása

5. TÁMOP-anyagok gondozása

- Részletes helyzetfelmérés, lehetőségek, hozzáférés, jogi hát tér tisztázása
- Tutorálási workshopok, Az első döntés, GYALU, javaslat és cselekvési terv kidolgozása

6. Stratégiai tervezés és kapcsolatok

- Véleményezés, javaslatok (direktmarketing-levelek, egyéb kimenő szakmai anyagok)
- Részvétel más munkacsoportok munkájában (szakmapolitika, tutorképzés, szponzori tárgyalások stb.)
- Nemzetközi kapcsolatok szakmai elemei

KOVÁCS ÁKOS, A MUNKACSOPORT VEZETŐJE
E-MAIL: AKOS.KOVACS@GMAIL.COM



Munkacsoportok

SZERVEZETI MUNKACSOPORT

Egy szervezet sikerességének számos fokmérője van: mennyire éri azt magáénak és milyen mértékben azonosul célkitűzéseivel, stílusával a tagság, milyen hatékonysággal képviseli a közös érdekeket, milyen rugalmassággal alkalmazkodik a változó igényekhez, vagy mennyiben érzik tagjai úgy, hogy választ ad a munkájukat érintő jelentős kérdésekre? És mondjuk, a mi esetünkben: mennyire játszik kezdeményező szerepet a HGYE a házi gyermekorvoslás körül zajló folyamatokban?

A felmerülő kérdésekre sokféle válasz adható, ezért is van annyiféle szervezeti forma, vezetési stílus a civil szervezetek tekintetében is. A HGYE az érdekképviselő és érdekvédelem oldaláról ízigvérig civil szervezet, partnereink – épp több évtizedes következetes munkánk eredményeként – mégis professzionális teljesítményt várnak el tőlünk. Joggal. Nem is csoda ezután, hogy az elmúlt

időszak korábbiaknál szélesebb körű szakmai és közéleti aktivitása felszínre hozta működési gondjainkat, következésképp, hogy a HGYE szervezeti téren is „ráncteljesítésre” szorul.

Kétségtelen, hogy az 1200 körüli taglétszám szakmai, társadalmi, politikai partnereink felé jelentős legitimitációt biztosít, miközben fokozott felelősségvállalásra is kötelezi a vezetőket. Folyamatosan keressük szakterületünk fejlesztésének rövid és középtávú lehetőségeit, szakmai és jogszabályi téren is igyekszünk közérthető válaszokat adni a praxisvezetést, működtetést, munkakörülményeket érintő kérdésekre. Javaslatainkról a Hírívőn és más felületeinken keresztül is tájékoztatást nyújtunk, nézeteinket workshop jellegű közgyűlésen is egyeztetjük kollégáinkkal. Törekszünk az információk elektronikus úton történő megosztására, igyekszünk a tagság és vezetőség közötti „távolságot” minimalizálni.

A közösségi találkozás speciális lehetőségeit – Kávészünet-konferencia, Kávéházi Szalon, workshop, Alapellátási Aka-

démia, küldöttértekezlet, őszi konferencia – próbáljuk folyamatosan megújítani. Új – fővároson kívüli – rendezvényhelyszínekkel szeretnénk bizonyítani, hogy az ország összes házi gyermekorvosát kívánjuk szolgálni. A különböző érdekcsoportokat érő eltérő kihívásokra (pl. idősebbek visszavonulása, fiatalabbak praxisjogvásárlása) a jogi, gazdasági környezethez igazodó válaszokat kívánunk adni.

Feladatunk az egyesület működésének biztosítása. A korábbi években sikerült a reális, a bevételek és kiadások egyensúlyát biztosító költségvetési terveinket tartani. Az újabb, projekt típusú fejlesztések során is törekszünk arra, hogy támogatóinkkal olyan megállapodásokat kössünk, amelyek lehetőséget adnak az együttműködés kölcsönösen előnyös kiaknázására.

E folyamatosan fejlesztendő, innovatív munkához várjuk a feladat iránt affinitást érző kollégák jelentkezését is.

PÁTRI LÁSZLÓ, A MUNKACSOPORT VEZETŐJE
E-MAIL: DR.PATRI.LASZLO@GMAIL.COM

HGYE-küldöttértekezlet

– 2017. április 8. (szombat) 10 óra

Hotel Hélia – 1133 Budapest, Kárpát u. 62–64.

Aktualitások, alapellátást választó gyermekorvos-rezidensek képzése, tutorképzés, tutorhálózat, a kollegiális vezetői rendszer újraindítása stb.

A küldötteken kívül várjuk az érdeklődő kollégákat is!

Információk és jelentkezés: www.hgye.hu



KOMMUNIKÁCIÓS MUNKACSOPORT

Az egyesület vezetősége a múlt évben megkezdett szervezetfejlesztési folyamat részeként döntött operatív működésének megújításáról. E döntés értelmében proaktív módon tevékenykedő munkacsoportokat hozott létre, köztük a kommunikációval foglalkozó csapatot.

A munkacsoport tagjai Altorjai Péter, Benedek László, Kovács Ákos, Kádár Ferenc, Kálmán Mihály, Pátri László, Póta György és egy, a jövőben kiválasztásra kerülő külső kommunikációs szakértő.

A munkacsoport legfontosabb feladata, hogy kidolgozza és a vezetőség elé bocsássa az egyesület hosszú távú kommunikációs stratégiáját. Ennek során meg kell határozni az elérendő célokat és az ezek megvalósításához szükséges eszközöket.

Gondolkodásunk homlokterében az áll, hogy pozíciónkat erősíteni kell an-

nak alapján, hogy szervezetünk a gyermek-egészségügyi alapellátás egyetlen, átfogó, a házi gyermekorvosok nagy többségét elérő, szakmapolitikai kapcsolatokkal és több évtizedes gyakorlati tapasztalattal és fejlesztési elképzelésekkel rendelkező szakmai és érdekképviselői szervezete.

A kommunikációs stratégia kidolgozása mellett meg kell határozni az egyes nyomtatott és elektronikus felületek célcsoportjait és a nekik megfelelő üzeneteket.

A kifelé irányuló kommunikáció fejlesztése során növelni akarjuk ismertségünket, elismertségünket, és törekszünk az egyesület társadalmi szerepének mind szélesebb körű bemutatására. Gyekszünk meggyőzni a számunkra fontos célcsoportokat szakmai céljaink fontosságáról és helyességéről. Az egyesület megítélésének, hírnevének pozitív alakításával olyan társadalmi és

szakmai környezetet kívánunk teremteni, amely megkönnyíti a működéshez szükséges források előteremtését.

A belső kommunikáció fejlesztése céljából elősegítjük a tagság azonosulását az egyesület küldetésével és céljaival, biztosítjuk a belső információáramlás folyamatosságát, a vezetés kommunikációs támogatását.

A munkacsoport feladatának tekinti a meglévő offline és online kommunikációs felületek (Hírvivő, konferenciakiadványok, az egyesületi, a szekció, és a Gyermeklét honlapjai, közösségi médiaprofil) arculati és tartalmi összehangolását.

Várjuk azon kollégák jelentkezését, akik az előttünk álló feladatok bármely területén készek segítséget nyújtani.

ERDÉLYI ISTVÁN

A MUNKACSOPORT VEZETŐJE

E-MAIL: MEDICONSULT.KFT@HELLO.HU

Kell-e a HGYE-nek kommunikációs stratégia?

Gyerekeknek, szülőknek, egészségügyi, oktatásügyi rendszernek, gazdaságnak, társadalomnak, önkormányzatnak, kormánynak az a jó, ha a gyerekek az elérhető legjobb egészségi állapotban nőnek fel. Ehhez szükség van a jó gyermek-egészségügyi alapellátásra.

Az ezen belüli orvosi feladatok optimális ellátására képzettségük, gyakorlatuk, készségük alapján jelenleg Magyarországon a gyermekorvosok képesek. Az alapellátás szintjén ma a 18 éven aluliak 77%-át gyermekorvos látja el, de 23%-ot, többnyire a hátrányos helyzetű gazdasági térségben élő és a szociális helyzetük következtében betegségeknek nagyobb mértékben kitett gyermekpopulációt olyan orvos gondozza, aki gyermekgyógyászati téren hozzáunk viszonyítva kevésbé képzett. Ez az ottélők, és következőképp a fent felsoroltak szempontjából is rossz, tehát érdekükben (a *hozzáférés javítása* céljából) változtatásra van szükség.

A gyermekek 77%-át *még* ellátja a gyermekorvos, de amennyiben a jelen-

legi trendek folytatódnak, az idősödő korfa, a *pálya vonzerejének hiánya* (és következményeként a megfelelő utánpótlás hiánya) miatt ez az arány csökken, egyre kevesebb gyereket lát majd el gyermekorvos. Ez is rossz, ez is változtatást sürget.

A hosszú ideje korszerűtlen feladatrendszer, ellátási szerkezet és ellátási körülmények, a hálózat célszerűtlen finanszírozása, a tervszerű fejlesztés, a megfelelő képzési struktúra és hatékony szakmai irányítás több évtizedes hiánya miatt az *ellátási színvonal* elmarad a ma elvárhatótól.

Vagyis: bár a HGYE a fentiek terén jelentős előrelépést ért el, az eredmény elmarad az elvárttól.

Nem tudjuk céljainkat elérni, mert tájékozatlanság, rossz szabályozás, szűklátókörűség miatt nincs megfelelő együttműködés azokkal és azok között, akik segíthetnék a megfelelő döntések meghozatalát.

Hiába evidencia, hogy az alapellátás az egészség szempontjából meghatározó,

hogyan a gyermekek gyógyító, megelőző ellátásában, gondozásában Magyarországon hatékonyabbak a házi gyermekorvosok, mint a háziorvosok, hogy az ellátás színvonala javításra szorul, és kellő lépések hiányában az ellátás mai szintje is veszélybe kerül, céljaink a társadalom széles körében nem ismertek, és szakmai körökben sem elfogadottak a kellő mértékben.

Szerepet játszik ebben az, hogy feltehetően rosszul érvelünk, érveinket nem differenciáljuk jól érthetően az érintettek különböző csoportjai számára, és így nem tudjuk elérni és magunk mellé állítani az érintetteket. A HGYE-t még mindig nem tekintik kellően széles körben a gyermek-alapellátás meghatározó véleményalkotójának.

Ezek azok a tények, amelyek miatt szükségünk van egy hatékony kommunikációs stratégia kidolgozására, alkalmazására.

A hogyanhoz azonban tényszerűen nem értünk jól. Hozzáértő segítségre is szükségünk van!

KF

A fakanál nyoma

Az utóbbi évek tragikus eseményei különösen indokoltá tették, hogy az idei őszi konferenciánkon foglalkozzunk a gyermekvédelem kérdéseivel. A gyermekek megvédeése az erőszak különböző formáitól gyakran előforduló probléma a gyermekorvosok gyakorlatában is. A rendeleti szabályozás az elmúlt időszakban sokat finomodott, de a konkrét gyermekvédelmi kérdések helyes megoldása, a gyermekorvosok szerepvállalása sokunk gondolkodásában még mindig nem eléggé letisztult. A tisztánlátás érdekében kértük fel előadás megtartására a gyermekvédelem elhivatott szakembereit.

