

2004. június ■ IX. évfolyam 3. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Kedves Kollégák!

A C.E.S.P. elnökeként megtisztelő számomra, hogy köszönhetem az uniós csatlakozással a szervezet teljes jogú tagjává vált Magyarországot.

A C.E.S.P. (a Szubspecialista Gyermekorvosok Európai Szövetsége), az U.E.M.S. (Szakorvosok Európai Egyesületének) gyermekgyógyászati szekciója. Alapvető feladata, küldetése, hogy az unión belül koordinálja, és Európa-szerte összehangolja, egységesítse a gyermekgyógyászat szakmai, klinikai és tudományos tevékenységét, a szakorvosok és szubspecialisták képzését, továbbképzését, valamint biztosítsa a gyógyítás és kutatás magas színvonalát.

Magyarország képviselője megfigyelőként hosszú évek óta vesz részt találkozóinkon. Tőle is tudjuk, milyen jól szervezett a magyar gyermekorvosi alapellátás, ahol 1600 gyermekorvos végzi a 18 éven aluliak 70 százalékának ellátását. Magyarországon 99 százalékos vakcinációs rátája egyike a legmagasabbaknak Európában. Tisztában vagyunk azzal is, hogy sok országhoz hasonlóan Önöknél is az alulfinanszírozottság a gyermekgyógyászat egyik legfőbb gondja.

Az európai egészségügyi rendszerek között ma még számos különbség van. Mindenhol közös teher azonban a gyermekgyógyászat forráshiánya, és a medicina részterületeinek egymás között is folytatott küzdelme a finanszírozásért. Közös összefogásra van szükség a gyermekgyógyászat pozícióinak megerősítéséért. A gyermekgyógyászat különösképpen a preventív medicina kifejlesztésével járult hozzá a betegségek csökkentéséhez. Ismertetnünk, tudatosítanunk kell mind jobb eredményeinket a koraszülött-frekvencia, az újszülött-halálozás csökkentése vagy a vakcináció területén. Sikereinknek éppúgy feltétele az intenzív posztgraduális képzés és orvostovábbképzés, mint a gyógyító- és kutatómunka állandó fejlődése.

Az uniós országaiban a gyermekgyógyászatban használható egészségügyi termékekre vonatkozóan 2006-tól új irányelvek lépnek életbe. A C.E.S.P. aktív részt vállal annak a törvényjavaslatnak az előkészítésében, melyet az Európai Bizottság ez ügyben az Európai Parlament elé terjeszt.

Az új előírások értelmében a gyermekgyógyászati gyógyszereknek meg kell felelniük a legszigorúbb ellenőrzéseknek, és tükrözniük kell a legújabb kutatási eredményeket. Még szélesebb körben kell hozzáférhetővé és közérthetővé tennünk a gyógyszerekkel kapcsolatos információkat is.

Az egészségpolitikán belül az új tagországokkal kibővült Európai Unió minden államában fokozott támogatásra szorul a gyermekegészségügy. Van mit tanulnunk egymástól. A Gyermekorvosok Európai Szövetsége meg van győződve arról, hogy Magyarország csatlakozása révén erősödni fog a gyermekgyógyászat fejlődése Európában.

Baráti üdvözléssel:

Peter F. Hoyer
a gyermekgyógyászat professzora
a C.E.S.P. elnöke

TARTALOM

- Széllal szemben ... 2-3
- Változások az NHS-ben 4-5
- A „dakota-törvény” .. 5
- Társadalom, biztosítás 7
- Szakmai kollégium ... 7
- CESP-konferencia 9
- Kávészünet-6 ... 10-11
- Elvesztett Paradicsom? 12-13
- Választható védőoltások 14-15
- Alvászavarok 16
- A gyermekorvosi vizsgálatról 17
- Erőszak a családban . 18
- Hírek 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2004-ben:



Szélel szemben

Előző számunkban röviden már foglalkoztunk az egészségügyi reform újabb koncepciójával. Az ellátásszervezésről szóló törvényjavaslat az egészségügy berkeiben vihart kavart. Azt mondják, nem az a baj vele, hogy mindenki támadja, hanem hogy senki nem támogatja. Kifogásait, észrevételeit a HGYE vezetősége is eljuttatta Radnai György kormánybiztoshoz. A törvényjavaslat szülőatyjaként emlegetett közgazdasági szakember a Miniszterelnöki Hivatalban válaszolt kérdéseinkre.

Az egészségügyi rendszer működése és fejlesztése ma a társadalom egyik alapkérdése. Vitathatatlan az igény a változásokra, hisz rossz a lakosság egészségi állapota, torz az egészségügyi struktúra és a forráselosztás. Rosszak az egészségügyi mutatók, és a szereplők – az egészségügyben dolgozók és a betegek egyaránt – elégedetlenek. A reform ezért halaszthatatlan és ezzel minden szereplő egyetért. De az érintettek saját érdekeik alapján ítélik meg a reformtervezeteket. Mi az oka annak, hogy ezzel a törvénytervezettel szemben az egészségügy szereplői szinte egységfrontba tömörültek? Az ötletszerűnek tűnő bejelentés? A szakmai egyeztetések ismétlődő elmaradása? Esetleg az átpolitizált közhangulat?

Mielőtt idejöttek, Önök nem egyeztetek velem arról, hogy milyen kérdéseket tesznek fel nekem. Hanem átnézték a rendelkezésükre álló anyagot, konzultáltak munkatársaikkal, és ez így van rendjén. A törvényjavaslat előkészítésénél ugyanez volt a helyzet. Tavaly született egy kormánydöntés arról, hogy az egészségügyet át kell alakítani, mert a betegek, az orvosok, az egész társadalom érzi, hogy valami nincs rendben. Az egészségüggyel betegként, szülőként, rokonként 10 millió állampolgár találkozik nap mint nap, és senki nem elégedett. Azt a feladatot kaptuk ezért a kormánytól, hogy nézzük meg, mi a probléma és próbáljunk meg a kérdésekre adekvát választ adni. Az orvosokból, közgazdászokból, jogászokból álló csapat elkezdett dolgozni, és amíg nem éreztük kiforrottnak, vállalha-

tónak az anyagot, addig nem léptünk a nyilvánosság elé. Abban a pillanatban, amikor úgy láttuk, hogy a törvénytervezet elért egy bizonyos készültségi állapotot, azt nyilvánossá tettük. Az orvosszakmai és államigazgatási szakértők szűk körének javaslatai alapján alakult ki az a második változat, ami ezután államigazgatási egyeztetés elé került. Ezt az előterjesztést kapták meg Önök is.

A törvénytervezettel kapcsolatban már eddig is számos észrevétel érkezett. Voltak, akik konkrét, szövegszerű változtatásokat javasoltak, és voltak olyanok is, akik csípőből, mindenféle észrevétel nélkül azt üzenték, hogy nem. A szóbeli és írásbeli egyeztetések figyelembevételével készült el a harmadik változat, ami a kormány elé került. Ezt a három változatot citálják most hol itt, hol ott, hol amott, sok észrevétel azonban félreértéseken, az el nem olvasáson vagy éppen a félreolvasáson alapul. Az ESzCsM honlapján május vége óta olvasható a most aktuális normaszöveg, amelyen júliusig nem változtatunk. Több mint 50 érdekképviseleti, civil és szakmai szervezetet kértünk fel arra, hogy szakértőik tíz munkacsoportban, saját érdekeik és szempontjaik alapján tegyenek módosító javaslatokat. A részvételükkel zajló vita eredményét egy kodifikációs bizottság foglalja majd össze, és annak alapján tesz javaslatot a módosításokra.

Hogy a törvényjavaslattal szemben egységfrontba tömörültek az érintettek? – Kik? – Milyen egységfrontba? – Én úgy látom, másért tiltakozik a Kórházzszövetség, másért a Kamara, és valószínűleg másért tiltakoznak Önök. Nem hallunk lakossági tiltakozásról és nincs széles körű ellenállás a beteg-érdekvédelmi szervezetek részéről sem. Az önkormányzatok, a gyógyszergyártók vagy az egészségügy különböző beszállítói sem foglaltak még állást.

A szembenállás hátterében sok minden állhat. Az egyik oka az, hogy az orvosok egy része nem érdekelt a rendszer átalakításában. Mondjuk ki, az egészségügyi intézmények között is van több olyan kórház, rendelő, amelyik nem érdekelt abban, hogy a jelenlegi helyzet megváltozzon, mert most, még a nem valós teljesítményeket is el tudják számolni az OEP felé. Természetesen ez nem általános, de tudjuk, hogy vannak ilyenek. A másik oka az elutasításnak az, hogy a törvénytervezetet sokan el sem olvassák,

vagy ha el is olvasták, félremagyarázzák, mert azt kívánja meg az érdekük. De előfordul az is, hogy elolvasva a törvénytervezetet, azt valóban rosszul értelmezik.

Jelenleg az egyik legfeszítőbb kérdés: ott hasznosul-e a tudás, ott koncentrálódik-e a kapacitás, ahol szükség van rá? És ha nem, akkor mi az első teendő?

Ez a reform egyrészt arról szól, hogy egy ellátásszervező lép a beteg mellé, aki segíti őt abban, hogy minél hamarabb meggyógyuljon, és ne bolyongjon a rendszeren belül. Az állampolgárok egészségügyi ellátáshoz jutásának esélyei így javulnak. Másrészt az új struktúra megteremtí a lehetőségét annak is, hogy a forráshiánnyal küzdő rendszer nagy, jelentős források befogadására alkalmas legyen. Ennek eredményeként az ágazatban javulnak majd a bérezések, és lesz pénz a fejlesztésekre, a műszerek cseréjére is. Köztudott, hogy a rendszerből legalább 1500 milliárd forint hiányzik. Ezt pótolni kell valahonnan, van is erre megoldás a reformtervezetben. Az egészségügyi ellátórendszer ugyanis két-három év múlva – a reform után – már alkalmassá válik az uniós pénzek befogadására.

Tény, hogy a jelenlegi rendszerben nemcsak a forráshiány okoz gondot, hanem a kapacitások aránytalan területi eloszlása is. Vannak területek, ahol több intézmény működik, mint amennyire valós igény lenne, és vannak területek, ahol hiányoznak bizonyos ellátások.

