

2004. augusztus ■ IX. évfolyam 4. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Tempora mutantur...

Évtizedekkel ezelőtt még a tömegesen jelentkező fertőző betegségek gyógyítása és a gyermekek magas halálozásának csökkentése volt a célunk. Ma azonban már olyan kevés csecsemőt és gyermeket veszítünk el, hogy szinte név szerint ismerjük őket. Megmentésük természetesen továbbra is célunk, hiszen a fiatalkori tragédiák következményeként 60–70, egészséges aktivitásban tölthető évről is fájdalmasan le kell mondanunk. A tömeges megbetegedések és a viszonylag magas halálozás korszaka után a gyermekgyógyászatban új időszámítás kezdődött, ami nemcsak új lehetőségekkel, de új feladatokkal is jár.

A klinikai genetika, a családtervezés segítségével ma már mi, alapellátók is egyre nagyobb szerepet játszunk abban, hogy egészséges újszülöttek jöjjenek világra. A genetika beépülése a gyermekorvosi alapellátás gyakorlatába várhatóan paradigmaváltáshoz vezet orvosi gondolkodásunkban is.

Ha igyekezetünk ellenére mégis súlyos fejlődési rendellenességgel születik egy gyermek, ma már jóval nagyobb sikerrel korrigálhatók a természet hibái. Számos olyan, súlyos veleszületett szívhibát tudnak például gyógyítani, melyek egy-két évtizede még majdnem biztos halálhoz vezettek. Ezek a gyermekek nemhogy életben maradnak, de teljes életet élhetnek, akár sportolhatnak is. Gondozásukkal persze új feladat hárul az alapellátásra. A perinatológia is mind több és kisebb súlyú koraszülöttet képes megmenteni, akiknek rehabilitációja, felnevelése, komplex gondozásának koordinációja új kihívást jelent a gyermekorvosnak. A táplálás, a gasztroenterológia fejlődése révén ma már alig találkozunk súlyos ekcémában szenvedő, a hígítatlan tehéntejtől vérszegény, gyakran „befulladó” csecsemővel. Nem is olyan rég még ők képezték a csecsemőosztályok beteganyagának jelentős részét. Az asztmás gyermekeknek sem kell ma már feltétlenül kórházba kerülniük.

A mind kiterjedtebben alkalmazott és egyre biztonságosabb vakcinák révén jóval ritkábbá váltak a sok kisgyermek életét követelő gennyes meningitiszek és invazív bakteriális fertőzések. Ha mégis előfordulnak, jóval nagyobb az esély a gyógyításra. A fertőző gyermekbetegségek – a varicella kivételével – csaknem eltűntek mindennapos gyakorlatunkból. Az antibiotikumok széles választéka is összehasonlíthatatlanul hatékonyabb lehetőségeket nyújt a gyermekek otthoni gyógyítására. De folytathatnánk a sort...

Az eredmények és a lehetőségek azonban nem csökkentik a gyermekgyógyászat szerepét és jelentőségét. Nem lett kevesebb a munkánk vagy a felelősségünk, csak más lett. A javuló morbiditási és mortalitási mutatók mellett jobban odafigyelhetünk a ritka, de súlyos betegségek korai kiszűrésére, a hagyományos betegségek otthoni gyógyítására, a felnövekvő generációk „minőségi” felnevelésére, a gyermekkori kór-állapotok kedvezőtlen felnőttkori következményeinek kivédésére. Nagyobb figyelmet fordíthatunk a magatartási zavarban szenvedőkre, az összetett gondozást igénylő krónikus betegekre.

Átalakult a gyermekgyógyászat és ezzel együtt átalakultak, de nem csökkentek feladataink. Ezért nem csökkenhet a házi gyermekorvosok iránti igény a jövőben sem!

Karlócai Miklós

TARTALOM

- A gyermekorvos-kereslet és -kínálat 2–4
- A gyermekorvosi alapellátás megoldatlan kérdései . . 6–9
- Leltár 10
- „Siófoki titok” 11
- Múltunk, jelenünk, jövőnk: a peszticidek . 12–13
- „Jobb lenne meghalni” . . 15
- Az endocarditis infectiosa profilaxisa a gyermekkorban 16–17
- Rációval a rezisztencia ellen 18
- Új alternatíva az ekcéma kezelésére 19
- Hírek 20

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2004-ben:





A gyermekorvos-kereslet és -kínálat várható alakulása az alapellátásban The General Pediatrician: Projecting Future Workforce Supply and Requirements

Scott A. Shipman, MD, MPH*, Jon D. Lurie, MD, MS** and David C. Goodman, MD, MS***