ZÉRÓ TOLERANCIA

Elsőként *Varga Beáta*, az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) gyermekjogokkal foglalkozó képviselője arról beszélt, hogy az országban összesen 17 gyermekjogi képviselő dolgozik, ők foglalkoznak a családjukból kiemelt gyermekek jogvédelmével. 2015-től ők is a jelzőrendszer tagjai lettek. Feladatuk a gyermekek jogtudatosításának emelése is, hisz' sokkal egyszerűbb lenne a gyermekvédelem, ha a gyermekek az életkoruknak megfelelően tisztában lennének jogaikkal. Az ENSZ gyermekjogi egyezménye kimondja, hogy a gyermekeket megilletik az alapvető emberi és a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődésükhöz szükséges gyermeki jogok. Az egyezmény 19. cikkelye kimondja, hogy az egyezményt aláíró államok, tehát Magyarország is, megtesznek minden törvényhozási, közigazgatási, szociális és nevelési intézkedést, hogy megvédjék a gyermekeket az erőszaktól, a fizikai és a lelki durvaság, az elhagyás, az elhanyagolás, a rossz bánásmód, a kizsákmányolás és a nemi erőszak bármilyen formájától. Az állam feladata, hogy olyan intézményeket hozzon létre, amelyek segítik azokat az embereket, akik gyermekekkel foglalkoznak. A gyermekvédelemről és a gyámügyi igazgatásról szóló törvény (1997. évi XXXI. tv.) tartalmazza a gyerekek és a szüleik alapvető jogait és kötelességeit. Kimondja, hogy a gyermeki jogok védelme nem munkahelyhez, nem stá-

tuszhoz kötött, hanem minden magyar állampolgár kötelezettsége. Mindenkinek joga és kötelessége a gyermekek bántalmazására vonatkozó zéró toleranciát követve a jelzés megtétele. A törvény a jelzőrendszer nevesített tagjainak névsorát az egészségügyi szolgáltatást nyújtókkal kezdi, és különösen a védőnők, a háziorvosok és a házi gyermekorvosok személyét emeli ki – szögezte le Varga Beáta. A jelzőrendszer tagjai ezenkívül még a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatók, a köznevelési intézmények, a rendőrség, az ügyészség, a bíróság, a pártfogók, az áldozatsegítők, az egyesületek, az alapítványok, a munkaügyi hatóságok, a javítóintézeti és a gyerekjogi képviselők is. A csecsemő- és a kamaszkorban élnek a legaktívabban jelzőrendszeri kötelezettségükkel a gyermekorvosok. A két korcsoport között nem nagyon érkeznek jelzések. A törvény szerint a gyermek veszélyeztetettsége esetén az intézmények és személyek kötelesek jelzéssel élni a gyermekjóléti szolgáltatónál, illetve hatósági eljárást kezdeményezni. Ez nem lehetőségük, hanem kötelezettségük. Ami a jelzést általában meg szokta akasztani, az a mérlegelés – állapította meg Varga Beáta. „Elhiszem-e azt, amit látok?” Szegény gyerekeket gyakran le szokták söpörni, „hogy hát ez gyerek!” Biztos nem is úgy volt, csak kitalálta. Hinni kell a gyerekeknek, és nem szabad mérlegelni. Nincs mérlegelési lehetőségük a gyermekorvosoknak sem. Tehát azt a kérdést feltenni, hogy az a fakanálynym kerülhetett-e úgy a gyerek fenekére, hogy csak beleszaladt az anya kezébe, helytelen, de mégis gyakran előforduló hezitálás. A házi gyermekorvosok időhiányban szenvednek, és a gyógyítás önmagában is nagyon nehéz feladat. Ennek ellenére tegye meg a házi gyermekorvos a bejelentést – jelentette ki Varga Beáta. Bántalmazás esetében telefonos jelzés is elég, és az ezt követő 3 napon belül kell az írásbeli bejelentést megtenni. A gyermekjóléti szolgáltatóval egy egyszerű e-mail-cserével is fel lehet venni a kapcsolatot, ami csak néhány percet vesz igénybe.

Az előadó kijelentette, hogy a házi gyermekorvosoknak fontos feladata az is, hogy legalább azon a tanácskozáson vegyenek részt, ahol a Gyerekjóléti szolgálattal meg tudják beszélni azt, hogy van-e olyan része az ügynek, ahol mint

házi gyerekorvosok segíteni tudnának. A Gyerekjóléti szolgálat dönt arról, hogy az adott ügyben milyen formában tudnak a gyerekeknek segíteni. A Gyerekjóléti központok megerősítésére bevezették a jelzőrendszeri tanácsnok szerepkörét, és évente legalább 6 jelzőrendszeri értekezletet kell tartaniuk azért, hogy bizonyos dolgokról a gyerekekkel foglalkozó szakmák ugyanazt gondolják. Ezek az értekezletek inkább tematikus értekezletek, ezeken nem az egyéni esetek megbeszélése folyik.

Hiába a gyermekkel szembeni rossz bánásmód iránti zéró tolerancia, az előadó nem tud olyan esetről, amikor a rossz bánásmód és érzelmi bántalmazás miatt indult volna eljárás. Az utóbbi időben előtérbe került a gyerekek szexuális kizsákmányolása. Ami eddig kiderült, az csak a jéghegy csúcsa. Egy fővárosi gyereketthon munkatársa ellen most folyik az eljárás 35 rendbeli, kiskorú elleni szexuális zaklatás ügyében. Miért nem derülnek ki ezek az ügyek korábban? Varga Beáta véleménye szerint a házi gyermekorvosoknak érdemes lenne a gyermekekkel arról is beszélgetni, hogy mit jelent az intim testrész fogalma, ki, mikor, hogyan érintheti meg azokat. Mi a jó érintés, és mi a rossz érintés. Igenis, tudják a gyermekek, hogy nem kötelesek elfogadni bárkinek a simogatását, érintését. Meg kell tanítanunk a gyerekeket, hogy ha inzultálják őket, akkor menjenek szólni. És soha ne vegyük ezeket a jelzéseket félvállról.

AKADOZIK A GÉPEZET

A következő előadó *Monostoriné, Vass Anikó* rendőr alezredes, (ORFK) arra hívta fel a figyelmet, hogy a gyermekkor a rendőrség szemszögéből nem a 18. életév alatti életkort jelenti. A büntetőjogi felelősségre vonás szempontjából gyermekkorúak a 14. életévnél fiatalabbak. Ez meg is gátolja – öt bűncselekmény kivételével – a büntetőjogi felelősségre vonásukat. Bizonyos cselekményeknél 12. életévtől már büntethetők ezek a gyerekek. A 14. és 18. életév közötti gyerekek fiataloként minősülnek, és más eljárás vonatkozik rájuk.

A magyar gyermekvédelmi törvény egyébként Európában talán az egyik

legjobb gyermekvédelmi törvény. Akkor mégis miért akadozik ez a gépezet? Valószínűleg azért, mert ugyan végrehajtják, ami le van benne írva, de nem biztos, hogy azzal a szemlélettel, ami ehhez a munkához kell. Azt is be kell kalkulálni, hogy a társadalomban bizony mindenki másképp vélekedik a gyermekek védelméről. A jelzés megtételekor a rendőrségnek szerencsés a helyzete, mert nemcsak a gyerekvédelmi törvény írja elő a teendőit, hanem külön törvények, belső jogszabályok is rögzítik, hogy mikor, milyen esetekben, kinek, ki felé kell jelezni. A gyermekekkel kapcsolatos ügyekben fokozott ügyészi felügyelet alatt dolgozik a rendőrség, túl sok gondolkodásra, mérlegelésre nincs ideje a kollégáknak.

Monostoriné véleménye szerint főleg a kisebb településeken nemcsak a házi orvosnak, a védőnőnek, a gyermekorvosnak vagy a pedagógusnak kellene nyitott szemmel járni, hanem mindenkinek. Akkor nem fordulhatna elő olyan eset, mint Kislétán, ahol egy kislány rendszeresen az ablakból kiabálva kért ennielőt, innivalót a szomszédoktól. Adtak is neki enni-inni, de jelzés évekig mégsem érkezett.

Hiába vannak a rendőrség munkatársai sok oktatási intézményben, a bántalmazást folytató szülőkhöz gyakorlatilag nem jutnak el. Az úgynevezett Ovizsar programban két bábbal mutatják be a nehéz szituációkat. Az első 1-2 órán jelen van egy rendőr kolléga, hiszen nagyon szeretik a gyerekek az egyenruhát, a rendőrautót. Később azután az óvónők mutatják be Rendőr Robival és Rosszcsont Ricsivel, a két bábbal a problémás helyzeteket. A rendőrség a DADA programjával ugyanígy jelen van az általános iskolákban is. A legfontosabb, hogy megtanítsák a gyerekeket, hogy merjenek bizonyos helyzetekben nemet mondani, és tudjanak segítséget kérni. A középiskolákban az „Ellenszer” programmal a szerfogyasztás ellen küzd az ORFK, és ahol nagyon sok a probléma, ott egy úgynevezett bűnmegelőzési tanácsadó is a középiskolában tölti teljes munkaidejét.

Sok esetben a szülő nem tudja, hogy mit is kellene tennie? Nem kell vele azt éreztetni, hogy őt hibáztatjuk azért, ami a gyermekkel történt, ezért fontos, hogy az intézkedések célját úgy mondjuk el az érintetteknek, hogy azt segítségként értékeljék.

A szigetszentmiklósi esetben a család 2005 óta védelemben volt. Havonta, néha hetente két alkalommal is kint volt

a családgondozó a családnál, de valamiért nem tudott előrehaladni az ügyben. Azt el tudta érni, hogy kiemelt gyerekeket a családból, de az otthon maradó gyerekek tekintetében nem nagyon volt előrelépés. A tragédia az, hogy közben 3 gyermek a szemünk előtt ment tönkre, mert noha iskolába, vagy orvoshoz jártak, nem sikerült megoldást találni. A gyerekek csak később, a nevelőszülőknél mondták el, hogy mi is történt velük. A pszichológus azt állapította meg, hogy az előző vizsgálatnál valószínűleg nem ismerték a gyerekek a szóhasználatot, és nem tudták, hogy miről is kérdezik őket. Később azt is elmondták, hogy azért nem tettek említést a velük történekről, mert a szülők azt mondták nekik, hogy ezek olyan dolgok, amikről nem illik idegeneknek beszélni. Lehet, hogy azért sem válaszoltak a pszichológus kérdéseire, mert az események nem voltak számukra kirívóak, hiszen ezek mindig megtörténtek velük. Az agárdi másfél éves kisgyerek esetében is rendszerhiba történt, mert ha nincs valami kellően szabályozva, akkor a sok-sok szabályzó között nem tudjuk, hogy hol és mikor kellene lépni egy-egy ügyben. Csak tökéletesen szabályozott esetekben jöhet létre tökéletes feladatmegoldás. Itt tehát nagy hiányosságok vannak.

Előrelépés, hogy a gyermekbarát igazságszolgáltatás keretében gyermekbarát kihallgató szobákat létesítettek. Ezekben a gyermek metakommunikációja, a kihallgatás menete – videofelvétel segítségével – jól nyomon követhető. A 14 év alatti gyermeket csak nyomozási bíró hallgathatja ki, ezért ezeket a szobákat a bíróságokon is létre kellene hozni. De míg, ha csak a nyomozási bíró hallgatná ki a gyereket, akkor csak egyszer kérdeznék meg tőle, hogy mit élt át akkor, amikor a sérelmet elszenvedte, addig ma, mire a nyomozó kollégához eljut egy kisgyerek, addig már csupa jó szándékból is legalább 3-4-szer elmondatták vele a történetét. És minél többször mondja el a gyermek a történetét, annál inkább torzulhatnak az információk. Egy gyermeket 4-5 pszichológus szakértő is meghallgat, mire a bíró képes lesz dönteni egy-egy ügyben. Ez nem szolgálja a gyermekek jólétét – fejezte be előadását Monostoriné Vass Anikó.