Azt is látni kell, hogy nem azért koncentrálódik nagy kapacitás az egyik helyen, mert ott nagyobb a szükséglet, és nem azért van kevés intézet máshol, mert ott egészségesebbek az emberek. Nem, hanem azért, mert így alakult ki az egészségügyi intézmények területi eloszlása. A jelenlegi rendszer azért igazságtalan, mert nem mindenki jut egyforma eséllyel egészségügyi ellátáshoz. Ha ezen a helyzeten nem változtatunk, akkor 1500 milliárd sem fog változtatni rajta. Az persze természetes, hogy a változtatás nem megy ellenállás nélkül. És igenis, be kell vallanunk, hogy bizonyos csoportok rövid távú érdekei sérülni fognak. Mert adott esetben fájdalmas döntéseket kell hoznunk, de meg kell hoznunk, hiszen mindannyiunk egészségéről, mindannyiunk pénzéről van szó.

Mindezen feladatokat megoldhatta volna az erre hivatott minisz-

térium, az egészségbiztosító vagy uram bocsá' a szakfelügyelet...

És megoldhatta volna a kórház, megoldhatta volna az önkormányzat is. De a tények mégis azt bizonyítják, hogy belülről nem ment... Egy dolog ugyanis mindig hiányzott: az érdekeltség. Azért van most ekkora kiabálás bizonyos érdekcsoportok részéről, mert a törvénytervezet szerint az egészségügybe bejön egy olyan új szereplő, aki a rendszer hatékonyságában lesz érdekelt. Hiszen csak ebben az esetben jut pénzhez. Egy ellátásszervezőnek nem lesz érdeke, hogy a papíron kimutatott teljesítményt is finanszírozza.

Szeretnék viszont néhány alapvető félreértést eloszlatni. Az ellátásszervező nem bank, nem pénzintézet és nem is egy informatikai társaság. Nem „karvaly-tőke”. Az ellátásszervező független – orvos, közgazdász, informatikus és egyéb szakértőkből álló – csoport lesz, melynek legközvetlenebb szövetségei például a háziorvosok, vagy a házi gyermekorvosok. A kapuőrök, akik nélkül már a mai rendszer sem képes a szerepét betölteni. Ennek az ellátásszervezőnek kell az állampolgárt segíteni abban, hogy minél tovább éljen egészségesen, és ha beteg, mielőbb meggyógyuljon. Nem arról van tehát szó, hogy az egészségügy a pénzügyi szektorhoz kerül. Mint ahogy a Postabank sem lett posta azért, mert a Magyar Posta volt a tulajdonosa.

Egy másik félreértés, amit tisztázni kell: a pénz nem kerül az ellátásszervezőhöz. A járulék nagyságát továbbra is az állam határozza meg, az állam szedi be és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár rendelkezik felette. Marad tehát az egységes, társadalmi méretű kockázatközösség. Az OEP egy virtuális számlát állít ki az ellátásszervező számára, 400 ezer ellátott esetén egy 40 milliárdos számlát. Ebből kell a szervezőnek a leghatékonyabban gazdálkodni. Ha sokfelé szórja a pénzt, ha rosszul gyógyít, ha a hozzá tartozó állampolgároknak rossz az egészségi állapota, kevés marad fejlesztésre és fizetésre.

Ennyi elég?

Soha nem állítottam, hogy a ma rendelkezésre álló forrás elég, csak azt mondom, hogy először az egészségügyi rendszert kell alkalmassá tenni annak az 1500 milliárd forintnak a fogadására, amire szüksége van. További kérdés viszont, hogy honnan vesszük a hiányzó 1500 milliárdot? Járulékemelésből? Adóemelésből? Vagy inflációból? Ilyen döntést senki nem merne felvállalni.

Azt mondom azonban, hogy ha sikerül az ellátásszervezők, a szolgáltatók és a régiók olyan kapcsolatrendszerét kialakítani, ahol a gyógyító munka a tényleges szükségleteken alapul, akkor 2007-től már olyan uniós forrásokra is pályázhatunk, amit nem kell később visszaadnunk. Vagyis a visszatérítés érdekében nem kell majd újabb közös terheket vállalnunk.

Lesznek tőkeerős jelentkezők?

Jó kérdés. Sokkal jobb, mint amikor kérdés nélkül azt harsogják, hogy isten ments, hogy betegye a lábát a tőke. Azt mondom, hogy ha kiszámítható, tartós feltételeket teremtünk, itt lesznek a jelentkezők. Szeretném azonban megerősíteni: ez nem kórház-privatizáció. A törvényjavaslat nem kötődik tulajdonosváltáshoz, nincs tehát szó az állami vagyon elidegenítéséről.

Mi lesz azokkal az intézményekkel, orvosokkal, akikkel az ellátásszervező nem köt szerződést?

Az ellátásszervezőnek kötelessége szerződést kötni azzal, akinek területi ellátási kötelezettsége van. Szerződéskötés csak abban az esetben nem jön létre, ha a szolgáltató nem akar szerződni az ellátásszervezővel. De Magyarország ma nem arról híres, hogy túlkínálat lenne háziorvosokból. Ezért is jók a háziorvosok tárgyalási pozíciói. Az Orvosi Kamara lapjában megjelent állításokkal szemben azt állítom, hogy az új rendszer nemhogy elvesz a háziorvosok zsebéből több tízezer forintot, hanem akár sok százezer forintos többletjövedelemhez juttatja a valós szükségleteket ténylegesen ellátó orvosokat. A kérdésre visszatérve: a finanszírozóval kötött korábbi szerződés továbbra is érvényes.

De ha az egészségbiztosító továbbra is finanszírozza azokat, akik nem szerződnek az ellátásszervezővel, nem ugyanott leszünk, ahol voltunk?

Nem egészen. Az ellátás indokoltságát és minőségét minden taj-számhoz kötődően ellenőrzi majd szakmailag az ellátásszervező. Ha rendben találja, az ő igazolása alapján fizet az OEP, ha pedig nem, akkor nem fizet. A döntést persze meg lehet támadni, meg is lehet változtatni, de az a szolgáltató, akinek nincs szerződése, még megfelelő ellátás esetén sem részesedhet a szervezőnél maradó megtakarításból. Abból ugyanis csak az ellátásszervezővel szerződésben álló szolgáltató részesülhet. Hiszen a szervező azért kötött épp vele szerződést, mert

úgy ítélte meg, hogy annál az orvosnál, azon az osztályon vagy abban a kórházban kapja a beteg a legjobb ellátást.

Miért nem lehet mindezt az eddig olyannyira magasztalt Irányított Betegellátási Rendszerrel elérni?

A törvénytervezet egyértelművé teszi, hogy az ellátásszervező nem lehet azonos a szolgáltatóval. Ennek pedig az az oka, hogy az ellátásszervező ellenőrizni fogja a szolgáltatókat, konkrétan azt, hogy valóban megtörténtek-e az adott beavatkozások az adott szolgáltatóknál. Amennyiben a szolgáltató saját maga lenne az ellátásszervező is, akkor saját magát ellenőrizné. Ez nem lehetséges, mert akkor ugyanott tartanánk, ahol most.

Az önkormányzatnak, az ÁNTSZ-nek vagy a biztosítónak eddig is lett volna lehetősége a folyamat ellenőrzésére. Mégsem tették, vagy legalábbis nem tették kellő hatékonysággal.

Mert nem rendelkeztek elegendő materiális forrással elképzeléseik realizálásához. Az ellátásszervezőknek azonban nemcsak a fejlesztés lesz a kötelezettsége, hanem a megtakarításból forrásaik is lesznek a folyamat szabályozásához. Az ellenőrzés ráadásul olyan szakértőkhöz kerül, akik az adott területen ehhez a legjobban értenek.

Az ellenőrzés valóban kulcskérdés. Sajnálatos, hogy ma senki nem kérdezi, mekkora a felesleges vizsgálatokra, a 2500 tonna kidobott gyógyszerre elpocsékolt pénz, és persze senki nem kéri számon az elvesztett egészséget sem.

Sokan mondják, hogy szél ellen, orvosokkal szemben, a politikával ennyire átitatott környezetben nem könnyen lesz a javaslatból törvény.

Ez a javaslat az alkotmányos jogokat figyelembe véve készült el. A törvénytervezet szerint nem sérül a szolidaritás elve, megmarad a szabad orvosválasztás, az önkormányzatok jogai nem sérülnek, és kötelezettségeik sem változnak. A legfontosabb az, ami a reform célja is, hogy az állampolgárok minél tovább éljenek egészségesen, ha pedig betegek lesznek, minél hamarabb meggyógyuljanak. Azt gondolom ez mindannyiunk, az egész ország érdeke.

Köszönjük a beszélgetést.

KÁDÁR FERENC, KÁLMÁN MIHÁLY



Izgalmas változások az NHS-ben

Szakmai-társadalmi vita előzte meg a legújabb reform bevezetését

Szerencsés időpontban tér vissza a Hírívó Nagy-Britanniába, ahol ez év áprilisában került sor az 1948-ban alapított és világszerte az ingyenes egészségügyi ellátás modelljének tekintett NHS (National Health Service) szervezeti átalakítására. A rendszer gerincét képező, az alapellátást működtető ún. primary care trustok (PCT) ugyan már 2000-ben létrejöttek, de most újabb felelőségekkel ruházták fel azokat, és lényegesen megváltoztatták a családi orvosokhoz, azok rendelőihez fűződő viszonyukat.

Annak érdekében, hogy az NHS „csendes forradalmát” érzékletesen, érthetően tudjuk bemutatni olvasóinknak, ismét a több évtizedes családi orvosi tapasztalatokkal rendelkező Kádas Tamás segítségét vettük igénybe. Ő volt az, aki 2001-ben már nyilatkozott a Hírívónek, bemutatva a westminsteri önkormányzathoz tartozó rendelőjét, a Newton Medical Centre-t. Kádas doktor szavaiból kiderül, hogy az egyes családorvosi praxisok szempontjából a legdöntőbb újdonság az alapellátást szervező intézmény és a rendelők

mekek vakinációjának területén, az asztmában, a cukor- vagy szívbetegségben szenvedők ellenőrzésében – és magasabb summát utal ki a PCT menedzsmenete a szolgáltatások szélesebb skáláját nyújtó praxisoknak is. Például a Newton Medical Centre-nek azért, mert gyermekorvosi ellátást is nyújt a körzetben. Az állami költségvetésből a PCT-k bankszámlájára áttalt növekvő pénzzel – az NHS büdzséje 2002-ben 65 milliárd, 2004-ben már 79 milliárd font, a 2007-es célkitűzés pedig százmilliárd font – bátorítják a rendelőket, hogy egyre több funkciót vegyenek át a kórházaktól, így kisebb sebészeti, bőrgyógyászati beavatkozások elvégzését. A PCT-k megnövekedett hatásköréhez tartozik, hogy szükség esetén átveszik az éjszakai és hétvégi ügyeletek ellátását és szervezését, ami korábban a családorvosok kötelessége volt. A praxisok egy része, köztük a Newton Medical Centre is, felvállalja az inspekción, de a bevétel egy részéről inkább lemondva, „delegálja” a munkát. Egy privát vállalkozást, egy orvoscsapatot bíz meg a rendelők bezárása után szükségessé váló ellátással, ami a betegek szempontjából természetesen ingyenes. Az ügyeleti rendelőkben dolgozó, vagy a házhoz kihívott doktorok pedig éppúgy nem fogadhatnak és fogadnak el paraszolvenciát, mint ha a körzeti rendelő orvosa állna rendelkezésre.