KIVONAT. Ha ismerjük azokat a tendenciákat, melyek befolyásolják a gyermekorvosok számát, át kell gondolnunk, hogy milyen összefüggéseket mutat az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok számbeli kínálata a munkaerőpiac igényeivel. (Ref.: A közleményben szereplő „general pediatrician” kifejezés – a tartalmi összefüggések alapján – az alapellátásban (primary care) dolgozó, gyermekgyógyász képzettségű, de ráépített szakvizsgával nem rendelkező orvosnak, a mai magyar szóhasználat szerint házi gyermekorvosnak felel meg.) Azt vizsgáltuk, hogy a 2000–2020 közötti 20 éves időszak alatt miként alakul majd az alapellátó gyermekorvosok száma az Egyesült Államokban.

Az egyik oldalról a házi gyermekorvosok jelenlegi számát és azt vettük figyelembe, hogy a rezidensképzést követően előreláthatóan mennyien folytatják majd munkájukat az alapellátásban, a másik oldalról pedig a korhoz és nemhez kötött munkabíróképesség-csökkenés, a nyugdíjba vonulás, és a halálozás munkaerő-kínálatra kifejtett hatásait vizsgáltuk. Tekintetbe vettük a demográfiai mutatók és az etnikai arányok várható változásait és azt is, hogy miként alakul a házi orvosok (Ref.: family practitioner) által ellátott gyermekek aránya.

A vizsgálat alapvetően arra irányult, hogy miként alakul a jövőben a házi gyermekorvosok száma és a gyermekorvosi praxisok nagysága.

Számításaink szerint 2020-ban az Egyesült Államokban a jelenleginél közel 25 ezerrel több gyermekorvos dolgozik majd az alapellátásban. Ez a 2000. évi adatokhoz viszonyítva 64 százalékos növekedést jelent. A gyermekek száma ez alatt az idő alatt azonban csak 9 százalékkal emelkedik. A házi gyermekorvosi munkaerő-kínálat bővülése minden reális forgatókönyv szerint szignifikánsan meghaladja majd a gyermekpopuláció gyarapodását. Ez a tendencia szemben áll az alapellátás más részterületein prognosztizálható munkaerő-piaci változásokkal. Vannak ugyan tényezők, melyek visszafoghatják az alapellátó gyermekorvosok számának emelkedését, de ezek egyike sem elegendő az arányeltolódás megállításához.

A Pediatrics márciusi számában megjelent közlemény részletes ismertetését nemcsak annak újszerűsége, hanem a mindannyiunk számára nagy jelentőségű konzekvenciák miatt tartjuk fontosnak. A Hírvivő következő oldalain megjelenő tanulmány a Házi Gyermekorvosok Egyesületének Sümegen tartott vezetőségi ülésének vitaanyaga. A Pediatrics cikke az amerikai helyzetet tükrözi, az ezt követő vitaindító a hazai viszonyok és az európai tendenciák elemzése alapján készült. Magyarország és az Egyesült Államok között nagy a távolság. A konklúziók azonban közel vannak.

Ahhoz, hogy a praxis működőképessége a mai szinten maradjon, a gyermekorvosoknak bővíteniük kell szolgáltatásaik körét, és az ellátást a fiatal felnőttek mellett azokra a gyermekekre is ki kell terjeszteniük, akiket jelenleg még nem gyermek-, hanem házi orvosok látnak el.

BEVEZETÉS

Az Egyesült Államok orvosképzésével foglalkozó testület már 1980-ban azt jósolta, hogy 2000-re gyermekorvostöbblet lesz az alapellátásban. Az ebből támadt vita a mai napig sem zárult le. A munkaerő-kínálat és a születésszám alakulásáról szóló vitát az is befolyásolta, hogy a 90-es évek kezdetén a kórházakból az alapellátásra helyeződött a hangsúly. Ennek nyomán sok szakértő arra az álláspontra jutott, hogy a primer ellátás – és ezen belül a gyermekorvosok – iránti igény növekedése várható. A gyermek-alapellátást választó, végzett rezidensek számának 10 százalékos gyarapodása nyomán 1998-ban az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia már arra a következtetésre jutott, hogy nincs szükség a gyermekorvosok számának további növelésére.