KÖTELEZŐ A JELZÉS

A házi gyermekorvosoknak mint a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjainak köteleességük a jelzés az esetleges eljárás

kezdemenyezésére, ha bármilyen veszélyeztetést tapasztalnak – kezdte előadását Kiss Zoltán, gyámügyi osztályvezető (XXI. kerületi Gyámügyi Hivatal).

A jelzés elmaradása a gyámhivatal részéről szankciókat vonhat maga után. Három ilyen szankciót ír elő a jogszabály, az első fok a fegyelmi eljárás kezdeményezése az elmaradt jelzés miatt a fegyelmi jogkör gyakorlójánál. Erre eddig nem volt példa. A második szankció, ami már súlyosabb, az a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés vétsége. Ilyen esetről sincs információ. A harmadik fokozat, amikor bűncselekményben történik feljelentés kiskorú veszélyeztetése miatt.

A jelzőrendszeri tagok adatait a nyilvánosságtól elzárva kell kezelni, de ezt nagyon nehéz biztosítani. Túl szűk ugyanis az a kör, aki jelzéssel szokott élni a gyermekjóléti szolgálatok felé, ez többnyire az iskola, a védőnő vagy a gyermekorvos. A szülő így nagyon könnyen ki tudja „logikázni”, hogy ki mondhatta el azt, hogy mi történt. Kizárásos alapon nagyon hamar megtalálják azt a pedagógust, vagy azt a gyermekorvost, aki jelzett a gyerekvédelmi rendszernek. A gyámhivatalnak a védőnőkkel van a legszorosabb együttműködése, hiszen többnyire ők vannak kint a terepen, ők vesznek részt a családgondozásokon, az ő tapasztalataik azok, amelyekből a legtöbbet tud meríteni a hivatal – jelentette ki Kiss Zoltán. Csepelen bevett módszer az, hogy a problémás családokat a védőnő a gyermekjóléti szolgálat munkatársával együtt látogatja meg. Az osztályvezető véleménye szerint a jelzőrendszer tagjai közül a házi gyermekorvosok a leginkább leterheltek, ezért próbálják a tárgyalások időpontját az ő elfoglaltságukhoz igazítani.

ALKALMAK A FELISMERÉSRE

Rósa Ágnes minőségügyi szakfőorvos arról beszélt, hogy milyen alkalmak adódnak arra, amikor észre lehet venni a veszélyhelyzeteket. Az első lehetőség amikor a gyerekek bejelentkeznek a praxisba. Ilyenkor meg kell történnie az orvosi vizsgálatnak, ki kell állítani a gyermek egészségügyi törzskartonját. A házi gyermekorvosi/házi orvosi ellátás akkor kezdődik, amikor a szülő bejelentkezik a gyermekével. Ha a várandóskönyvben a házi gyermekorvos igazolja, hogy vállalja a gyermek megszületése után a gyerek ellátását, az még nem keletkezett ellátási kötelezettség.

A törzskarton megújítása vagy a kötelező védőoltások is jó lehetőséget biztosítanak arra, hogy észrevegyük, ha valamilyen veszélyeztető tényező áll fenn. Jogszabály határozza meg a törzskarton megújításának idejét, ezért ha erre nem jön el a gyermek, akkor igazolható módon kezdeményeznünk kell a vizsgálatot, és meg kell tenni a kötelező jelzéseket a védőnők és az ÁNTSZ felé is. Probléma viszont, hogy az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok nem kötelező vizsgálatok. A kötelező szó kivétele a rendeletből azt jelenti, hogy a házi gyermekorvosnak fel sem kell ajánlani a szülő számára a lehetőséget, a vizsgálat elvégzése a házi gyermekorvos szakmai odafigyelésének és a szülő motiváltságának függvénye. *Ezen a helyzeten segít a 2017. január 1-én életbe lépett jogszabály-módosítás (ld. 19. oldal) – a szerk.*

EGYMÁSRA U TALVA

Négyévi munka eredményeképpen megjelent az Egészségügyi Közlönyben (2016. május 31.) a gyermekbántalmazásról szóló irányelv. Ezt egy kicsit „orvossibb” szemmel fogalmazták meg, és így közelebb áll a gyermekorvosok szakmai szemléletéhez, mint a gyámhatósággal, vagy a gyermekjóléti szolgálatokkal foglalkozó módszertani ajánlás – kezdte előadását Kovács Zsuzsa házi gyermekorvos. Az ajánlásnak két fő fejezete van. Az egyik a diagnosztikára vonatkozik, a másik a teendőket taglalja. Az irányelv 12, minden gyermekorvos számára kötelező érvényű ajánlást fogalmaz meg. A legfontosabb az, hogy a jelzési kötelezettséget nem lehet elhárítani.

Kovács doktornő szerint a gyermekorvosnak igenis van mérlegelési szempontja a jelzés megtételekor. Amikor valami nem tetszik, és csak a „szimat” sugallja, hogy valami nem stimmel, egy megbeszélés a védőnővel, a rendszeres visszalátogatás segíthet a „diagnózisban”. A szakmai irányelv meghatározza egyébként azt is, hogy milyen időközönként érdemes ilyenkor újra megnézni a családot. Egy enyhébb bántalmazás, elhanyagolás esetében nem a rendőrségre kell rohanni, hanem a Gyermekjóléti szolgálatnak kell jelezni. Ha súlyosabb az eset, netán életveszély áll fenn, akkor természetesen az első dolog a rendőrségen a feljelentést megtenni, illetve hatósági eljárást kezdeményezni. Egymásra vagyunk utalva, oda-vissza kapcsolatban kell állni mind a gyámhatósággal, mind a gyermekjóléti szolgálattal, adott

esetben a rendőrséggel – hangsúlyozta a gyermekvédelmi kérdésekben szakértő kolléganő. Az újabb jogszabály szerint a hatóságnak is illik visszajelezni a történetekről a bejelentő felé. Tehát egy körbeforgó folyamatról van szó. A kommunikációt ez az irányelv jobban hangsúlyozza, mint a korábbi szakmai anyagok. A gyermekvédelmi ügyek kényes ügyek, nagyon finoman kell foglalkozni velük. Sokszor az elkövető maga is nagyon szerencsétlen, egyszerű, tanulatlan, sérült személyiség, aki nem igazán akart ártani, ezért finom eszközökkel kell őket megérinteni. Az irányelv mellékletében egy nagyon jó beszélgetési vázlat található arról, hogy mikor, mit és hogyan kérdezzünk – fejezte be előadását Kovács Zsuzsa.

KI VÉDI MEG A FIATALOKAT SAJÁT MAGUKTÓL?

– tette fel a kérdést Molnár Kata pszichológus Szentendréről. Itt van előttünk egy felnövekvő generáció, ami nem működik nagyon máshogy, csak kapott egy új eszközt, amit internetnek, meg okos telefonnal való internetes kommunikációnak hívnak. Ebben a térben a legszűkebb körben megosztott információ is – legyen az képi vagy verbális tartalom – kikerülhet a sokak számára elérhető internetes térbe. És akkor ennek beláthatatlan következményei lesznek. Egy friss felmérés megállapításai szerint az ismeretlenekkel való kontaktusfelvétel aránya 65%, így lesznek valakinek az iskolában barátai vagy éppen ellenségei. A „hol ismerted őket meg?” kérdésre a válasz: a Facebookon, esetleg a pornográf oldalakon. Ezek tények, harcolni ellenük nem tudunk. Nem mindegy, hogy milyen korban éri el ez a tartalom a gyermekeket. A pedagógusok, a pszichológusok, a szülők, családok feladata, hogy felvértezze a gyerekeket azzal a tudással, hogy hogyan közlekedjenek az interneten. Készült egy nagyon jó weboldal, ahonnan segítséget kérhetnek a szülők, a pedagógusok, és a gyermekek is ajánlásokat találhatnak. Ezeknek az oldalaknak az elérhetőségét ki kellene függeszteni a rendelőkben. Az internetes zaklatásoknak nagyon-nagyon elszomorítóak a következményei egészen az öngyilkosságig bezárólag. A statisztikák szerint a gyerekeknek több mint a fele ilyen jellegű sérelmet már elszenvedett. Minden 10. tinédzser készített már olyan felvételt vagy készült róla olyan felvétel, amihez nem kapott vagy adott engedélyt. Elaludt az órán, „ha-ha-ha”, kipszoltjuk a

Facebookra. Nem olyan nagy sérelem, de azért egy kamaszban ez felfokozott érzelmeket kelthet. És ez igenis, bántás!

Az év elején hírül ment, hogy egy kislány és akkori barátja egy félreérthetetlen, izgalmas szituációban levideózta magát, ami aztán körbement. Amikor a kislány később falcolni kezdett, kiderült, hogy már olyan elviselhetetlen számára ez az iskola, hogy azon gondolkodik, hogy másik városba, kollégiumba költözik. Szégyen és büntudat alakult ki benne, a szüleinek se merre elmondani a vele történetet. Régebben egy ilyen jellegű bántást mindenki bezsebelt, ami aztán viszonylag gyorsan lecsengett, mert szűkebb volt a közeg, és talán kíméletesebb is. A bántalmazáshoz hajdanán mégiscsak a másik szemébe kellett nézni. Ma már nem kell. Atomjaira tudom pusztítani a másik lelkét amikor a nagy nyilvánosság elé rakom a legfájdalmasabb információkat. A következmények belátása, a döntéshozatali mechanizmusok finomhangolása, a szociális döntések egy tinédzsereknél gyakran kaotikusak, ezért a fiatalok nagyon kegyetlenek tudnak lenni. Fejletlen az empátiájuk, nem látják a következményeket, miközben kockázatvállalási hajlandóságuk az egekben van. Minden serdülő potenciális áldozat, vagy éppen potenciális zaklató. Az áldozati oldalra kerülőknek kéne segíteni, de hiába várjuk a gyermekorvostól, hogy „figyelj, jelezz”, amikor fő feladatuk, a gyógyítás, önmagában is épp eléggé megterhelő. Mindig a gyermekről kialakított összkép a fontos, de gyakran kényelmesebb nem észrevenni, hogy megváltozik a gyermek magatartása, szorongásos tünet és szomatizáció jelentkezik. A jelzőrendszeri felelősség sok pilléren nyugszik. Ez egyfelől jó, másfelől, ha sokan felelnek valamiért, akkor a felelősség is szétterül. Jelezzen ő. Az UNICEF kifejlesztett egy HELP applikációt, ami az internetről letölthető és a magyar nyelvű változat is kirakható a rendelőkben. Lista és megoldási algoritmus található benne arról, hogy ki, mit csináljon.

Fontos volna, hogy a segítőszakmák tűzvonalon lévő munkatársainál monitorozzák a fásultságérzés, a rálegyintés megjelenését. Ilyenkor lenne fontos a feltöltődés, a szakmai terhek lerakosgatása. Ez minden segítő tevékenységnek az alapja. Hogyan lehet elvárni, hogy jól kommunikáljanak, odafigyeljenek, ha hiányzik köreikben a szakmai önszolgálat? Erre való a Bálint-csoport, amit éppen az orvosoknak találtak ki – fejezte be mondanóját Molnár Kata.