Kádas doktor nem győzte eléggé hangsúlyozni, hogy a westminsteri PCT részéről nem nehezedik a rendelőre pénzügyi nyomás. Az egyetlen terület, ahol takarékosra próbálják szorítani a családorvosokat, a gyógyszerek felírása. Be is pillanthattam abba az összesítésbe, melyet a PCT havonta elkészít és eljuttat az egyes rendelőkhez, kimutatva az évre meghatározott keretet, az elmúlt hónapban felírt gyógyszerek árát, jelezve, hogyan viszonyul ez az összeg a célkitűzéshez és az országos átlaghoz. Amikor azonban elhangzik a családi orvosok „ultima ratio”-ja, hogy egy bizonyos intézkedést, pénzkidrást a „good practice”, a „helyes ellátás” indokol, rendszerint elcsendesedik a bíráló. Az egészségügyi trendek amúgy is megnehezítik a körzeti orvosok dolgát, hiszen a rendszeres koleszterinszint-kontroll nyomán több koleszterinszint-csökkentőt, a vérnyomás



A szigetországban 298 PCT tevékenykedik. Ezek az alapellátás biztosításán kívül a helyi lakosság számára szolgáltatásokat vásárolnak a kórházaktól és gondoskodnak az emberek tágran értelmezett egészségi színvonalának javításáról. A szervezetek óriási pénz felett rendelkeznek, hiszen az NHS teljes költségvetésének háromnegyedét, ebben az évben 49 milliárd fontot kontrollálnak. Egyszerű osztással kiszámítható, hogy egy-egy, 500–3000 dolgozót foglalkoztató trust, azaz vagyonekezelői alapítvány 164 millió font sorsáról dönt. Minden PCT-nek van egy ún. végrehajtó bizottsága, tagjai között orvosokon, gazdasági-pénzügyi szakembereken kívül a helyi lakosság képviselői is megtalálhatók.

között létrejött szerződés. A kontraktusok megszületését hosszas tárgyalás, esetenként alkudozás előzi meg. A rendelők az eddiginél szabadabban, rugalmasabban tudják megszervezni munkájukat, amennyiben egy „globális összeget” harcolnak ki maguknak és ezt maguk osztják szét, fizetik ki a személyzetet és fedezik az üzemeletési költségeket. A kerületi szervezet, amely a Madame Tussaud panoptikummal szemben, valóságos márványpalotában székel, külön keretet biztosít fejlesztésre, a rendelőintézet karbantartására, modernizációjára, és mindenekelőtt a számítógépes hálózat rendszeres felújítására. Extra jutalomban részesülnek azok a rendelők, amelyek kimagasló eredményeket produkálnak – például a gyer-

Társadalom, biztosítás

Magyarországon az 1800-as évek végén, az 1900-as évek elején kezdtek megalkulni – német mintára – a kötelező járulékból fenntartott betegsegélyező pénztárak. Ez volt az alapja az ún. munkásbiztosításnak. Így bővült az addigi egészségügyi ellátás: a szegényeket ellátó ingyenrendelések és a fizető magánbetegeket ellátó rendelések mellett megjelent az új típusú betegsegélyező. A második világháborúig igen jelentős volt a magánbiztosítás aránya, majd 1948-ban megkezdődött az addigi önálló biztosítók összevonása, államosítása. A magánbiztosítás megszüntetése gyakorlatilag a társadalombiztosítás totális kiterjesztésével járt. A társadalombiztosítás büdzséje (a kötelező befizetésekből származó bevétel) azonban soha nem tudta fedezni a kiadásokat. Örök probléma: honnan történjen a hiány pótlása? A tudomány, technika fejlődésével az egészségügyi ellátás is egyre több pénzt kívánt, de a növekvő hiány pótlására igazi megoldást nem talált az állam. Ennek „eredménye” lett, amit jelenleg tapasztalunk a kórházak, rendelők állapotában, felszereltségében, illetve az ezekben dolgozók bérszínvonalában, jövedelemviszonyaiban.

Az egészségügy a szolgáltatások sorában sajtószerű helyzetet foglal el. Miután 1950-től a biztosítottak ellátása állami feladat lett, így az állam „rendeli meg” az OEP-en keresztül a szolgáltatást a biztosított, az állampolgár részére. Mai napig nem tisztázott (bár a piacgazdaság ezt keményen megköveteli!), hogy az ellátott mit, mennyit várhat, követelhet az ellátótól azért az összegért, melyet az OEP biztosít a szolgáltatásért.

A magánbiztosítás megszüntetésének, a társadalombiztosítás kiszélesítésének hozadéka lett a hálapénzrendszer. A folytonos forráshiánnyal küszködő állami intézmény (SZTK, OEP) nem tudta az ellátottak egyre nagyobb többségének igényét kielégíteni, így közvetve forrásbevonást indukált: ha jobb ellátást igényel a páciens, akkor azt fizesse meg (a kötelező járulékon felül). Adjon további pénzt az ellátónak közvetlenül, ezzel részben pótolva az ellátó finanszírozási hiányát is. (Ld.: az egészségügyben dolgozók jövedelemviszonyait. Az orvosok közalkalmazásba vételével a jövedelmi viszonyuk a szakmunkások szintje alá süllyedt!)

A 60–70-es években oly gyakran hangzott az ingyenes és legmagasabb szintű szolgáltatás csupán vágy és illúzió. Ma

már mindenki előtt ismert, hogy ingyenes szolgáltatás nem létezik, az „ingyenbédnek” is van ára, legfeljebb nem az elfogyasztója fedezi. Az egészségügyi ellátást sem biztosítja a munkáltatók és a munkavállalók által kötelezően befizetett járulék összege. Ezzel szemben a páciens, biztosított maximális ellátást vár el az egészségügyi szolgáltatás kapcsán.

A helyzetet tovább bonyolítja, hogy a szolgáltatást megrendelő (OEP) egyre inkább piaci viszonyok között kívánja megoldani, illetve megoldatni a szolgáltatókkal a feladatát. Ez a finanszírozást tekintve érzékenyen érinti az egészségügyi ellátókat mint szolgáltatókat.

A helyzet tisztázását segíti, hogy az OEP tervezi (illetve elkezdte) a biztosítottak tájékoztatását az általuk igénybe vett szolgáltatás értékét illetően. Így szembe-sül az állampolgár azzal, hogy az ellátása mennyibe került a biztosítónak, ami a későbbiekben takarékosagra is ösztönözheti. Nagy szükség volna a felesleges, csupán a páciens által indikált beavatkozások, vizsgálatok, gyógyszerfelírások csökkentésére, megszüntetésére is.

Sajnos a rendszerváltást követően az egészségügy irányítói az ígéretek és hangzatos szövegek ellenére sem nyúltak a biztosítási rendszerhez. (Nem mertek, nem akartak, nem tudták?!)

Ma már nemcsak az egészségügyben dolgozók, hanem a társadalom tekintélyes, nagyobbik része is joggal és türelmetlenül teszi fel a kérdést: meddig tartható fenn még az 1950-es években kitalált, ma már alig működőképes rendszer?

A szolidaritási alapon működő, teljes körű és magas szintű egészségügyi ellátást biztosító rendszer rendkívül drága, ennek feltételeit a túlünk gazdagabb országok sem tudják megteremteni. Kiegészítő biztosításokkal jól körülírt és meghatározott ellátási feltételekkel lehetne a felmerülő igényeket kielégíteni. Egy szakemberekből (egészségügyi, biztosítási, közgazdasági és pénzügyi szakértők) álló team állítson össze egy báziscsomagot, melyben pontosan meghatározzák az alapvető, mindenki számára elérhető és megfizethető egészségügyi ellátást, illetve a befizetendő járulékok összegét, mértékét. Az ezen felül igényelt többszolgáltatás, minőség további járulékok megfizetésével érhető el.

A jelenlegi biztosítási rendszerben az OEP szerepe a központi költségvetésből leosztott pénzek elosztására szorítkozik. Újra „helyzetbe” kellene hozni a biztosítót: kapjon vagyont, ingót és ingatlant (kórházakat, rendelőket, utókezelőket, szanatóriumokat stb., melyeket jelenleg az önkormányzatok, illetve közvetlenül az állam működtet az ismert nehézségekkel és színvonalon), és ezekkel a jó gazda módjára gazdálkodhatna. Az ellátást nyújtó orvosok, szakdolgozók szerződéses viszonyban dolgozzanak a biztosítónak, az orvosi és szakdolgozói kamara védje az érdekeiket, akadályozza meg a kedvezőtlen feltételekkel kötendő szerződéseket. A szakmai munkát az ÁNTSZ és a szakmai kollégiumok felügyeljék. Így egy átlátható, tiszta jogi és gazdasági viszony létesíthető az egészségügyi ellátás szereplői között.

Mert a jelenlegi tisztázatlan viszonyok csak további minőségromlást és korrupciót szülnek, mely nem jó ajánlólevél az Európai Unió számára.

DR. TÖRÖK LAJOS

Szakmai kollégium

A HGYE elnöke ez év márciusában levélben hívta fel Kökény Mihály miniszter figyelmét arra a méltatlan helyzetre, ami abból adódik, hogy a gyermekorvosi alapellátásnak nincs súlyához mért reprezentációja a szakmai kollégiumokban. A Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégiumban meghívottként, a Házi Orvostani Szakmai Kollégiumban pedig egyetlen tagként képviselte 1600 házi gyermekorvos szakmai érdekeit Huszár András.

A levélre nem érkezett válasz.

Az ügyben kértük az érintett szakmai kollégiumok elnökeinek, a Magyar Orvosi Kamara elnökének és a MOTESZ főtítkárnak segítségét is.

A májusi kollégiumi választások során a szavazásra jogosultak házi gyermekorvost továbbra sem választottak a Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium tagjai közé. A 23 tagú Házi Orvostani Szakmai Kollégiumba sem jutott be egyesületünk elnökén kívül más házi gyermekorvos.

A két illetékes grémium 46 tagja között egyetlenegy a házi gyermekorvos! A gyermekgyógyászatban az alapellátás, az alapellátásban a gyermekgyógyászat helyzete... No comment!

CESP-értekezlet Sigtunában

A CESP (Confederation of European Specialists in Paediatrics) az UEMS (European Union of Medical Specialities) gyermekgyógyászati szekciója és a gyermekgyógyászati szubspecialitások európai szövetségeit fogja össze.

Célja, hogy az uniós országok gyermek- és serdülőkorú lakosságának gyermekgyógyászati ellátását támogassa, tanulmányozza és harmonizálja. Részt vesz a gyermekorvosképzés és -továbbképzés magas színvonalának biztosításában, erősíti és koordinálja a nemzeti gyermekorvosi szervezetek közötti kapcsolatokat. Tájékoztatja az orvosi szervezeteket, tudományos társaságokat, kormányokat és nemzetközi szervezeteket a gyermekgyógyászat érdekeiről, szoros kapcsolatot tart a Nemzetközi Gyermekgyógyászati Társasággal (IPA) és az Európai Bizottsággal.

Székhelye Brüsszelben van, irányító testülete évente kétszer ülésezik, egyszer tavasszal „valahol Európában”, egyszer decemberben Brüsszelben. Az irányító testületbe minden tagország két főt delegálhat hivatalosan, elvárás, hogy az egyik küldött a secunder vagy tercier, a másik pedig a primer ellátásban dolgozzék. A végrehajtó bizottságnak tagja az elnök, a főtítkár, az alelnök, a primer, a secunder és a tercier ellátás képviselője, az EBP (European Board of Paediatrics) elnöke és a pénzügyi felelős. A főtítkárt és a gazdasági felelőst három, a többieket két évre választják. A végrehajtó bizottság munkáját a képzésért elsősorban felelős EBP mellett az etikai, a vakcinációs, az ifjúság-egészségügyi, a gyermekgyógyászatban használatos gyógyszerekkel, valamint a baleset-megelőzéssel foglalkozó állandó, és különböző ad hoc munkabizottságok segítik. A tagországok speciális szabályozók szerinti tagdíjat fizetnek.

A CESP által szervezett első Europaediatrics konferenciát 2000-ben Rómában, a másodikat pedig 2003-ban Prágában tartották. Ide már több mint 60 országból 880 résztvevő érkezett. 2006 október 18–22 között Barcelonában kerül megrendezésre a III. Europaediatrics konferencia.

A május 19–22 között Sigtunában (egy Stockholmtól 50 km-re lévő kicsiny városban) tartott találkozón – Lengyelország és Málta kivételével – minden uniós ország képviseltette magát. Magyarországot Mészner Zsófiával együtt ketten képviseltük.

A találkozón, megköszönve az eddigi elnök, Zoe Papadopolou munkáját a CESP új elnökévé Peter Hoyer német nephrológus professzort választották. Az alelnök megválasztását decemberre halasztották, a főtítkári funkciót továbbra is a brüsszeli Jose Ramet aneszteziológus professzor látja el. Kiemelték, hogy a CESP egyik legközelebbi célja, hogy az American Academy of Pediatrics mintájára, rövidesen Európai Gyermekgyógyászati Akadémiává alakulva képviselje a gyermekgyógyászat érdekeit.

A megbeszélések részben munkacsoportokban, részben plenáris üléseken folytak. Én az olasz Andrea Vania által vezetett CME munkacsoportban vettem részt. Az uniós országok egyik részében van, a másikban még nincs működő továbbképzési rendszer. Jogszabály csak az országok kis részében szabályozza a képzést. A magyar továbbképzési rendszer hasonló több nyugat-európai ország gyakorlatához. A képzés minősége többnyire ingadozó, tartalma pedig esetleges. Szükség lenne, de nincs sok esély a képzési programok harmonizációjára, az ismeretek aktualizálása érdekében, az Egyesült Államok gyakorlatához hasonlóan, Európában is szóba jöhet egy időszakos „számmonkérés”. Ennek eszköze lehet az elkészítendő továbbképzési „guideline”.

Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok képzését nehezíti az oktatópraxisok általános hiánya. A tananyag meghatározásához szükség lenne a CESP támogatására. A képzés során a kollégáknak mind szélesebb körű ismereteket kell szerezniük a szubspecialitások területéről is.

Hasznos volna a gyermekorvosi alapellátás minőségellenőrzésének kidolgozása, az olasz kollégák (Primary Care Paediatricians) egyesülete az Olasz Gyermekorvos Társasággal együttműködve már el is készített egy ilyen kézikönyvet.

A munkacsoportok megbeszélésein elhangzottakat plenáris ülések foglalták össze. Az elnöki, főtítkári, pénzügyi beszámolókat követően ismertették a vakcinációval, a gyermek fejlődését nyomon követő egészségügyi „booklet” tartalmával, a gyermekkori balesetek megelőzésének lehetőségeivel, az oktatóintézmények akkreditációjával és „vizitációjával”, az ifjúság-egészségügyi képzés tematikájával és a rezidensképzéssel összefüggő kérdéseket.

Előadás foglalkozott a házi orvosok és házi gyermekorvosok gyermekellátásának



összehasonlításával. Németországi adatok szerint a házi orvos által ellátott gyermekekre jutó gyógyszerköltség 20%-kal magasabb, mint a házi gyermekorvos által ellátotté, a házi orvosok háromszor több gyermeket utalnak kórházba, a védőoltások aránya pedig elmarad a gyermekorvosi praxisok átoltottsági mutatóitól.

Elke Jaeger berlini kollégával együtt egyesületünk megbízást kapott a házi orvos és a házi gyermekorvos által nyújtott gyermekellátás költségeinek és minőségének összehasonlító felmérésére.

Az előadások, hozzászólások és beszélgetések kapcsán bebizonyosodott, hogy a gyermekgyógyászat mindenhol közös gondokkal küzd, de a problémák mélysége országokként eltérő. Magyarország gyermekorvosi alapellátásának felépítése példa értékű, az ellátás minőségének összehasonlítása azonban nem volt feladata az értekezletnek.

A kifejezetten puritán körülmények között rendezett, de baráti hangulatú rendezvényen jóleső figyelem övezte az újonnan csatlakozott országok képviselőit. Meghívást kaptunk az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok egyesületeinek szeptemberi értekezletére, és elfogadta felkérésünket José Ramet, a CESP főtítkára, hogy részt vegyen egyesületünk november 12–13-án Budapesten tartandó X. Szakmapolitikai Konferenciáján.

A részvétel és az utazás költségeinek fedezését köszönöm az MGYT elnökének.

KÁDÁR FERENC

Ez volt a hatodik...

Most nem a sporteseményeken szokásos gólörömről van szó, hanem a HGYE hatodik tudományos konferenciájáról, a „Kávészünet”-ről.

Mint az egyik szervezőnek talán nem is illik a száraz tudósításon túl, a konferencia minősítéséről írni. Erről csak annyit, hogy mi mindig találunk javítanivalót... De hát ez a dolog természetéhez tartozik. Röviden összefoglalva: tanultunk, beszélgettünk, ettünk, ittunk és talán egy kicsit lazítottunk.

Bővebben, elsősorban azoknak, akik idén nem tudtak a vendégeink lenni: szó volt beteg-megelégedettségi vizsgálatról, táplálásról, a kövérség megelőzéséről, a pszichomotoros fejlődés nyomon követéséről, a korai inhalációs szteroidkezelés jelentőségéről, az ajánlott vakcinák fontosságáról, költséghatékonyaságról, és nem utolsósorban akkreditált előadás-sorozat foglalkozott a „kórokozóban való gondolkodás” hasznosságáról.

Szabó László a Magyar Gyermekegyorvosok Társaságának főtitkára szellemes és kedves előadásával nyitotta és zárta konferenciánkat.

Korausz Etelka „CRP vizsgálat a rendelőben”, Szövetes Margit és munkatársai „A csecsemőtáplálás alakulása Hajdú-Bihar megyében” és Czákó Tibor „Praxisomban szerzett tapasztalatok a meningococcus-C megbetegedések védőoltással történő megelőzésének területén” című előadásának jutalma Oláh Éva, napokban megjelent „Gyermekgyógyászati kézikönyve” volt.

Köszönjük a kiállítóknak a támogatást, a Nestlének a Zorán estet, a Medico Unonak a „Humana-Beach”-et és a HIPP-nek a kávészüneteket. És köszönet mindenkinek, aki jelenlétével megtisztelte a „hatodikát”!

KM

észünet





Első fecske

2002 januárja óta dolgozom Tiszaszigeten, a Szegedtől 15 km-re lévő 1800 lelkes faluban vegyes körzet házi orvosaként. Praxisomba 1453-an tartoznak, közöttük 43 négy éven aluli és 142 öt-tizennégy év közötti gyermek.

A vegyes körzetnek nagyon sok előnye van: a családokat egészében látja az orvos, a gyerekek életútját végigkísérheti. Igazából a családorvoslás a vegyes körzetekben valósul meg. A szépségei mellett azonban a nehézségeivel is szembe kell nézni. A házi orvosi licence vizsga után a pályakezdő csak a legszükségesebb gyermekgyógyászati ismeretekkel rendelkezik, hiszen a képzés alatt fele annyi gyermekgyógyászatot tanul, mint belgyógyászatot. A gyermekgyógyászati továbbképzések helyzete még ennyire sem jó, hiszen a házi orvosi továbbképzések nemigen foglalkoznak vele. A vegyes körzetben dolgozó házi orvos nem kap gyermekgyógyászati továbbképzésekre meghívást, nem kap gyermekgyógyászati szaklapokat, a nekik szervezett konferenciákon csak mutatóba fordul elő gyermekgyógyászati témájú előadás. Így mindenki lelkiismeretére van bízva, hogy ezen a területen hogyan bővíti ismereteit.

Ha abból az alapelvből indulunk ki, hogy mindenkit egyenlő szintű orvosi ellátás illet meg, akkor át kell gondolni a vegyes körzetek képzési stratégiáját. A nagyvárosoktól távol eső települések rossz házi orvosi ellátottsága és a gyermekgyógyászok elöregedése miatt nincs kilátás arra, hogy mindenhol gyermek-

gyógyász szakorvos lássa el a gyerekeket. A születések számának és a bevétel reálértékének csökkenése miatt a faluhelyen működő gyermekközvetek helyzete is bizonytalan.

A rám bízott gyerekek esélyegyenlőségét igyekszem megteremteni azzal, hogy folyamatosan keresem a gyermekgyógyászati továbbképzés lehetőségeit. Mint sok más kollégának nekem is az internet az egyik fő kitékintésem a külvilágra. Így értesültem a HGYE aligai konferenciájáról.