ÖSSZEÁLLÍTOTTA: KÁLMÁN MIHÁLY

Lapunk 16–18. oldalain ismertetjük a HGYE őszi konferenciáján bántalmazás témakörben elhangzott előadásokat. Ezek sorában idézzük dr. Rósa Ágnes kolléganőt, aki elmondta, hogy bár az életkorhoz kötött gyermekkori szűrővizsgálatok lehetőséget adnának a bántalmazás felismerésére, mivel a vizsgálatok nem kötelezőek, a felismerés elmaradhat. Ezen a helyzeten változtat a január 1-én életbe lépett jogszabálmódosítás.

Nem utasítható vissza az orvosi és a védőnői ellátás, kötelező lett a szűrővizsgálat!

Az egészségügyi alapellátás és szakellátás területén működő egészségügyi szolgáltatóknak feladataik ellátása során kiemelt figyelmet kell fordítaniuk a gyermekek egészségét veszélyeztető tényezők megelőzésére, felismerésére és megszüntetésére. Ennek érdekében a 2016. december 1-én megjelent CLXV. törvény a gyermekek biztonságának és védelmének fokozása céljából néhány ponton módosította az eddig hatályos jogszabályokat.

- A módosítás alapján a *kiskorú törvényes képviselője* a gyermek egészséges fejlődése érdekében *köteles a háziorvossal, házi gyermekorvossal együttműködni*.
- Kiskorúak (0–14 év) esetén a háziorvosi, házi gyermekorvosi és a *védőnői egészségügyi szolgáltatás nem utasítható vissza*. Nem minősül az ellátás visszautasításának, ha a kiskorú törvényes képviselője a házi orvos, illetve házi gyermekorvos választásának jogát gyakorolja.
- A 0 és 18 év közötti szűrővizsgálatok kötelezővé váltak. A házi orvos, házi gyermekorvos által meghatározott időpontokban a *kiskorú személy részvételéről* a szűrővizsgálaton, státusz- és kontrollvizsgálaton a *törvényes képviselő köteles gondoskodni*. Ha a törvényes képviselő e kötelezettségének nem tesz eleget, a házi orvos, *házi gyermekorvos* a gyermekvédelmi jelzőrendszer részeként *jelzi a gyermek veszélyeztetettségét a család- és gyermekjóléti szolgálatnak*, illetve a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvényben (Gyvt.) meghatározott esetekben hatósági eljárást kezdeményez.
- A házi orvos, házi gyermekorvos kezdeményezésére az egészségügyi államigazgatási szerv a vizsgálatot határozattal elrendeli. A szűrővizsgálatot elrendelő határozat – közegészségügyi vagy járványügyi okból – fellebbezésre tekintet nélkül végrehajthatóvá nyilvánítható.
- *Ha a kiskorú törvényes képviselője nem gondoskodik* a kiskorú védőnői szűrővizsgálaton való megjelenéséről, valamint a védőnő feladatkörébe tartozó szolgáltatások igénybevételéről, a védőnő kezdeményezésére az egészségügyi államigazgatási szerv határozattal *intézkedik*.

ERDÉLYI ISTVÁN

A meningococcus elleni védőoltásról

Beszélgetés dr. Kulcsár Andreával

Az elmúlt hónapokban előfordult tragikus kimenetelű agyhártyagyulladás- esetek eddig talán soha nem tapasztalt érdeklődést váltottak ki a médiában és ennek következtében a szülőkhöz és az oltóorvosokhoz is a meningococcus elleni védőoltások iránt. Ez adja az aktualitását, hogy a témában beszélgetésre kérjük Dr. Kulcsár Andreát, a Szent László Kórház Védőoltási Szakambulanciájának vezetőjét, a HGYE tiszteletbeli tagját. A főorvosnővel a Hírvivő szerkesztőségének nevében Kovács Ákos, a szakmai-tudományos munkacsoport vezetője beszélgetett.

■ Szomorú, hogy gyermekeknek kell meghalniuk ahhoz, hogy a betegség és annak megelőzése egy időre a laikus közönség érdeklődésének fókuszába kerüljön. Egyesületünket is számtalan telefonos, elektronikus és személyes megkeresés érte el, az oltóorvosok, a szakmai döntéshozók, a szülők és média részéről egyaránt. Igyekeztünk legjobb tudásunk szerint megfelelni a feladatnak, több alkalommal nyilatkoztunk különböző televíziós csatornákon, elektronikus és nyomtatott felületeken. Egyes vélemények szerint a HGYE-nek nem kis szerepe volt abban, hogy az „ügy” elérte az emberek figyelmének ingerküszöbét. Hogyan látja mindezt az infektológus, a védőoltási szakember? Milyen tanulsággal szolgál ez az egész „össznépi nekibuzdulás”, van-e esetleg a jövő számára is megfontolandó üzenete számokra?

K. A.: Első gondolatom, hogy szomorú, hogy a prevenciós szemlélet hiányában áldozatok kellene ahhoz, hogy mindannyian személyes feladatként kezeljük az elérhető védőoltási gyakorlatot. Személyesen úgy gondolom, hogy az elmúlt tíz évben sokat és sokszor tanítottalak benneteket, hogyan kell alkalmazni a védőoltásokat. Mindent elkövettem, hogy mindenki megismerje

azokat a fertőzéseket, amelyeket muszáj elkerülni, senkit nem szabad kitenni a betegségnek, ha az megelőzhető. A mostani helyzet is rávilágít, hogy egyedül nem megy. Ha csapatként dolgozunk, akkor többet érhetünk el.

■ A társadalmi érdeklődés hullámverése a döntéshozók legmagasabb szintjét is elérte. Lázár János, a Miniszterelnökséget vezető miniszter egy kormányinfón feltett kérdésre válaszolva elmondta, hogy az ügyben már érkezett civil kezdeményezés a kormányhoz a házi gyermekorvosok részéről. Ezeket továbbították az egészségügyi államtitkárnak, így jelenleg az ő véleményére várnak, de „a kormány kész megvenni azt a pár oltást is”. Egy országos oltási programban gondolkodva óvatos és közelítő becslések szerint ez a „pár oltás” is több milliárd forintba kerülne. A betegség hazai incidenciáját és mortalitását számításba véve durván kb. 1–2 milliárd forintot kellene fizetnünk egy-egy gyermek életének megmentéséért. Jelenleg tudomásunk szerint csak az Egyesült Királyságban van országos oltási program a B szerocsoport ellen, így Magyarország lenne a második ilyen ország Európában. Elsősorban természetesen szakmai, és nem gazdasági szempontokat mérlegelve, véleményed szerint lenne indokoltsága és realitása egy ilyen országos oltási programnak Magyarországon?

K. A.: Nehezet kérdezel, ellenben én könnyen válaszolok, mert a döntéshozó nem én vagyok. Persze, mindenképpen nyereség volna, ha mindenki megkaphatná a B szerocsoport elleni oltást is. Ha lehetőség van rá, akkor azonnal. Ha nem akarok populáris lenni, akkor azonban azt kell mondanom, hogy egy teljes populációt érintő oltási program elindításának komoly szakmai előkészítés az egyik feltétele. Az anyagi lehetőségeinkről szerintem nem én vagyok az egyetlen, aki nem tud nyilatkozni, csak

gondolom, hogy nem reális kívánság jelenleg a program. A hazai epidemiológiai helyzet, az évi 30-40 MenB-megbetegedés önmagában nem teszi lehetővé, hogy indokolt legyen az oltási program bevezetése. Tudnunk kellene az egyes korcsoportok baktériumhordozó állapotát. Tudtommal a SOTE mikrobiológiai tanszéke végez vizsgálatot, azonban az Országos Epidemiológia Központ nem használja az adatokat. Nemcsak az oltóanyag költségét kell figyelembe venni, hanem a mikrobiológiai változások alakulásának vizsgálati költségét is. És azt se felejtjük el, hogy a megbetegedésnek van egy speciális életkori prevalenciája. Ha nincs konkrét vizsgálatunk, hogy határozzuk meg az oltandók körét? Csecsemők és serdülők? Vagy csecsemők és fiatal felnőttek? Annak ellenére, hogy az esetszám szerencsére igen kevés, azért mindig lesz egy-egy olyan a megbetegedettek között, aki éppen nem tartozott semmilyen életkori rizikócsoportba, és így az immunizáltak körébe sem. Értük ki lesz a felelős? Tudom, hogy a legegyszerűbb volna az államilag biztosított oltóanyag, de nem várhatunk minden megoldást felülről. A feladatunkat abban látom pillanatnyilag, hogy tájékoztassunk mindenkit a betegségről és a megelőzés lehetőségéről.

■ A Hírvivő egyik fontos feladata szakmai információk továbbítása, megosztása. Ha megengeded, kihasználnánk az alkalmat, és megkérdeznénk a véleményedről néhány, éppen a meningococcus-vakcinákkal kapcsolatban felmerült, hozzánk beérkezett szakmai kérdéssel is. A hirtelen megnövekedett oltási hajlandóságra a hazai piac nem volt, nem is lehetett felkészülve. Ennek következtében a vakcina hirtelen eltűnt a gyógyszertárak polcairól. A gyártó szerint a 2017. évi készlet tíz nap alatt fogyott el. Ennek a vakcinának a gyártási ideje nem néhány nap, nem is néhány hét. Azonnali készletfeltöltés tehát aligha várható. Hogyan nyugtathatjuk meg



azokat a szülőket, akik a már megkezdett, de befejezni nem sikerült immunizálás hatékonysága miatt aggódnak? Van-e arra tudományos adat, hogy vajon milyen mértékű védettséget jelent egy ilyen „csonka” oltási sorozat?

K. A.: Az oltási sémák optimális intervallumokat jelentenek és egyben a két oltás közötti minimum időközt, ami az immunválasz kialakulásához feltétlenül szükséges. A megkezdett oltási sor folytatása több okból is eltolódhat. Ha betegség vagy szabadságolás miatt tolódik az oltási sor, vagy ha az oltóanyag ellátási hiánya miatt késünk, az immunválasz akkor is létrejön. Eleve minden oltott páciens saját immunrendszerének válaszkészségén is múlik, hogy milyen mértékű lesz az immunválasz. Minden egyes beadott oltás többet jelent, mint a semmi. Nyilván vannak vizsgálatok azzal kapcsolatban, hogy egy oltás után mekkora immunogenitás várható, de felesleges százalékokat emlegetni. Sokan azt a közel 80%-os várható hatékonyságot is kevésnek tartják, ami a teljes oltási sorral várható. De sokkal fontosabb, hogy minden aggódó szülővel tudatni kell, hogy a járványhelyzet nem változott. Az oltás most is annyira szükséges és javasolt, mint egy évvel vagy öt évvel ezelőtt.

Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet főigazgatójának nyilatkozata szerint az intézet folyamatosan figyelemmel kíséri a készleteket, és több gyógyszer-nagykereskedővel felvették a kapcsolatot, arra kérve a cégeket, hogy keressenek külföldi forrásokat, hogy a magyarországi jelenleg extrém mértékű igényeket ki lehessen elégíteni. Nyilatkozatában a főigazgató a háziorvosok és gyermekorvosok közreműködését kéri abban, hogy a rendelésnél a megkezdett oltási sorok folytatását prioritásként kezeljék, új oltási sort csak indokolt esetben indítsanak. Józan szakmai ésszel végiggondolva, szakmai és etikai megfontolások alapján egyaránt, ebben a helyzetben éppen ellenkezőleg kellene cselekedni, vagyis akit csak lehet, és ezt igényli, legalább egy oltással immunizálni, és ha majd lesz elegendő vakcina, az oltási sorozatot folytatni. Mi erről a véleményed, van-e információd arról, hogy történik-e megfelelő szakmai egyez-

tetés egy-egy ilyen nyilatkozat elhangzása előtt?