Élmény volt. Meglepő és megtisztelő volt az a szeretet, amivel egyedüli családorvosként fogadtak. A szakmai program a gyakorlat számára használhatónak bizonyult. Nagy öröm volt, hogy az előadásokból választ kaptam mindennapi gondjaimra, kételyeimre. A két nap alatt szinte szemléletváltáson mentem keresztül. Pár év múlva elkészülhetne talán egy összehasonlító elemzés praxisom oltási szokásairól a „HGYE előtt és után” címmel.

A pulmonológiai és infektológiai előadások is nagyon érdekesek voltak, bár itt nem volt szükség szemléletváltásra, hiszen az elvek a felnőttgyógyászathoz nagyon hasonlóak.

A konferencia szervezetsége és a részt vevő kollégák nagy száma igazi meglepetést okozott.

Számomra, és remélem a betegek számára is, nagyon hasznosnak bizonyult az ottlét, szeretnék a jövőben rendszeres résztvevővé válni. Fontos lenne, hogy minél több családorvos legyen ott a gyermekgyógyász továbbképzéseken. Tudom, hogy egy fecske nem csinál nyarat, de bízom abban, hogy ha megjönnek a többiek is, rövidesen jön a nyár.

DR. KAIZER ZSUZSA

Elveszett Paradicsom?



Hollandia néhány évvel ezelőtt a világ szociális és egészségügyi szempontból talán legjobban ellátott országa volt. A 16 milliós lakosság egésze (még az illegálisan ittelők is) részesült az egészségügyi és szociális ellátásból. Olyannyira, hogy például a segélyből élők az elromlott jégszekerény helyett újat kaptak, és ha a házi orvos úgy látta, hogy a családra ráférne egy kis kapcsolódás, akkor a nyaraltatásra is került kölönpénz. Az még az elmúlt évben is előfordult, hogy a marokkói földrengés után a Hollandiában segélyből élő hozzátartozók pénzt kaptak arra, hogy rokonaik temetésére Marokkóba utazzanak.

Hollandiában a biztosítás állami és privát szektorból áll. Bizonyos kereseti minimumon alul (ez a lakosság 60%-a) az állam által garantált alapítványok pénzéből történik a finanszírozás. Aki ezen felül keres, annak privát biztosítást kell kötnie. Az állami biztosítás bizonyos „bázis” csomagból áll, privát biztosítás esetén emellett kiegészítő biztosítást is lehet kötni, ami több és magasabb színvonalú szolgáltatást nyújt. Az egészségügyi járulékok egy részét a biztosított (fizetésének, segélyének vagy nyugdíjának bizonyos hányada), másik részét a munkaadó finanszírozza. Ezenkívül privát biztosítás esetén évente egy minimumot saját pénzből kell kifizetni.

Az elmúlt 2–3 évben a holland gazdasági fellendülés megtorpant. 2003-ban a gazdasági „növekedés” 0,8%-os volt, a GDP-hez viszonyított államháztartási hiány meghaladta a maastrichti kritériumokban megszabott 3%-ot, nőtt a

munkanélküliség, és ebben az évben az infláció is meglendült. Mindezek, és per se a lakosság egyre nagyobb mértékű elöregedése, valamint a kiadások meredek emelkedése megszorító intézkedésekre kényszeríti a kormányzatot.

A dolog megértéséhez tudni kell, hogy a 60-as években hozott rendkívül liberális intézkedések következtében az egészségügyi okokból leszázalékoltak száma elérte a 800 ezret, a munkaképes lakosság 10%-át. Azt is tudni kell, hogy a fejlett szociális ellátás egyik tényezője a betegek és öregek otthoni ellátása, ami magában foglalja például azt, hogy az őket ellátó hozzátartozó „fizetést” kap az államtól. Az egyedül élőknek nemcsak rendszeres egészségügyi ellátásra, hanem például háztartási segítségre (takarítás, mosás, főzés stb.) is joguk van. A betegeket és kevésbé betegeket taxi szállítja a rendelésre, a gyógyszerek nagy része a biztosítottnak nem kerül pénzébe, a krónikus betegek – ha munkaviszonyban álltak – két évig teljes fizetést kapnak.

Ezek a dolgok lassan megfizethetlenné válnak. Az elmúlt hónapokban a kormány újabb és újabb takarékosági intézkedéseket hozott. Megszigorították pl. a leszázalékolás kritériumait, a hosszú idő óta leszázalékoltakat újra szűrik, és ha munkaképesek, kötelezik őket a munkába állásra. A házi betegellátásért a páciensnek többet kell fizetnie, s ez rögtön tízezrekkel csökkentette az igénylők számát. Bizonyos szolgáltatások – például a fogamzásgátló tabletták, a fizioterápia vagy

a fogorvosi ellenőrzés – kikerültek a báziscsomagból és a biztosítás havi díja is megemelkedett.

A holland egészségügyet és gyermekgyógyászatot más gondok is nyomasztják. Nem ismerik a házi gyermekorvosi hálózatot, a gyermekellátás a házi orvosi rendszeren alapszik. A szakma nem népszerű, kevesen választják, és így gondot jelent a házi orvosok egyre csökkenő száma. A fiatal orvosnemek egyre nagyobb arányban nőkből áll és egyre többen – a férfiak közül is – csak rész munkaidőben, heti 3 vagy 4 napot dolgoznak. A betegek létszáma sok körzetben meghaladja az ideálisnak tartott 2000 főt, és az ország egyes részeiben házi orvoshiány van. Az egészséges gyermekek ellenőrzése, a védőoltás és szűrés 4 éves korig (itt ebben az életévben kezdődik az iskola) az ún. „konzultációs irodák” kezében van, a nagyobbakat pedig az iskolaorvosi hálózat gondozza. Az itt dolgozó orvosok külön szakképzésben részesülnek, ami rövidebb, mint a gyermekorvosképzés, és más aspektusokat foglal magában. A vakcinációs ráta magas, meghaladja a 95%-ot. Azonban az utóbbi években egyre több, főleg magasabb iskolai végzettséggel rendelkező szülő nem oltatja be gyermekét, ami az itteni tisztiorvosi hálózat szerint már-már járványokkal fenyeget.

A beteg gyermekek ellátásában a következő lépcsőfok a specialista, a gyermekorvos. A gyermekorvosok kórházakhoz kötődnek, a kisebb kórházakban



3–4, a nagyobbakban 7–8 gyermekorvos dolgozik. A gond az, hogy a kis kórházak fenntartása nem kifizetődő, és így egyre több helyen összevonják őket. A gyermekosztályokat az elsők között zárják be. Ha nem történik ilyen fúzió, akkor is az a szokás, hogy két kis kórház orvosai az ügyeleket közösen látják el, esetenként akár 30–40 km távolsággal a két helyszín között. Igaz viszont, hogy a „csak úgy beeső” betegek száma alacsony, mert – főleg vidéken – a háziorvosi hálózat az első megálló.

A nagyvárosokban külön gond a nem holland származásúak nagy száma. Amszterdamban és Rotterdamban ez meghaladja a lakosság 60%-át. A nem holland anyanyelvűek egy része jól integrált, nagyobbik része azonban nem. Szociális téren is nagy az elmaradás, sokan élnek segélyből, vagy éppen illegálisan. Más kulturális és vallási háttérrel rendelkeznek, és az is probléma, hogy nagyon sokan csak anyanyelvükön, törökül, arabul, berberül beszélnek. Bizonyos iszlám társadalmi szokások – pl. hogy a nő csak férfi kísérelével mehet ki az utcára, vagy hogy a nőt csak női orvos vizsgálhatja meg – is megnehezítik a megfelelő egészségügyi ellátást. A gyerekek, akik otthon anyanyelvükön beszélnek szüleikkel, nyelvi hátránnyal kerülnek az iskolába, és ezt ott sokszor már nem tudják behozni. A következmény az, hogy közülük sokkal kevesebben vesznek részt a középfokú és a felsőoktatásban. Nagy részük a mi szakmunkásképzésünknek megfelelő képzésben részesül. Ezek az iskolák sokszor hírhedten rosszak, sok az iskolakerülés, kimaradás, erőszak, a lányoknál a korai terhesség. A gyerekek – iskolai végzettség hiányában – a munkanélküliek seregét gyarapítják, az utcán élnek, bandákba verődnek és gyakran kerülnek a kriminalitással érintkezésbe. Aki aztán egyszer ebbe a milióbe került, az nehezen mászik ki belőle. Ugyancsak a nem észak-európai eredetű lakosok nagy számának köszönhető, hogy bizonyos betegségek, amelyek Hollandiára nem voltak jellemzőek, egyre nagyobb számban fordulnak elő. Ilyen például az örökletes haematológiai kórképek közül a sárgasárga anémia vagy a homozygota beta thalassaemia. De más, ritka recesszív örökletes kórképeket is látni, melyek egy része, a főleg török származásúaknál még ma is divatos konszanguinális házasságoknak köszönhetően manifesztálódik.

A fiatalok körében nagy divat a dohányzás, az alkohol és a kábítószeres fogyasztása. Egyes statisztikák szerint a 15–18 év közöttiek 50%-a dohányzik és



kb. 20%-a fogyaszt valamilyen drogot. Annak ellenére, hogy a mediterrán étkezési szokások is egyre jobban terjednek (főzelék, hal, olívaolaj, paszta), még sokkal gyorsabban terjed a fiatalok között a „junk food”, az egészségtelen „snack”, az édes üdítőitalok és az alkoholtartalmú „party italok” fogyasztása. Keveset sportolnak, és sok az elhízott gyerek. A túlsúlyos gyerekek aránya jelenleg mintegy 12%, de számuk évről évre nő. Nyugtalanító jelenség, hogy a gyerekek körében egyre több az időskori diabétesz, amely néhány évvel ezelőtt még ismeretlen volt.

A holland nők általában későn szülnék. Az első terhességre átlagosan 29 éves korban kerül sor, de főleg a magasabb végzettségű nők között gyakori, hogy csak 35 éves kor után vállalkoznak gyermekszülésre. Ebben a korban már csökken a fertilitás, így Hollandia a világsők között van a mesterséges megtermékenyítések számát tekintve. E két tényezőnek köszönhető, hogy a perinatális halálozás az elmúlt években – a sok kora- és ikerszülés következtében – nőtt, és az Európai Unióban a legmagasabb.

Rendkívül sok az allergia és az asztma. Ennek pontos okát nem tudják, nyilván örökletes tényezők is szerepet játszanak, ugyanúgy, mint a cisztikus fibrózisban szenvedők nagy számában is. Hollandia kis alapterületén (egyharmada Magyarországnak) 16 millió ember él, magas a beépített terület aránya, és a maradék területen rendkívül intenzív ipari és mezőgazdasági termelés folyik, ami szerepet játszik abban, hogy az egészségre káros anyagok nagy mennyiségben fordulnak elő a környezetben.

Az orvosképzésben a „numerus clausus”-ból adódóan vannak problémák. Sok szakmában orvoshiány van, ezt még fokozza a részmunkaidőben dolgozók egyre nagyobb száma. Az egészségügyi kormányzat az elmúlt évben döntött az orvosképzés bővítéséről, de a gyermekorvosok számát csökkenteni akarják. Az egyetemi intézményekben, ahol a gyógyítás mellett az orvosképzés és kutatás is folyik, különösen nehéz a helyzet. Itt a fizetések körülbelül egyharmaddal alacsonyabbak, mint az egyéb egészségügyi intézményekben. Kevés fiatal orvos választja az egyetemi karriert. Az egyetemeket emellett hátrányosan érinti az orvosi szakma elbürokratizálódása is. A nem közvetlenül a betegellátásban résztvevők száma már meghaladja az aktívan gyógyítókat, és ez a költségeket emeli, de ugyanakkor nem csökkenti – a holland egészségügy egyik nagy problémáját – a várakozási listákat. A gyermekgyógyászatban persze nincsenek várakozási listák, de egy műtét elvégzése az aneszteziológus vagy a műtő személyzetének kapacitásától függ. Gyakori – különösen a nagyvárosokban – hogy rendszeresen használaton kívül kell helyezni ágyakat az ápolószemélyzet létszámihiánya miatt.

Mindez a sok probléma valószínűleg nehezen mérhető a magyarországi gondokhoz. A holland egészségügyi ellátás rendkívül magas színvonalú, korszerű és a jövőben is az marad. E cikk csak arra szolgál, hogy bemutassa, hogy még egy ilyen gazdag és „elkényeztetett” ország egészségügye sem mentés a nehézségektől. A hollandokat azonban optimizmus jellemzi, nem panaszkodnak, nem azt hangoztatják, hogy milyen nehéz helyzetben vannak, hanem biztosak benne, hogy a problémákat meg fogják oldani, a helyzet javulni fog és ezért mindent meg is tesznek. Ezt megtanulhatjuk tőlük!

KARDOS GABRIELLA
AMSZTERDAM

Még mindig a választható védőoltásokról

A Hírívő előző számában táblázatszerű összefoglalás jelent meg a választható védőoltásokról kollégáink tájékoztatására.

Mostani lapszámunkban az előző cikk folytatásaként a szülőknél szóló tájékoztatást, valamint a választható védőoltások opti-
mális idejét foglaltuk táblázatba.

TÁJÉKOZTATÓ A MEGVÁSÁROLHATÓ VEDŐOLTÁSOKRÓL

Mely betegség ellen?	Hány éves kortól	Hány oltást kell beadni a védettséghez?	Milyen időnként kell az oltást ismételni?
Bárányhimlő	9 hónapos kortól 12 év felett	1 oltás 2 oltás 4–6 hetes időközzel	A bárányhimlő gyakori előfordulása miatt jelenleg nem szükséges ismételni
Pneumococcus fertőzések	2 hónapos kortól konjugált vakcina 2 éves kor felett poliszacharid vakcina	1 éves kor alatt 3 oltás 1 éves kor felett 1 oltás 1 oltás	A konjugált vakcina 10–15 évre ad várhatóan védettséget A poliszacharid vakcina újraoltása kérdéses
Gennyes agyhártyagyulladás bizonyos típusai	2 hónapos kortól konjugált vakcina 2 éves kor felett poliszacharid vakcina is szóba jöhet	1 éves kor alatt 2, ill. 3 oltás (típustól függően) 1 év felett 1 oltás 1 oltás	Csecsemőkorban konjugált vakcinával védett gyermeket 5 éves korban egy poliszacharid vakcinával érdemes újraoltani
Kullancs által terjesztett agyvelőgyulladás	1 éves kortól (Lyme-kór ellen nem véd!)	3 oltás 1 éven belül	3 évente 1 emlékeztető oltás
A-típusú fertőző májgyulladás	Típustól függően 1, ill. 2 éves kortól	Típustól függően 2 vagy 3 oltás 1 éven belül	Várhatóan 10 évre ad védettséget
B-típusú fertőző májgyulladás	újszülöttkortól	3 oltás ½ éven belül	Várhatóan 10 évre ad védettséget
Influenza	1 éves kor fölött	Oltóanyag típusától és életkortól függően 1 vagy 2 oltás 4–6 hetes időközzel	évente



A VÁLASZTHATÓ VÉDŐOLTÁSOK OPTIMÁLIS IDEJE

Csecsemőkorban (2 hónapos kor fölött):	N. meningitidis Str. pneumoniae	C konjugált konjugált	2–3 oltás 3 oltás
Közösségbe menetel előtt (1–2 éves korban):	hepatitis A varicella		2 oltás 1 oltás sc.!
Közösségbe járóknak:	influenza A+B		évente 1–2 oltás
2 éves kor alatt:	Str. pneumoniae	konjugált	1 oltás
2 éves kor felett:	Str. pneumoniae	poliszacharid is szóba jöhet	1 oltás
2 éves kor alatt:	N. meningitidis	C konjugált	1 oltás
2 éves kor felett:	N. meningitidis	A+C poliszacharid is szóba jöhet	1 oltás sc.!
Gyakran túrázóknak:	kullancsencephalitis		3 oltás + 3 évente 1

DR. STUNYA EDINA
HÁZI GYERMEKORVOS

Az összeállítás átnézéséért és szakmai lektorálásáért köszönet illeti dr. Mészner Zsófia főigazgató asszonyt.

KULLANCS OKOZTA AGYVELŐGYULLADÁS GYERMEKKORBAN

Az ausztriai Tiroiban, Haldensee-Gränben tartotta VI. Konferenciáját a kullancs-encephalitissel foglalkozó Nemzetközi Tudományos Munkacsoport. Ebből az alkalmából Ausztria, a Cseh Köztársaság, Észtország, Finnország, Lettország, Litvánia, Magyarország, Németország, Oroszország, Svájc, Svédország és Szlovénia szakemberei vitatták meg járványügyi adataik alapján a betegség megelőzéséről és kezeléséről vallott elveiket.

A konferencia arra a megállapodásra jutott, hogy a kullancs által terjesztett agyvelőgyulladás növekvő népegészségügyi problémává válhat Európában. A fertőzött kullancs által okozott zoonosis következtében az idegrendszer sérül, és az agyvelőgyulladás mellett más súlyos neurológiai kórkepek is kialakulhatnak, így meningomyelitis vagy akár meningoradiculoneuritis.

Az adatok szerint Európában évente mintegy tízezer esetet ápolnak kórházban. Ez a szám azonban valószínűleg csak a jéghegy csúcса, hiszen a betegség gyakran nem kerül diagnosztizálásra, vagy jóval a kullancsexpozíciót követően alakul ki, ezért nem kötik a csípéshez.

Az európai átoltottság átlagosan 7% (3–10%), a közeli országok közül Ausztria vezet 82%-os átoltottságával. Itt korábban évi 800 esetet regisztráltak, ez a szám a védőoltások hatására napjainkra 70 alá csökkent. Így – bár Ausztria igen fertőzött területnek számít – a 14 éven aluli gyermekek nagy arányú átoltottsága következtében az elmúlt évtizedben már itt volt a legalacsonyabb a megbetegedések száma (4,8/100.000). A legmagasabb morbi-

ditást az oroszországi Habarovszk körzetében észlelték (25,99/100.000). A három évnél fiatalabb gyermekeknél a betegség enyhébb lefolyású. Ausztriában a legfiatalabb beteg egy 3,5 hónapos csecsemő volt. Ugyan a megbetegedés általában jóval enyhébb lefolyású gyermekkorban, mint felnőttkorban, idegrendszeri szövődmények gyakrabban fordulnak elő. Súlyosságuk változó, az alvászavartól, a demencián át a súlyos idegrendszeri maradványtünetekig alakulhat a skála. Az európai morbiditási adatok szerint gyermekkorban a szövődmények gyakorisága 2–17% között mozog.

A kullancs által terjesztett agyvelőgyulladás ellen igen hatékony oltóanyag áll rendelkezésre. A védőoltáson kívül más hatékony megelőzési módszert nem ismerünk. Ezért azoknak, akik fertőzött területen élnek vagy oda utaznak, illetve a kórelőzményben központi idegrendszeri gyulladás szerepel, az oltás feltétlenül ajánlott.

Tekintettel arra, hogy a teljes védelmet csak a 3 vakcinadózisból álló sorozat garantálja, az az ideális, ha a vakcinációt ősszel kezdjük, amikor kullancscsípéstől már kevésbé kell tartani. Csípés után közvetlenül ugyanis nem ajánlott oltani, mert bizonytalan, hogy nem a betegség lappangási idejében történik-e az oltás. A javasolt oltási rend szerint két dózis adandó egy hónap (gyorsított séma esetén 14 nap) időkülönbséggel, a harmadik, befejező oltásra 6–12 hónappal később kerül sor. Emlékeztető oltást háromévenként kell adnunk, ha mód van rá, tavasszal.

DR. XANTUS GÁBOR

Alvászavarok csecsemő- és kisdedkorban

KEMÉNY JÁNOS DR., GÁL ÉVA DR.

Madarász utcai Gyermekkórház, Koraszülött- és Csecsemőosztály, Alváslabor

1993-ban osztályunk programot indított a „bölcshalál”-prevenció céljából. Kezdetben a hirtelen csecsemőhalál megelőzhetősége szempontjából vizsgáltuk a csecsemőket. Bölcshalál-prevenációs munkánk részletezése, a megelőzés lehetőségei, a „rizikó csecsemők” kiszűrése, gondozása, az otthoni légzésmonitorozás kérdéskörében számos saját közleményünk, illetve más hazai szerző munkája nyújt tájékoztatást.

szítettünk, célirányosan kérdeztünk rá a szülők és gyermekeik étkezési, elalvási és alvási szokásaira.

A polysomnographiák statisztikájában jól látható az alvászavarok gyakoriságának folyamatos emelkedése. Gyakran találkoztunk olyan családokkal, ahol a szülők már kimerültek és kétségbeesettek voltak a hónapok óta tartó alváshiánytól. Kevés gyermekorvos irányítja alvásrendelésre az ilyen panaszokkal orvoshoz

nyűgös az iskolás testvér és álmos a gyakran amúgy is szorongó, önmagát hibáztató, tanácstalan édesanya is. A nagy, többgenerációs családok megszűntével igen nagy teher hárul a fiatal anyukákra. Segítségét ritkán kapnak, és sokszor egymásnak ellentmondó tanácsok szerint próbálják problémáikat megoldani. Külföldi irodalmi adatok tanúsága szerint a családok legalább harmada küzd ilyen, az életminőséget súlyosan érintő gondokkal. Magyarországi felmérésről egyelőre nincs tudomásunk.