K. A.: Azzal értek egyet, hogy aki igényli, annak az oltási sort el kell indítani. Szakmailag is ez indokolt, mert soha nem tudható, hogy az oltott aktuális immunválasza mekkora mértékű. A teljes oltási sorok nemcsak a pillanatnyi védettség kiteljesedését szolgálják, hanem a lehetséges leghosszabb távú hatás elérését is. Mivel az immunrendszer nem felejt, a rövid távú késlekedésnek nincs hátránya. A kérdés második felére vonatkozóan én csak azt tudom, hogy sajnos hazánkban igazán hiteles szakmai munkacsoport nincs kijelölve. A járványügyi szakemberek mellett a döntéshozóknak mikrobiológusokat, immunológusokat, vakcinológusokat is meg kellene hallgatni. A hazai szakemberek mellett folyamatosan konzultálni kellene a tapasztalattal rendelkező külföldi szakemberekkel. Az Egyesült Királyság epidemiológiai szakemberei felajánlották a segítségüket, de tudtommal eddig ezt nem vettük igénybe.

Az év elejétől a meningococcus C elleni vakcinák kétéves életkor alatt térítésmentesen rendelhetők. Az OEK információi szerint ugyanakkor az eddig hazánkban fertőzést okozó B és C szerotípus mellett több ízben igazolták az Y és a W135 szerotípus kóroki szerepét is, ez utóbbi fertőzés halálos megbetegedéshez is vezetett. Nem indokolja-e ez a tény a szakember szerint az eddig javasolt oltási gyakorlat újragondolását, és a 4 komponensű kombinált oltóanyag alkalmazását fiatalabb életkorban is? Információnk van arról, hogy több kolléga javasolja a csecsemőkorban megkezdett meningococcus C oltási sorozat egy- és kétéves kor között beadandó harmadik oltását a kombinált oltóanyaggal befejezni. Mi a véleményed erről a gyakorlatról? Immunológiai szempontból alkalmas a kombinált vakcina C komponense a MenC-oltások boosterelésére?

K. A.: Nem indokolt a 4 komponensű oltóanyag alkalmazása serdülőkor előtt. Még abban az országban, ahol a megbetegedés incidenciája megkívánata ennek beillesztését a nemzeti immunizációs programba – az Egyesült Királyságban történt ez is –, a kombinált oltást a fiatal serdülőkorúaknál, 9–10

éveseknél, a 16–18 évesen középiskolát elhagyóknál vezették be, mert a megbetegedések leginkább ebben az életkorban fordulnak elő. Nem indokolt gyakorlat a 4 komponensű oltást használni kisdedkorban hazánkban sem, bár immunológiai szempontból egyébként alkalmas lenne booster oltásnak. Az epidemiológiai jellemzőnket figyelembe véve ebben az életkorban a C és B szerocsoport elleni küzdelemre kell fókuszálni. Egyéni indikáció természetesen lehet, mondjuk, ha a család Afrikába utazik, vagy Szaúd-Arábiába... Nem kell azonban átesnünk a ló túloldalára! A 4 komponensű oltást 9–10 éves korban adva booster oltásnak, vagy akkor kezdett immunizálásra javaslom.

Tudjuk, hogy MenC-oltást követő protektív ellenanyag szint, ami a védettség jelenleg ismert legjobb indikátora, 3–5 év alatt jelentősen csökken. Ennek alapján, többek között a Te szakmai ajánlásodat követve javasoljuk a MenC-oltások 5 évente történő újraoltását egészen 25 éves korig. Ez azonban sem az Epinfoban, sem egyéb módszertani levélben nem olvasható, vagyis jelenleg „off label” gyakorlat. Van remény arra, hogy egy modern, aktualizált „hivatalos” oltási ajánlás a közeljövőben elérhetővé válik az oltóorvosok számára?

K. A.: Az alkalmazási leiratokban mindig van egy olyan kitétel, hogy mindenkor a helyi ajánlásokat kell követni. Mint említettem, hazánkban sajnos nincs olyan munkacsoport, amelyik a téma szakértőit összefogva közös konszenzust alkotna. A védőoltások nem terápiás készítmények, amelyeknek konkrét adagolási javaslata van. Ha nem vesszük figyelembe a helyi epidemiológiai viszonyokat, az immunológiai jellemzőket, amelyek befolyásolják az oltóanyag hatástartamát és hatékonyságát, akkor a páciensünk védettsége nem biztosított. Megtisztelő, ha követitek a javaslataimat. A nemzetközi irodalmat és ajánlásokat követem, és a hazai epidemiológiai helyzethez adaptálom az olvasottakat. Mielőtt bármit javaslok, kikérem nemzetközi szakértők véleményét. A véleményem megalapozott. Amíg hazánkban nem lesz megfelelő nyájimmunitás, az egyének védettségéről kell gondoskodnunk.

Köszönjük a beszélgetést!

Tiszteletbeli tag

A konferenciánkon eddig elhangzott sok-sok magvas gondolat után ünnepi pillanathoz, a Házi Gyermekorvosok Egyesületének Tiszteletbeli Tagja kitüntető cím átadásához érkezünk. Így most kérem a jelenlévőket, hogy a következő néhány percre mindenki öltöztesse ünnepi díszbe a lelkét.



Az egyesület vezetése az ez évi elismerést – kiváló elődök sorában – Kulcsár Andrea főorvos asszonynak ítélte oda. Úgy gondoljuk, hogy nem is kellene őt igazán bemutatni, hiszen hosszú évek óta állandó szereplője a házi gyermekorvosi konferenciáknak, a különböző védőoltásokról szóló oktatásoknak vagy oldottabb beszélgetéseknek. Mégis talán úgy illik, hogy néhány kiemelkedő momentumot azért mégis ismertessék Kulcsár Andrea szakmai életéből.

Kitüntetettünk csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos, a fertőző betegségek specialistája, védőoltási szaktanácsadóként országos és nemzetközi szaktekinetly.

1989-től a Szent László Kórház gyermekosztályának orvosa, 2014-től a Gyermek Szakrendelő főorvosa, eközben 2003 óta a Védőoltási Szakrendelő vezetője, 2015-től a Medikids

Gyermekgyógyászati Központ munkatársa. Szakértői munkáját 2007-ben és 2009-ben megszerzett nemzetközi bizonyítványok fémjelzik. Tagja a hazai Oltásbiztonság Csoportnak, a Vaccine Safety Attitudes Training and Communication szervezetnek, az Országos Epidemiológiai Központ Vakcinológiai Tanácsadó Testületének. A Magyar Infektológiai és Mikrobiológiai Társaság vezetőségi tagja. Országos feladatköre a Védőoltási Tanácsadói Hálózat szakmai felügyelete. A fent felsorolt feladatok mellett Kulcsár Andrea részt vesz a hazai védőoltási ajánlások szerkesztésében, és nemzetközi munkacsoportok tagjaként (pl. VACSATC oltásbiztonsági csoport) immunizációval kapcsolatos útmutatók társszerzője. Szakterülete az oltást követő események értékelése, a súlyos, az immunizációt befolyásoló alapbetegségben szenvedők egyéni oltási tervének megalkotása, az immunológiailag sérült betegek immunizációja. Több

mint 20 éve rendszeres elméleti és gyakorlati oktató a graduális és posztgraduális egyetemi és szakorvosképzésben. Több mint 60 tudományos cikk és 3 könyvfejezet szerzője.

Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok számára nélkülözhetetlen ez a szerteágazó szakmai, tudományos és oktatási tevékenység, hiszen a védőoltások egyre nagyobb szerephez jutnak mindennapos tevékenységünkben. Sokan emlékezhetünk még a 30-40 évvel ezelőtti időkre, amikor a jelenleginél jóval kevesebb védőoltás állt a rendelkezésünkre. Ma már a kötelező és a választható védőoltások száma jóval nagyobb, a vakcinológia egyre kiterjedtebb és differenciáltabb szerephez jut. Ebből a nagyívű tudományos fejlődésből újabb és bonyolultabb fogalmak, összefüggések szivárognak le a gyermekorvosok gyakorlatába is.

Ilyen újszerű fogalomként épült be a házi gyermekorvosok gondolkodásába, gyakorlatába az egész életre szóló védőoltási terv, az unokák védelme a nagyszülők beoltása által, a családtervezés előtti fészekimmunitás megteremtése, a különböző nemzeti védőoltási programok összeillesztése (migráció), a családok utazások alatti speciális védelme, a különböző immunmoduláló biológiai terápiákra, a szervátültetésre vagy a cochlearis implantátum beültetésére várók egyéni védőoltási programja.

A megbetegedési veszély kivédésére adott védőoltások indikációja is differenciáltabbá vált. Gondoljunk csak a tetanuszprofilaxisra vagy a genetikailag meghatározott, szerteágazó fenotípusú immunhiányokban szenvedők olthatóságának bonyolult és nagy felelősséggel járó véleményezésére. Új oltóanyagok, újabb és újabb kiszerezésben és kombinációban kerülnek forgalomba. Az egyén védelme, a nyájimmunitás, a gyermekpopuláció átoltottságának aránya is a mindennapos mérlegelés tárgyává vált. E megfontoláson alapul a Meningococcus elleni védőoltás hazai gyakorlata is.

Az elmúlt évtizedek során tehát egyre differenciáltabb, egyre érdekesebb tudománnyá vált a vakcinológia, amelyhez a gyakorlatot a csecsemő- és gyermekgyógyászképzés során nemigen lehet megszerezni. Ez a rengeteg védőoltási feladat csak a praxisba kerülés pillanataiban válik mellbevágóan fontossá. Mai kitüntetettünk, Kulcsár Andrea ezen a



szép szakterületen segíti eligazodásunkat. Elismerésre méltó elhivatottsággal, fáradhatatlanul tanít bennünket a különböző vakcinológiai problémák megoldására. Nehéz közvetlenül lemérni ennek az oktató munkának a hatását, de minden bizonnyal óriási. A gyermekek hazai átoltottsági adatai, a védőoltásokkal foglalkozó konferenciák nagy látogatottsága is bizonyítja, hogy a házi gyermekorvosok túlnyomó többsége igyekszik megfelelni a modern vakcinológia követelményeinek. A házi gyermekorvosok elkötelezettsége nélkül alig fél év alatt nem lehetett volna elérni a Pneumococcus elleni magas átoltottságot. A magyar oltási program és védőoltási fegyelem nemzetközi mércével is párját ritkítja. Ebben

nagy érdeme van – többek között – mai kitüntetettünknek is.

Andreának még egy szembeötlő tulajdonságát szeretném kiemelni. Kevés olyan előadót ismerünk, aki ennyire érthetően, didaktikusan képes elmondani az előadását. Nem lehet rá nem figyelni, mert minden pillanatban olyan érzelmi nyomatékkal beszél, ami nem engedi elkalandozni a hallgatók figyelmét. Ez nem könnyű feladat, mert sok specialistának okoz gondot, hogy mélyreható ismereteiből mit is osszon meg a gyakorló házi gyermekorvosokkal. Úgy, hogy az az ismeret naprakész, a gyakorlatban jól alkalmazható tudást jelentsen az alapellátásban dolgozó kollégáknak. Sajátos összetételű tudásanyagra van ugyanis szüksége az egyik pillanatban

nefrológiai, a másik pillanatban gasztroenterológiai vagy éppen neurológiai jellegű panaszokkal találkozó házi gyermekorvosoknak. Kulcsár Andrea előadásai során mindig figyelemmel van arra, hogy mekkora az az aktuálisan hasznos információmennyiség, amire szüksége van az elsődleges ellátásban dolgozóknak.