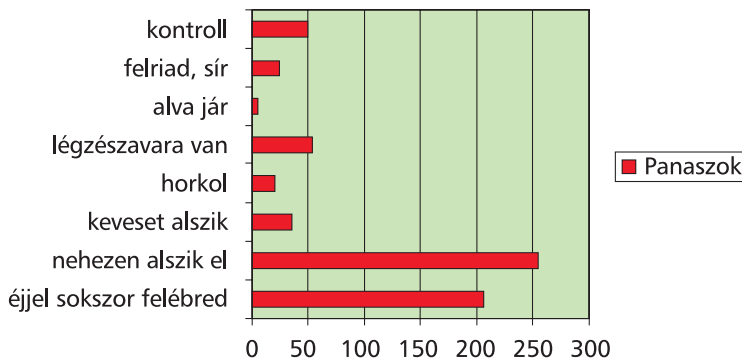
Nyugaton már régóta felismerték a gyermekkori alvászavarok gyakoriságát, a probléma társadalmi jelentőségét. Az elméleti kérdések tisztázása után kidolgozták a segítségnyújtás gyakorlatát is.

1998. január 1. és 2004. március 31. között alváslaborunkban 1470 éjszakai polysomnographiás vizsgálatot végeztünk. Ez a szám az osztályra felvett és a rendelésről odairányított esetekből tevődött össze. Az indikációkat, az eredményeket, valamint tapasztalatainkat az ábrák demonstrálják.

1999. november 1. és 2004. március 1. között 657 beteget láttunk el a rendelésen. Alvással kapcsolatos panaszok leggyakrabban 6 hónapos és 2 éves kor között fordultak elő. Alvászavart okozó alapbetegséget 12 esetben sikerült kimutatni. A szükséges szakkonzíliumi lehetőségeket a teljes körű kórházi háttér biztosítja.

A beutalás, illetve jelentkezés okai gyakran nem különíthetők el élesen, csupán a szülők emelnek ki egy-egy vélt vagy

Az alvásrendelésre jelentkezés okai



1997-ben lehetőség nyílt osztályunkon egy új részleg, az alváslabor működésének kialakítására. Az első években érdeklődésünk elsősorban az alvás alatti légzészavarok kimutatására és kezelésére irányult. A polysomnographiás vizsgálatokat az alvás alatti életjelenségek, paraméterek szinkron megítélésére, elemzésére és utólagos értékelésére használjuk. Később kiderült, mennyi újdonság, kihívás rejlik még e területen. A módszer nemcsak légzészavarok, hanem az alváséletben egyéb vonatkozásaiban is fontos adatokat szolgáltat.

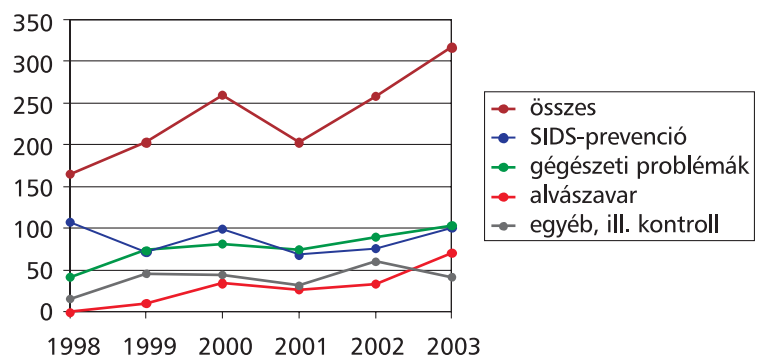
Azt is tapasztaltuk, hogy egyre többen jelentkeztek a legkülönbözőbb alvásproblémák miatt. Sokszor nem légzéssel kapcsolatos zavarok, hanem inkább elalvási nehézség, éjjeli felébredések borították fel a családok életét, gyakran jobban, mint valamilyen „szervi” betegség.

1999 őszén az osztályon történt éjszakai műszeres vizsgálatok (polysomnographia) mellett ambuláns „alvásrendelés”-t indítottunk azzal a céllal, hogy kiszűrjük, kivizsgáljuk és megfelelően kezeljük az alvászavarokat. Kérdőíveket ké-

forduló családokat. Amennyiben felmerül alvás alatti légzészavar lehetősége, vagy a szülők szokatlan alvás alatti jelenségeket (parasomnia) észleltek, időpontot adunk az éjszakai számítógépes vizsgálatra.

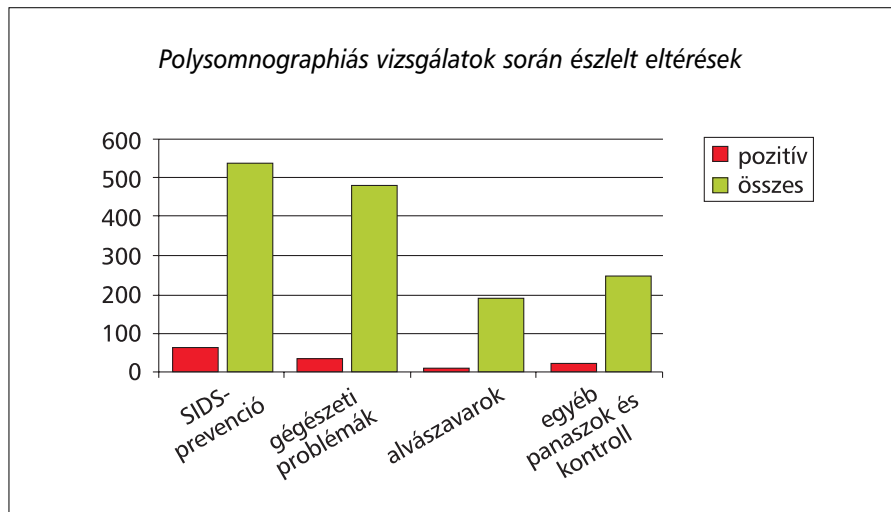
A szülők sokszor már annak is örültek, ha valakinek kipanaszkodhatták magukat. Ekkor értettük meg igazán, hogy milyen fontos ez a kérdés. Ha a gyermek nem alszik, fáradt a dolgozni induló apa,

Polysomnographiás vizsgálatok indikáció szerint



valós problémát, feltehetően azt, amely leginkább zavarja a család nyugalmát. Előfordulnak jól körülírt, könnyen diagnosztizálható és eredményesen kezelhető kórképek, melyekben az alapbetegségben alkalmazott terápia sikerét az alvászavar javulása is jelzi. Ilyen például a panaszok hátterében gyakran kimutatható tejallergia vagy a savvisszaáramlás következtében fellépő fájdalom okozta ébredés, nyugtalan alvás.

Az esetek döntő többségében azonban teljesen egészséges, jól fejlett csecsemőkkel, kisdedekkel találkoztuk, akiknél a szülők fő panasza az esti nehéz elalvás és/vagy az éjszakai gyakori ébredés volt (dyssomnia). E panaszok oka legtöbbször a helytelen alvási asszociációk kialakulása. Az egyedül elalvás képessége ugyanis nem veleszületett, hanem tanult folyamat. A helyes alvási szokások kialakítása a szülők feladata, a rosszul kialakított alvási „szertartás” korrekciójában a gyermekorvosok és a védőnők segítsége, tanácsa nélkülözhetetlen lenne.



Előfordul, hogy a szülők egyedül nem tudnak megbirkózni a helytelenül kialakított szokások megváltoztatásával. Ilyenkor igyekszünk segíteni. Igen ritkán néhány napra fel is vesszük osztályunkra a csecsemőt. Gyógyszeres kezelést szinte soha nem alkalmazunk. Sajnálatos, hogy sem az egyetemi tanulmányok során,

sem a nővérképzésben, illetve az Egészségügyi Főiskolákon sem szerepel tananyagként a gyermekkori alvászavarok ismertetése, pedig a védőnők és a házi gyermekorvosok megfelelő ismeretek birtokában tudnának segíteni, hiszen az alvászavarok legtöbbször eredményesen orvosolhatók.

A tévében, az újságokban látható képeken a kisgyereket a vizsgálathoz sohasem vetkőztetik le teljesen. Rajta marad a nadrág, a pelenka. A trikóját, pulóverét csak felhúzzák a nyakába. Pedig alighanem minden orvost – és főként gyermekorvost – úgy tanítottak, hogy a beteget le kell vetkőztetni! És nem elegendő csak deréig, mert hiszen a gyerek nem fejeződik be a derekánál. És a torkot se méteres távolságból, sötétben kell megnézni. Az egész testet kell megvizsgálni.

Néhány érv ennek bizonyítására. Bár úgymindenki tudja.

Egy kempingben odajött hozzám egy férfi, torokgyulladás volt, ami magyarázta a lázát. Más panasza nincsen? – kérdeztem. Nincsen – volt a válasz. Az egyik lábfejét és az alsó lábszárát duzzadtabbnak és hyperaemiásnak láttam. Amikor felszólításomra levetkőzött, látszott, hogy az egész alsó végtagon kirajzolódott a nyirokerek. Az azonos oldali nyirokcsomó hatalmasra duzzadt. A talpon kagyló okozta, gennyes seb volt. Ha nem vetkőzik le, néhány nap múltán szepszisben meghal...

Egy időben sok óvodát láttam el. A gyerekeket természetesen teljes egészükben vizsgáltam. Számos gerincgörcbületet, hanyag tartást, néhány végtag-rendellenességet regisztráltam. De ami meglepett engem is: a 4–5 éves korosztály 20%-ában találtam adhaesio cellularis preputii-t, a kislányokban pedig 5%-ban a kisajkak hártýás összetapadását. A

A gyermekorvosi vizsgálatról

szülők szerint még soha, senki nem vizsgálta ezeket a gyerekeket „alulnézetben”. A fitymaletapadás megoldása a pubertásban már igen kellemetlen, maradandó emléket hagy, ha pedig nem oldják meg, a nemi életet akadályozza. Ha az első szexuális aktus a letapadás következtében kudarccal jár, a következmény az egész életre kiható, súlyos élmény lehet. A fitymaletapadás kisgyermekkorban orvosolandó. A kisajkak hártýás összetapadása kellemetlen hüvelygyulladást, esetleg vizeleti zavarokat, alsó húgyúti gyulladást okozhat. Megoldása igen könnyű és nem fájdalmas.

Régebben az orvos már a betegszobába lépve is megérezte, ha a beteg pl. dizentériás. Az ötvenes években meglehetősen sok volt a colidyspepsia. Ennek is jellegzetes volt a szaga. Most is akadnak jellegzetes szaggal járó, egyes anyagcserebetegségek, gennyes folyamatok, húgyúti gyulladások. A jó sebész, a jó urológus tudja: a beteget meg kell szagolni. Mi, gyermekorvosok se feledkezzünk meg erről. Valamikor még meg is kóstolták a beteget, pontosabban: a vizeletét. Az orvos egy vizeletkóstolót vitt magával, aki megállapította a cukorbaít...

Csecsemő- és kisgyermekkorban igen gyakori az otitis media. Kívánatos, hogy a

pediáterek vizsgálják a füleket. Legalább annyira, hogy adott esetben megállapítsák: a dobhártya nem szürke, a fénykúp-reflex hiányzik. A többit már rábízhatják a fülészre. Ezzel elkerülhető, hogy a szülők hétvégén kilométereket máskáljanak egy lázas, síró csecsemővel, működő fülészet keresve.

A „modern” vizsgálat sokszor csak a leletek áttanulmányozásából áll. Pedig nem minden betegség jár kóros laboratóriumi lelettel. Először is meg kell figyelni a beteget. A mozgása, egyensúlyérzéke, mozgásszegénysége vagy éppen hipermotilitása, sírása, fájdalmakra utaló jellegzetes mozdulata stb. rendkívül fontos felvilágosítást ad. Régi, nagy gyermekorvosok a vizsgálat előtt általában csak nézték a beteget. És néha többet tudtak meg róla, mint a leletekből. Nyilvánvaló, hogy mi, és főként a fiatal kollégák, lényegesen többet tudunk a betegségekről, mint a régi legnagyobbak, hiszen az orvostudomány rendkívüli mértékben bővült, fejlődött. Ez azonban nem teszi feleslegessé a részletes anamnézist és az egész beteg alapos megfigyelését, fizikális vizsgálatát. Az obszervációt és az explorációt ma is csak kiegészíti a kémia és a fejlett orvostudomány megannyi készüléke.

Családon belüli erőszak – újabb fejlemények

A médiában, utcai plakátokon tanúi lehetünk a családon belüli erőszakkal foglalkozó kampánynak. Ez is, mint minden, vitákat vált ki. Vannak, akik tiltakoznak és a családok magánéletébe való beavatkozásnak tekintik a kampányt. Vannak, akik örülnek, hogy ez a téma nem tabu többé. Jómagam ez utóbbiak közé tartozom. Úgy gondolom, nekünk gyermekorvosoknak különösen fontos a gyengék, a kiszolgáltatottak védelme. Örülök, hogy a civil szervezetek kezdeményezésére és nyomására már a jogalkotók sem söprik a szőnyeg alá ezt a problémát.



2004. május 13-án a Parlamentben részt vettem az Ütköző Egyesület e témában rendezett konferenciáján, melyen a szakmai és civil szervezetek mellett a kormány is képviseltette magát. A tanácskozásnak az volt a célja, hogy számot vessen a családon belüli erőszak megelőzésére és kezelésére irányuló országgyűlési határozat végrehajtásával kapcsolatban eddig megtett lépésekről és megfogalmazza a további teendőket.

Herczog Mária szociológus ismertette a WHO legutóbbi 2002-ben deklarált elveit. Eszerint társadalmi szinten mindenkinek jár a megelőzés, segítséget annak kell nyújtani, aki kéri és elfogadja. A család életébe viszont akkor kell beavatkozni, ha nincs már egyéb lehetőség.

Révész Magda pszichológus a hazai intézményrendszer lehetőségeit foglalta

össze. Vannak már jó törvények, helyekkel kialakultak a gyermekjóléti szolgálatok, a szakemberek között azonban még mindig nincs megfelelő kapcsolat. Sokan nem élnek jelzési kötelezettségükkel, itt elsősorban az oktatókra, egészségügyiekre céltzott.

Dénes Vera bírószerint a büntetés már csak végső eszköz, javaslatot tett arra, hogy a büntetés mértéke differenciáltan legyen meghatározva. A testi fenyítés teljes tilalmának beemelése jogrendünkbe megkerülhetetlen.

A kormányzati blokk keretében Medgyessy Péter miniszterelnök a megfelelő törvények mellett a civil kontroll szerepét hangsúlyozta. Olyan civilizált európai gondolkodásnak kell teret nyernie, amely nem engedi, hogy az erejével bárki visszaélhessen.

Bárándy Péter igazságügyi miniszter rámutatott, hogy a családon belüli erőszak kezelésének csak egyik része a jogalkotási folyamat. Elkészült a távoltartásról szóló törvényjavaslat, amely arra kötelezné a bántalmazót, hogy néhány napra hagyja el a közös lakást. Ez a néhány nap arra elegendő, hogy megkezdődjön a nyomozás, a bántalmazott

pedig lehetőséget kap arra, hogy segítséget találjon helyzete rendezésére. A rendelkezés célja, hogy rádöbbsentse az agresszív felet, hogy nem viselkedhet kénye-kedve szerint még a családjában sem. A büntetőeljárás törvény módosításával ezen ügyekben gyorsított eljárás várható. Létesült már hét speciális, gyermekek kihallgatására alkalmas helyiség, és további négy kialakítását tervezik. A jogi eljárás mellett a hatóságnak jelzési, ún. szignalizációs kötelezettsége van a gyermekjóléti szolgálat felé, ez remélhetően hatékonyabbá teszi majd a gyermekvédelmi munkát.

Gönczöl Katalin az Országos Büntelmi Bizottság elnöke a kedvező nemzetközi (svéd, német) tapasztalatokról számolt be. Eddig 12 ország deklarálta a testi fenyítés teljes tilalmát, ennek ked-

vező hatásai már észlelhetők. Svédországban ezt a jogszabályt heves társadalmi vita után 20 éve vezették be. 1965-ben, a jogszabály bevezetése előtt, a megkérdezett svédeknek csak 47%-a ellenzte a testi fenyítést, 1994-ben pedig már 89%-uk. De nemcsak a véleményalkotás szintjén, hanem társadalmi szinten is csökkent az agresszió.

Gyurcsány Ferenc, Lévai Katalin miniszterek, Göncz Kinga, Hegedűs András államtitkárok és Salgó László országos rendőrfőkapitány hitet tettek amellett, hogy a konzervatív szemlélet helyett, ami a büntetésre helyezi a hangsúlyt, a probléma prevenciója, kezelése a követendő út. Szoros együttműködéssel az agresszió szintje csökkenhet, az emberek megtanulhatják civilizált módon kezelni a konfliktusokat. Ez a folyamat része is az autoriter társadalomból a demokratikus társadalomba történő átmenetnek. Igen fontos szerep hárul az oktatásra, az egészségügyre, a sportéletre, a kultúra terjesztőire, a médiára. Kríziskezelő központokat kell létrehozni (idén egy budapesti és egy vidéki létesül), bővíteni kell a családok elhelyezésére is alkalmas átmeneti otthonok számát (jelenleg 9 otthonban kb. 2300 férőhely van), a segélytelefonok hálózatát, a gyermek- és ifjúságpszichiátriai rendeléseket. Tovább kell fejleszteni a szenvedélybetegek ellátását, támogatni kell az önszegélyező csoportokat. Támazkodni kell a civil szervezetek, egyházak segítségére, és javítani kell az együttműködést a gyermekjóléti szolgálatok, a gyámhatóság, a rendőrség, az egészségügy és az oktatás között.

Szelényi Zsuzsa az európai ifjúsági szervezetek tevékenységéről számolt be, Kecskeméti Edit, a UNICEF megbízottja pedig az ENSZ-nek a gyermeki jogok magyarországi helyzetével kapcsolatos kifogásait ismertette.

A vita során számos civil szervezet követelt hatékonyabb lépéseket. Az Országos Gyermekkegészségügyi Intézet és a HGYE képviselőjeként én is többször éreztem megszólítatva magam, ami érthető, hisz „testközelből” mindenkit érzékenyebben érint a probléma. Ennek ad aktualitást a Hírvivőhöz most mellékeltem új Módszertani levél.

KOVÁCS ZSUZSA



BORRELIA- ÉS RICKETTSIA-SZERODIAGNOSZTIKA, BORRELIATENYÉSZTÉS

DR. LAKOS ANDRÁS kandidátus, infektológus, gyermekorvos
1132 Budapest, Visegrádi u. 14.
Tel./fax: 329 38 98, mobil: 30-934-9956
e-mail: alakos@matavnet.hu
www.kullancs.hu

Praxisok

- **Győri** 1050 kártya feletti házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet a 06-30/947-06-38-as telefonszámon.
- **Nyíregyháza** vonzáskörzetében gyermekorvosi praxisjog eladó. Érdeklődni lehet a 06-20/519-1678-as telefonszámon.
- **Nyugat-magyarországi** nagyvárosban 1000 kártyaszám feletti házi gyermekorvosi praxis eladó, területi ellátási kötelezettséggel. Központi ügyelet működik. Érdeklődni lehet a 06-20/956-8416, vagy 06-96/316-446-os telefonszámon.
- Gyermekgyógyász praxisjog **Budapesttől 34 km-re** áron alul sürgősen eladó. Felújított szolgálati lakás, kerttel. Kártyaszám: 1054. Érdeklődni a 06-20/491-9162 vagy 06-30/504-3137-os telefonon lehet.
- Tolna megyében **Nagydorogon**, 980 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet a 06-30/552-7478-as telefonszámon.
- **Sopronban** házi gyermekorvosi praxisjog eladó. Érdeklődni lehet naponta 17–19 óra között a 06-99/311-305 vagy a 06-30/426-4940-es telefonszámon.
- Vas megyében, **Bükfürdőn** házi gyermekorvosi praxisjog eladó. Érdeklődni lehet esti órákban a 06-70/220-4248-as telefonszámon.

H Í R E K

INFEKTOLÓGIAI PONTOK

A Baxter Hungary Kft., a Medico Uno Rt. és a HGYE közös szervezésében, az év kezdetén az ország különböző pontjain tartott infektológiai továbbképzésért járó igazolásokat a DE OEC Családorvostani Tanszéke várhatóan 2005. január folyamán postázza a résztvevők számára.

Türelmüket köszönjük!

Dr. Xantus Gábor
Baxter Hungary

Kérjük

azokat a kedves kollégákat, akik részére a Hírvívóval együtt egy csekket is küldtünk, hogy a HGYE működőképessége érdekében mielőbb rendezzék tagdíjhátralékukat.

Köszönjük.



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

Honlap:
www.extra.hu/hgye

Az egyesület titkárai:
Demjén Ágnes
és
Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:
Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.
1136 Budapest, Herzen u. 6. III. em. 3.
Tel./fax: (06-1) 339-3704

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

HÍRVÍVÓ

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