Kívánunk kitüntetettünknek további kitartást és erőt, türelmet abban a munkában, amely nélkül nagyon nehéz lenne a gyermekorvosok élete a védőoltások egyre táguló világában.

Méltó helyre került ez az elismerés. Gratulálunk.

KÁLMÁN MIHÁLY

A HGYE új vezetősége



Dr. Póta György
elnök



Dr. Muzsay Géza
alelnök



Dr. Pátri László
alelnök



Dr. Altorjai Péter



Dr. Havasi Katalin



Dr. Hóbor Miklós



Dr. Horzsa Éva



Dr. Kovács Ákos



Dr. Pejtsik Petra



Dr. Pölöskey Péter



Dr. Scheiber Dóra

Felügyelőbizottság



Dr. Benedek László



Dr. Kollár László



Dr. Nagy Katalin

Világszerte, így hazánkban is igen gyakori az indokolatlan, túlzott és felesleges antibiotikum-kezelés. A nem elég körültekintően, nem a megfelelő hatásspektrum alapján megválasztott, esetleg nem bakteriális eredetű fertőzések kezelésére, vagy nem elegendő ideig, nem megfelelő dózisban alkalmazott antibiotikum-használat a rezisztens baktériumtörzsek szelektálódása és elszaporodása következtében rendkívüli veszélyeket hord magában.

A WHO nemrég közzétett adatai aggasztóak. Az antibiotikum-rezisztens baktériumok számának növekedése népegészségügyi kockázatot jelent, a rezisztencia az elmúlt évek során olyan méreteket öltött, hogy már komolyan veszélyezteti az antibiotikumok jövőbeni hatásosságát. Sürgős közbeavatkozás hiányában a világ egy poszt-antibiotikus kor felé halad, amelyben a hétköznapi fertőzések is kezelhetetlenné válhatnak. A WHO – a fenyegető krízis elkerülése érdekében – globális akciótervet dolgozott ki, amelyben mindannyiunkra felelős szerep hárul.

Az MGYT és a HGYE Közös Házi Gyermekorvosi Szekciója néhány hónapja nyílt levélben fogalmazta meg az antibiotikumok társadalombiztosítási támogatásának kiterjesztéséről szóló rendelettel kapcsolatos aggályait (Hírvivő XXI. évf. 3. szám). Ebben az évben pedig száz házi gyermekorvos kolléga közreműködésével és a BioGaia támogatásával országos szintű, prospektív, randomizált klinikai vizsgálatot szerveztünk, hogy jobban megismerjük a hazai antibiotikum-fogyasztás egyes jellemzőit, különös tekintettel a gastrointestinalis mellékhatások gyakoriságára, illetve ezek kivédésének lehetőségére probiotikumok segítségével.

Az alábbi cikk, a témával foglalkozó külföldi szaklapban jelent meg és figyelemfelkeltő módon világít rá az antibiotikumrezisztencia-krízis jelentőségére.

Kovács Ákos

30 ÉV MÚLVA AZ ANTIBIOTIKUM-REZISZTENCIA ÁLDOZATAINAK SZÁMA MEGHALADHATJA A DAGANATOS BETEGSÉGEKBE ELHUNYTA SZÁMÁT

Veszélyes tempóban haladunk a „poszt-antibiotikus” korszak felé – hangoztatja egy közelmúltban megjelent tanulmány. Ha nem teszünk lépéseket, a rezisztens baktériumok terjedésével összefüggésben, várhatóan évente 20 millió ember veszíti majd életét.¹

Néhány hónappal ezelőtt kutatók egy kínai sertésfarmon olyan baktériumot izoláltak, amely rezisztensnek bizonyult az állatgyógyászatban máig leghatékonyabbnak tartott antibiotikummal, a kolisztinnel szemben.² A szuperbaktérium már felbukkant Dániában, Angliában, Portugáliában, Malajziában és több más országban is. A baktériumrezisztencia hordozója az MCR-1 névre hallgató gén. A gént a baktériumok könnyen transzferálják, így a rezisztencia igen gyorsan terjed. Az MCR gént nem csupán élő állatokban azonosították, de húskészítményekben, sőt, emberekben is kimutatható már. Egyelőre nem ismert kolisztinrezisztencia miatti humánhalálozás, de nyilvánvaló, hogy a fenti jelenség a problémát gyökeresen új dimenzióba helyezi. Az a tény, hogy a gén állatokról emberekre is átvihető, hozzájárul a rendkívül gyors terjedés lehetőségéhez.

RÉGI ANTIBIOTIKUMOK ÚJRA HASZNÁLATBAN

A kolisztint évtizedeken keresztül elavult készítményként tartották számon. Mivel a rezisztencia terjedése jelentősen vissza-

A kolisztint az 1950-es években fejlesztették ki, a polimixinek családjába tartozik. Toxikus vesekárosító hatása miatt ritkán alkalmazzák, így a kolisztinnel szembeni rezisztencia a többi antibiotikumhoz képest jóval lassabban alakult ki. Széleskörűen alkalmazzák viszont állatok növekedésének serkentésére, valamint egyes betegségeik kezelésére, csak Kínában 12 000 tonnát évente.

szorította az újabb fejlesztésű antibiotikumok hatékonyságát, az utóbbi években mégis gyors ütemben nő a használata és a humángyógyászatban is kulcsfontosságú készítmény lehet.

KOMOLY EGÉSZSÉGÜGYI VESZÉLY A VILÁG MINDEN TÁJÁN

Az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság (EFSA) figyelmeztetése szerint a campylobacter okozta hasmenés kezelésében használt antibiotikumokkal szembeni rezisztencia terjed. Multirezisztens szalmonellabaktériumokat is izoláltak emberben, szárnyasokban és húskészítményekben – olyan szuperbaktériumokat, amelyek még a kolisztinnel is ellenálltak. „Hamarosan a kolisztin is, amely jelenleg az utolsó mentsvárunk a súlyos szalmonella-fertőzések kezelésében, hatástalan terápiás eszközzé válhat” – hangoztatja Mike Catchpole, az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) vezető kutatója.³

A világ másik felén a probléma még égetőbb. Kínai kutatók nemrégiben jelentették, hogy olyan multirezisztens baktériumokat fedeztek fel, amelyek ellenállnak a széles spektrumú, elsősorban a tüdőt és a vesét érintő, valamint a szülés körül kialakuló súlyos fertőzések kezelésében használatos karbapenemeknek. Ez a rezisztencia ugyancsak az MCR-1-es gén terjedésének köszönhető.

India a világ legtöbb antibiotikumot használó országainak egyike, az antibiotikum-rezisztencia itt is óriási probléma. Becslések szerint közel 60 ezer csecsemő hal meg évente rezisztens fertőzések következtében.⁴

SENKI SEM MENEKÜLHET A POSZT-ANTIBIOTIKUS KORSZAK VESZÉLYEI ELŐL

Ha a jövőben nem állnak többé rendelkezésünkre hatékony antibiotikumok, az orvoslás gyakorlatilag az antibiotikum-használat előtti érába süllyed vissza.

Ez nagyon sok mindenre hatással lesz, a csípőprotézis-műtét-től a daganatos betegségek kezeléséig. Számos olyan dolog, amit ma természetesnek tart a modern orvostudomány, nem létezhet hatékony antibiotikumok nélkül. Ha például egy autóbaleset miatt operációra kerül sor, a műtét során a sebbe kerülő baktériumok elkerülhetetlenül fertőzést okoznak, tehát antibiotikum nélkül egy egyszerű műtét is fatális kimenetelű lehet.

A svéd Johan Tham, a Malmöi Skan Egyetemi Kórház fertőző osztályának orvosa konkrét esetekkel példázza, hogy a veszély jelen idejű: „Találkoztunk olyan esettel, amikor egy görögországi nyaralásból hazatérő turistán kellett súlyos végtag-amputációt végrehajtani, mert kezelhetetlen, baktérium okozta fertőzésének megfékezésére nem volt más eszközünk. A létező egyik legveszélyesebb szuperbaktérium az ESBL-Carba, egy törzs, amely a jelenleg létező valamennyi antibiotikumra rezisztens. Olyan drasztikus beavatkozást kellett alkalmaznunk, amely a XIX. századi orvoslást jellemezte. A testén több helyen voltunk kénytelenek amputációt végrehajtani; minden olyan területet el kellett távolítanunk, ahol a baktérium felütötte fejét, hogy a beteg életét megmenthessük.”

MAGYARORSZÁG ANTIBIOTIKUM-REZISZTENCIA HELYZETE UGYANCSAK SÚLYOS, A JELENSÉG AZONBAN NEM EGYEDI, A LEGTÖBB EURÓPAI ORSZÁG HASONLÓ PROBLÉMÁKKAL KÜZD.

„Ha a legfontosabb kórokozókat tekintjük – az Országos Epidemiológiai Központ legutóbbi adatai szerint – az invazív fertőzésből izolált *Staphylococcus aureus*ok között a methicillin-rezisztencia (MRSA) aránya 24,8%, az *E. coli* törzsek és *Klebsiella pneumoniae* törzsek között a β -laktám antibiotikumok döntő többségével szembeni rezisztencia 17,4%, illetve 30,1% volt. Ugyanezen kórokozók számos további antibiotikummal szemben is ellenállóvá váltak: az igen gyakran használt fluorokinolon típusú szerekkel szemben például 30% feletti rezisztenciát mutatnak. A probléma a legsúlyosabb az *Acinetobacter baumannii* esetében, amely a leggyakrabban használt antibiotikumokkal szemben 50-70%-os rezisztenciaszintet ért el. A felső légúti kórokozók közül a *Streptococcus pneumoniae* makrolidrezisztenciája jelentős: 26,2%.

MI AZ ANTIBIOTIKUM-REZISZTENCIA?

A baktériumok antibiotikumokkal szembeni ellenállóképessége. A kórokozó baktériumok rezisztenssé válnak azzal a szerrel szemben, amelynek el kellene pusztítania őket.

Az ember nem lehet antibiotikum-rezisztens, de hordozhat antibiotikum-rezisztens baktériumokat. A rezisztens baktériumok pedig szétterjedhetnek emberek, állatok, valamint a környezet között.

AZ ANTIBIOTIKUM-REZISZTENCIA FŐBB OKAI:

- túlzott antibiotikum-fogyasztás
- az antibiotikum-kúra idő előtti felfüggesztése
- túlzott antibiotikum-alkalmazás a mezőgazdaságban, az állattenyésztésben
- nem megfelelő infekciókontroll a kórházakban és a járóbeteg-intézményekben
- nem megfelelő higiénés fegyelem / kézmosás, kézfertőtlenítés elmaradása

HOGYAN ALAKUL KI AZ ANTIBIOTIKUM-REZISZTENCIA?

Az antibiotikumok a kórokozó baktériumok elpusztítására szolgálnak. Az antibiotikumok alkalmazása során mindig marad néhány „túlélő” baktérium. Egy idő után ezek a túlélő baktériumok elszaporodnak, és egy új, antibiotikum-rezisztens törzset alkotnak.

A probléma minden antibiotikumnál hasonló: minél gyakrabban alkalmazzuk, annál gyorsabban alakulnak ki az új kórokozó baktériumtörzsek, amelyek rezisztensek lesznek vele szemben. A problémát tovább súlyosbítja, hogy az új antibiotikumok fejlesztése világszerte jelentősen csökken.

Ugyanakkor pozitív jelenségnek tekintendő, hogy az igen fontos karbapenem antibiotikum-csoporttal szembeni rezisztencia aránya egyelőre igen alacsony, és kolisztinrezisztencia a hivatalos hazai statisztikákban még nem fordult elő.” – nyilatkozta dr. Füzi Miklós, a SE Orvosi mikrobiológia Intézetének docense.

Antimikrobiális rezisztencia: a WHO globális akcióterve

Az Egészségügyi Világszervezet két évvel ezelőtti közgyűlésen hagyta jóvá az antimikrobiális rezisztencia elleni harc globális akciótervét. Ennek egyik lényeges eleme az antibiotikum-rezisztencia elleni sürgető fellépés is.

A globális akcióterv célja, hogy hosszú távon biztosítsa a fertőző betegségek sikeres kezelésének és megelőzésének lehetőségét – olyan hatékony és megbízható gyógyszerekkel, amelyek:

- minősége biztosított,
- használata átgondolt és felelősségteljes,
- mindenki számára elérhetőek, akinek szüksége van rájuk.

A globális akcióterv öt fő stratégiai feladatot határoz meg:

- 1) Hatékony kommunikáció, edukáció és tréning;
- 2) Folyamatos nyomon követés (surveillance) és hatékony kutatás

- 3) Magasabb szintű fertőzésmegelőző intézkedések;
- 4) Az antimikrobiális gyógyszerek használatának optimalizálása a humán- és állatgyógyászatban egyaránt;
- 5) Komolyabb anyagi erőforrásokat új gyógyszerek, diagnosztikai eszközök, oltóanyagok és más intervenciók kifejlesztésére!

Forrás:

<http://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/en/>

Hivatkozások:

1. Review on Antimicrobial Resistance, 31 dec 2015
2. Yi-Yun Liu et al. Emergence of plasmid-mediated colistin resistance mechanism MCR-1 in animals and human beings in China: a microbiological and molecular biological study. 18 nov 2015
3. International Business Times, 5 jan 2016
4. Läkemedels-, bioteknik- och diagnostikbranschens deklARATION för att bekämpa antibiotikaresistens, World Economic Forum, Davos, jan 2016

Házi gyermekorvosi klinikai vizsgálói hálózat alakult

A klinikai vizsgálatok terén mind nagyobb a verseny az európai országok között. Míg a magukban kiválóan működő de szétszóró elhelyezkedésű praxisok nehezen vonzanak vizsgálatokat az országba, egy közös „ernyő”-szervezet életre hívása nagyobb lehetőséget biztosítana számunkra.

Az évtizedes vizsgálói tapasztalattal rendelkező házi gyermekorvos kollégák kezdeményezésére a HGYE keretén belül szerveződő Házi Gyermekorvosok Klinikai Vizsgálói Hálózata (a továbbiakban: HunPedNet) célja a klinikai vizsgálatokban már gyakorlott és a tapasztalattal még nem rendelkező, de a klinikai vizsgálatokban szívesen részt vevő kollégák összefogása és munkájuk támogatása. Amennyiben szívesen csatlakozna a jelenleg 54 fős csapatunkhoz, kérjük, jelezze címünkön (muzsay.geza@gmail.com vagy stunyaedina@gmail.com).

Bátorítjuk jelentkezését, várjuk szeretettel!

DR. MUZSAY GÉZA ÉS DR. STUNYA EDINA



Jó volt!

Ezúton szeretnék gratulálni a HGYE Gyermek-alapellátási Akadémia keretén belül szervezett, 2017. február 4-én Debrecenben rendezett „Gyermekallergológia az alapellátásban továbbképző tanfolyam és workshop”-hoz!

Nagyon tetszett a tanfolyam jellege. Ezzel az interaktív módszerrel sokkal maradandóbbak az információk. Sokat tanultunk abból, hogy gyakorlatilag kontrollálhattuk, összehasonlíthattuk az eredetileg meglévő, majd a tanfolyamon megszerzett tudásunkat. Az előadók lényegretörően adták át a házi gyermekorvos mindennapi gyakorlata számára szükséges információkat, olyan érdekfeszítően, hogy minden percét élveztük az egész napos tanfolyamnak. Nem elméletekkel próbálták ellátni bennünket, hanem ténylegesen a napi munkánkat segítették roppant szemléletes előadásokkal, tanácsokkal. Dr. Kovács Ákos nagyon jó előadókat kért fel a témához (Dr. Altorjai Péter, Dr. Réthy Lajos, Dr. Zonda Igor), akiken látszott, hogy vele együtt szívvel-lélekkel igyekeztek újabb ismeretekkel ellátni bennünket. Ilyen típusú továbbképzés jó lenne más témakörökben is! Ez a nap tényleg nagyon jó és hasznos élmény volt.

Köszönettel:

DR. ANGI IRÉN
HÁZI GYERMEKORVOS

International Society for Social Pediatrics & Child Health

a Magyar Gyermekorvosok Társaságával együttműködésben

„Children on the Move: rights, health and well-being”



2017. szeptember 28-30.
Budapest, Danubius Hotel Flamenco

Kiemelt témák

- a menekült gyermekek egészségi szükségletei, prevenció, korai intervenció, az elszorított bántalmak hatása
- a gyermekgyógyászok különleges feladatai, a menekült gyermekek jogainak érvényesítése ellátásuk során
- a menekült gyermekek érdekképviselete
- interszektoralis együttműködés kezdeményezése, a jelenlegi helyzet javítását célzó stratégia kialakítása

További információ, absztrakt küldés
online regisztráció magyar résztvevőknek:

www.issop2017.hu



Convention Budapest Kft. | Vámos Katalin
E-mail: kvamos@convention.hu | Telefon: +36 30 576 6031 | www.convention.hu



A citromokat bemutató emlőrák ellenes kampány egyre intenzívebb. (Breast Cancer Campaign Based on Lemons Goes Viral)

Egy fiatal grafikus, aki mindkét nagymamáját emlőrákban vesztítette el, készítette azt a fotósorozatot, amelyben citromok képein mutatja meg, hogy az emlőn milyen elváltozások utalhatnak daganatra. Az Emlőrák Ellenes Liga felkarolta a kezdeményezést, és eddig már több mint 3 millióan nézték meg a képeket a Facebook-on. A „KnowYourLemons” kampány sikerét a liga vezetője azzal magyarázza, hogy beszéd helyett – amelyről ismert, hogy a betegek csak mintegy 14%-át jegyzik meg annak, amit az orvos mond – képekkel dolgozik, amely még azok számára is érthető, akik kevésbé értik az írott szöveget, akik félnek tüneteikről beszélni, akiknek kellemetlen az emlő említése. A kampány jelenleg már 16 országban folyik, és segíti a betegeket abban, hogy tüneteikkel korábban forduljanak orvoshoz. Lehetne hasonló módszerhez a gyermekgyógyászati praxisban is folyamodni? (A ref. megj.)



A köldökszínór késői elkötése csökkenti a csecsemők vérszegénységének esélyét (Delayed Umbilical Cord Clamping Tied to Lower Anemia Risk in Babies)

Svéd szerzők randomizált vizsgálat keretében a késői (legalább három perccel a születés után) és a korai (egy perccel a születés után) köldökszínór lekötés előnyét vizsgálták 540 csecsemőn. Késői köldökszínór lekötés esetén 11%-kal kevesebb anémiát és 42%-kal kevesebb vashiányt találtak a nyolc hónapos csecsemőknél, és ez a különbség egyéves korban is megmaradt. A fejlődő világban a csecsemők és gyerekek nagyon nagy része szenved vashiányos anémiában, amely fogékonyabbá teszi őket a különböző fertőző betegségekre, ezért a WHO ajánlását, amely egy perc után javasolja a köldökszínór lekötését, érdemes lenne megváltoztatni, így csak ezzel a módszerrel világszerte évi 5 milliónál több csecsemő anémiája lenne elkerülhető.

Tiszta és egészséges étkezés – mit jelent ez? (“Clean” and Healthy Eating – What Does That Mean?)

Az amerikai lakosság mintegy 70%-a túlsúlyos, a diabetes és a cardiovascularis betegségek száma egyre emelkedik, ezért a különböző diétáknak nagy keletje van. Mit kell ezekről tudni? A *méregtelenítő diéta* hívei azt állítják, hogy ez megszabadítja a szervezetet a különböző, a környezetből szervezetünkbe kerülő toxinoktól, szennyeződésektől. A diéta az ún. „tisztá” ételeket preferálja, gyümölcs, zöldség, magvak, teljes kiőrlésű gabonák és sok víz. A diétázó nem ehet készételeket, cukrot és olyan termékeket, amelyek ismert allergiát okozhatnak (pl. glutén, tejtermékek, tojás, vörös húsok). Sajnos semmilyen bizonyíték nincs arra, hogy így tényleg megszabadulhatunk mérgektől, sőt, az egyoldalú táplálkozásnak veszélyei is vannak. A *paleo és magas fehérjetartalmú diétát* követők szerint a modern, szénhidrát-dús étkezés túlterheli a szervezet metabolikus kapacitását, ezért visszatérnek az emberiség őskorában fogyasztott ételekhez. Csak húst, halat, zöldséget és gyümölcsöt esznek, eliminálják a gabonaféléket, tejtermékeket, sőt, cukrot. Egyes vizsgálatok szerint e szénhidrátszegény diéta gyorsabb súlycsökkentéshez vezet, mint a kevés zsírt tartalmazó, és a metabolikus szindróma paramétereit is javítja. Ugyanakkor e diéta miatt D-vitamin- és Ca-hiány alakulhat ki. A *mediterrán diéta* mindenki számára ismert, aki járt valaha a mediterrán országokban. Itt sok gyümölcsöt, zöldséget, halat, és teljes kiőrlésű gabonát esznek, a zsírt pedig többnyire nem szaturált formában (olívaolaj) fogyasztják, a készételeket, a vörös húsokat a telített és transzszírokat pedig kerülik. Már régóta ismert, hogy ez a diéta csökkenti a szívbetegségek, stroke és demencia kialakulásának esélyét. E diéta egyik variációja az ún. MIND diéta, amely a gyümölcsök közül a bogyós gyümölcsöket, a zöldségek közül pedig a leveleket preferálja, és állítólag védi az agyat az öregedés ellen, így pl. kisebb az Alzheimer-kór kialakulásának esélye. Az *egészséges bélrendszert* célzó diéta olyan ételek fogyasztását preferálja, amelyek probiotikus hatásúak. A joghurt, kefir, savanyú káposzta és hasonlók fogyasztása biztosan nem ártalmas, az persze még kérdés, hogy hatásos-e.

A védőoltás-kritikus Robert Kennedy jr. vezetheti a Trump elnök által életre hívandó vakcinabiztonsági munkacsoportot. (Vaccine Critic Robert Kennedy Jr Says He'll Head Trump Safety Panel)

Robert Kennedy jr., a volt igazságügy-miniszter fia, ismert a védőoltás-ellenes nézeteiről, amelyekkel Trump amerikai elnök is egyetért. Az előbbi könyvet is publikált, „*Thimerosal: Let the Science Speak*” címmel, amelyben azt a rég megcáfolt nézetet hirdeti, hogy a 10–15 évvel ezelőttig a védőoltások konzerváló szereként használt – azóta a forgalomból kivont, bár ártatlan – szer okozza az autizmust. Esetleges kinevezésének híre nyugtalanságot keltett orvosi körökben. A CDC keretében már régen létezik egy hasonló munkacsoport, amely jól végzi a dolgát, és nincs szükség újabb vizsgálóbizottságra. A CDC egyik vezetője szerint ez olyan, mintha olyan valakit, aki abban hisz, hogy a föld lapos, neveznének ki egy globális földrajzi információs központ vezetőjévé. A szakértők azt állítják, hogy a kinevezés veszélyes, mert a szülőknek azt az üzenetet küldi, hogy a védőoltások nem biztonságosak, sőt ártalmasak, ezért nincs rájuk szükség.

In memoriam dr. Pongrácz József

Dr. Pongrácz József 1950-ben született Ceglédbercelen. Az általános iskolát szülőfalujában végezte, majd Pannonhalmán érettségizett 1969-ben. 1977-ben szerzett orvosdoktori diplomát a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán. Végzés után Kecskemétre került a megyei kórház Gyermekosztályára, 1981-ben Szegeden szakvizsgázott csecsemő- és gyermekgyógyászatból. A kórházi ellátásban meglévő, sokszor merev szabályok (gondoljunk vissza csak az akkori látogatási rendünkre, a szülői jelenlét korlátozására), arra készítették, hogy 1982-től körzeti majd házi gyermekorvosként, saját elképzelései szerint dolgozzék.

Hasonló vágyak, emberközpontú, humánus ellátásra törekvés indította arra, hogy létrehozzák az 1994. február 1-én megnyitott Egészségházat, amelyet mindenki csak Bagoly-ként ismert. A gyermekgyógyász társadalom jeles vezetőinek részvételével baráti légkörben tartott, havonkénti továbbképző előadásokkal éveken át segítette szakmai, emberi fejlődésünket. Heti rendszerességgel írt elektronikus levelein keresztül, a magyar- és világirodalom kincseit is propagálva, rendszeresen reagált az aktuális politikai, társadalmi kérdésekre.

Az egészségház jelmondata, „a jó szó is gyógyít”, életének fontos vezérelve volt.

Hihetetlen türelemmel, fáradhatatlanul ismételve magyarázta el a teendőket betegei szüleinek. Túl a szakmai feladatokon, baráti kapcsolatai révén, szinte egygyé válva velük segítette őket családi problémáik, betegségeik, gondjaik orvoslásában. A társadalmi visszasságok gyógyítása, javítása életének fontos részét képezte, ezért alakult meg vezetésével 2002-ben a Jobb Lator polgári kör, amely sok embernek nyújtott lelki táplálékot, erőt, vigasztalást. A polgári kör indította el Csaba testvér árváinak segítése felé. Komplex szűrővizsgálatokat végző csapatot létrehozva, gyermekgyógyász, gépész, radiológus, szemész, kardiológus, pulmonológus, bőrgyógyász, sebész kollégák, elkötelezett védőnők, asszisztensek segítségével rendszeresen vizsgálták, gyógyították a Dévai Szent Ferenc Alapítvány gyermekeit.

Pongrácz József doktor délelőtt még a munkahelyén dolgozott, gyermekorvosként kis pácienseit vigasztalta, gyógyította, majd délután hazament szeretett feleségéhez, összeesett és infarktus következtében meghalt. Szaktudásával, emberi jóságával, anyagi nagylelkűségével hosszú évek során volt csupa nagybetűvel írható, igazi „ORVOS”.

Megrendülten búcsúzunk Tőled, Pongji!



Praxisok

ELADÁS

Budapesttől 20 percre az M5 autópálya mellett **Hernád és Újhartyán** települések házi gyermekorvosi praxisa eladó. Kártyaszám: 800, ill. 600, ügyelni nem kell. Tőkét nem igényel, hosszú távú, kamatmentes részletekben kifizethető. Ugyanitt átmenetileg tartós helyettest is keresek. Érdeklődés: Dr. Kovács Ákos +36 30 933 1978 akos.kovacs@gmail.com

Jászberényben házi gyermekorvosi körzet praxisjoga nyugdíjazás miatt eladó. A jól felszerelt, felújított, klimatizált rendelőnek nincs bérleti díja, ügyelet: központi. Ügyeleti kötelezettség nincs. Kiváló asszisztens tovább foglalkoztatható. Helyettesítés megoldható. Kártyaszám 1000 fő körüli. Ár és részletfizetés megegyezés szerint. Önkormányzat szándékát fejezte ki a praxisvásárlás megbeszélés szerinti támogatásához. Érdeklődni a +36 30 361 3566 telefonon lehet.

Budapestben, a VIII. kerület felújított részén 600 fős területi ellátási kötelezettségű, könnyen továbbfejleszhető házi gyermekorvosi praxisjog, amelyhez iskolaorvosi (külön szerződés) és óvodai ellátási kötelezettség is tartozik, eladó. Megfelelően felszerelt rendelő, lelkiismeretes, kedves asszisztencia, nagyszerű szaktudású, munkájuknak elkötelezett védőnők és kiváló kollégák, akikkel a helyettesítés megoldott, biztosítják a kedvező munkafeltételeket. Kórházi központi

24 órás ügyelet van, tehát a praxist ügyelet nem terheli. Vételár és a fizetés módja megbeszélhető. A praxisjog megvételéhez az OEP pályázati úton vissza nem térítendő támogatást nyújthat. Az önkormányzat új orvosi életpályamodell kialakítását tervezi még ebben az évben, amely szolgálati lakást, gépkocsit, a 2. asszisztens finanszírozását, az orvosi rendelő ismételt felújítását és a felszerelés továbbkorszerűsítését jelenti. A részletekért kérem, hogy keressen: +36 30 212 9622. Visszahívom.

Gödön (Felsőgöd), a Dunakanyar kapujában, Budapesttől 25 km-re jól felszerelt gyermekorvosi praxis nyugdíjba vonulás miatt eladó. Praxislétszám 1250 fő, szakképzett asszisztenssel, ügyeleti kötelezettség nélkül. Érdeklődni a + 36 20 955 2433 számú telefonon lehet.

Kispesten, wekerlei körzettel, teljesen felújított rendelőben gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 620 fő. Elérhetőség: +36 20 966 0014

Dél-Pesten, családi házas övezetben 600 fős, könnyen továbbfejleszhető házi gyermekorvosi praxisjog kedvező áron eladó. A praxishoz nem tartozik ügyeleti ellátási kötelezettség. Felújított, klimatizált, gyorsan megközelíthető rendelő, lelkiismeretes, kedves asszisztencia. A praxisjog megvételéhez az OEP pályázati úton vissza nem térítendő támogatást nyújt, a részletekért kérem keressen! Tel.: +36 30 230 1566

Szombathelyen praxisom eladását tervezem a 2017. évben. Kiváló korcsoport-összetétel. Praxislétszám: 740 fő.
Elérhetőség: sola.gyongyi@gmail.com

Budapest II. kerületében eladó 800 kártyás házi gyermekorvosi praxis. A felújított rendelő a Pasaréti úton található. A praxisban kiválóan képzett asszisztens áll rendelkezésre, helyettesítés megoldott. Ügyeleti kötelezettség nincs. Ár megegyezés szerint. Praxislétszám: 800 fő.
Elérhetőség: +36 70 425 0743

Dunaföldváron nyugdíjba vonulás miatt házi gyermekorvosi praxis eladó. A városban két gyermekorvosi praxis van, a másik praxisban fiatal, kedves kollégán dolgozik. Rendelőt az önkormányzat biztosít. Központi ügyelet van, Pakson, részvétel fakultatív. Praxislétszám: 750 fő.
Elérhetőség: +36 20 446 3332

Nyíregyházához és Debrecenhez egyaránt közeli városban házi gyermekorvosi praxis jól felszerelt rendelővel eladó. A saját tulajdonú rendelő önállóan is eladó vagy kiadó. Praxislétszám: 1100 fő.
Elérhetőség: +30 857 6028

Nagymaroson 920 fős praxisom jogát megvételre ajánlom nyugdíjba vonulási szándék miatt. A kisvárosban egyedül vagyok gyermekorvos, helyettesítés megoldott szabadság alatt. Ügyeleti kötelezettség nincs. Az is érdekel, ha valaki heti 1-2x helyettesítést vállal, vagy gyes mellett dolgozni. Megbízható asszisztencia. Kérlek, hogy este 6 és 8 óra között keress, otthoni számom +36 27 350 002.

Újbuda központjában gyermekorvosi praxis sürgősen, áron alul eladó! Praxislétszám: 840. Elérhetőség: drnagygabriella2@gmail.com

Nyugdíjba vonulás miatt **Budapest belvárosi** 900 kártyás praxisjog eladó. A körzetben két védőnő és jól képzett asszisztens dolgozik. A rendelő jól felszerelt, a helyettesítés megoldott. Központi ügyelet van. Érdeklődni lehet: +36 20 536 0100 vagy +36 1 320-1019 telefonszámokon.

Balassagyarmaton nyugdíjba vonulás miatt gyermekorvosi praxis eladó. A praxis létszáma 1050 fő. Területi kötelezettség van, csatolt község Patvarc. Elérhetőség: +36 30 396 8278

Dél-Pesthez közeli agglomerációs városban 1300 fős házi gyermekorvosi praxis joga eladó. Budapestről kijárással ellátható. Jól képzett asszisztens biztosított, ügyeleti kötelezettség nincs, helyettesítés viszonyossági alapon történik. Érdeklődni a +36 30 922 5839 telefonszámon lehet.

HIRDETMÉNY

Szentmártonkátá Nagyközség Önkormányzat Képviselő-testülete **gyermekorvost keres**

A település Pest megyében, Budapesttől 50 km-re fekszik. A település minden közlekedési eszközzel könnyen megközelíthető. A nagyközség lakosságszáma: 4984 fő. A praxis 750 fős. 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. Egészségügyi szolgáltatások terén a településen két háziorvosi körzet, egy gyermekorvosi körzet, egy fogorvosi szolgálat és gyógyszerár működik. A rendelő jól felszerelt, felújított. Szükség esetén az önkormányzat bérlakást tud biztosítani. A praxis a szükséges engedélyek beszerzését követően azonnal betölthető. A praxissal kapcsolatban bővebb információt Fodor Zoltán polgármester nyújt a +36 20 974 0235 vagy a +36 29 462 101-es telefonszámokon.

HELYETTEST KERES

Kecskeméti házi gyermekorvosi praxisba **keresek** tartós **helyettest** heti két napra, másfél év időtartamra, hosszú távon a praxis átadása is lehetséges. Elérhetőség: +36 70 6144 466

Családbarát rendelés! Ezúton **keresem** azt a **helyettest**, aki kisgyermek és családja mellett vállalna helyettesítést napokra, 1-1 hétre, vagy gyes mellett rendszeresen. Szuper gyerekbarát rendelőben, **Káposztás-megyeren** néhány évre, esetleg a továbbiakban átvehetné a praxisjogot. Elérhetőség: +36 30 9219 679

Dunabogdányban működő 1300 fős praxisomba sürgősen fiatal gyermekgyógyász szakorvost keresek tartós helyettesítés céljából, későbbiekben eladás is szóba jöhet. dr. Kovács Tibor
Elérhetőség: +36 20 240 8941

HELYETTESÍTÉST VÁLLAL

Praktizáló gyermekgyógyász főorvos helyettesítést vállal **Velence, Érd, Pusztaszabolcs** környékén. Elérhetőség: +36 20 346 1953

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

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

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

Kedves Kolléga!

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

11713005-20419448

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

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

Tisztelettel a HGYE titkársága