Ugyanakkor mások arra világítottak rá, hogy a túlkínálatot csökkentheti az egyre több, részmunkaidős vagy kisebb teljesítőképességű gyermekorvos. Tény, hogy a gyermekellátás egy részét „elviszi” a neonatológus és a fekvőbeteg-ellátás, a házi gyermekorvosra

* Departments of Pediatrics and Public Health Oregon Health and Science University, Portland, Oregon;

** Departments of Internal Medicine; Community and Family Medicine; Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School, Hanover, New Hampshire

*** Department of Pediatrics and the Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School, Hanover, New Hampshire

mégis növekvő feladatok nehezedenek a krónikusan beteg gyermekek komplex és időigényes ellátásából és gondozásából adódóan. Tovább fokozhatják a gyermekorvosok iránti igényt a növekvő etnikai különbségek, az eltérő vagy korábban ellátatlan szociális szükségletek is.

A munkaerőhelyzetre természetesen hat az egészségpolitika is. A 90-es évek kezdetén például megpróbálták csökkenteni az orvosegyetemekre felvehető számát, és egyidejűleg igyekeztek a végzősök érdeklődését az alapellátás irányába fordítani. Ezzel szemben a praxisműködtetés nehézségei napjainkban arra ösztönözhetik az orvosokat, hogy elforduljanak a primer ellátástól. Ennek következményei várhatóan eltérő módon érintik az alapellátás különböző részterületeit. Ma még nem tudhatjuk, hogy miként hat a gyermekorvosi alapellátásra a rezidensképzés csökkentése.

Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok számát tehát különböző tényezők befolyásolják. Ezekről eddig részletes hatásvizsgálat nem készült, nem alakulhatott ki így egységes álláspont arra vonatkozóan, hogy a jövőben hogyan változik az alapellátásban dolgozó gyermekorvos-„kínálat”, és mekkora lesz majd a kereslet irántuk. Nem pusztán a gyermekegészségügy munkaerőhelyzetét felmérő tanulmányok hiányoznak, de nem készültek az utóbbi időben a gyermekorvos-szükségletre vonatkozó előrejelzések sem. Mindezen túl a korábbi vizsgálatok megállapításai nem váltak ismertté sem a gyermekorvosok, sem a döntéshozók körében.

Korábban nem végeztek olyan analíziseket, melyek alkalmasak lettek volna a különböző feltételezések esetén bekövetkező munkaerő-piaci változások elemzésére.

Ez a tanulmány a munkaerőhelyzetre ható tényezők elemzése kapcsán keresi a választ arra, hogy megfelelő-e majd a lakossági szükségletnek a jövőben rendelkezésre álló, alapellátásban dolgozó gyermekorvosok száma. Elemzi, hogy miként befolyásolják a piaci tényezők – orvosokat és lakosságot érintő – változásai a szükséglet és a kínálat egyensúlyát. Választ keres a tanulmány arra is, hogy azonos sors vár-e az alapellátás minden részterületére?

EREDMÉNYEK

Vizsgálataink szerint 2000-ben az Egyesült Államokban 38 457 gyermekorvos dolgozott az alapellátásban. Változatlan körülmények mellett évenként 1911 új szakorvos belépésével, a nyugdíjba vonulók és a halálozásból adódó veszteség figyelembevételével a következő 10 év alatt számuk 51 612-re emelkedik. 2020-ra már 61 846, azaz a mainál 64 százalékkal több gyermekorvos lesz a primer ellátásban.

Ugyanezen időszak alatt az Egyesült Államok gyermeklakossága mindössze 9,3 százalékkal gyarapodik. Míg most 2040, addig 2010-ben 1572, 2020-ban pedig csupán 1386 gyermek fog jutni egy házi gyermekorvosra. Vagyis: míg ma 49, addig 2010-ben 64, 2020-ban pedig 72 gyermekorvos fog esni százezer gyermekre. Általános az egyetértés abban, hogy túlkínálatra utal, ha az alapellátás egy gyermekorvosára 1500-nál kevesebb gyermek jut. (1. táblázat)

Ha számításba vesszük a gyermekorvosok kor és nem szerint várható teljesítménycsökkenését, a kapacitásnövekedés valamivel kisebb. Ez esetben 2020-ra mindössze 58 százalékos emelkedés várható, de még így is 1438 gyermek jut majd egy gyermekorvosra.

Az 1997-től 2003-ig terjedő időszakban évente 1 szá-

1. táblázat

Év	Gyermekorvosok száma	1 gyermekorvosra jutó gyermekek száma	100 ezer gyermekre jutó gyermekorvosok száma
2000	38 457	2 040	49
2005	45 250	1 767	57
2010	51 612	1 572	64
2015	57 215	1 444	69
2020	61 846	1 386	72

zalékkal gyarapodott a gyermekorvos-rezidensi állások száma. Modellkísérleteink szerint napjaink ellátási aránya csak abban az esetben lenne tartható, ha vagy a rezidensképzés csökkenne 50 százalékkal, vagy ezzel ekvivalens módon a felére redukálnánk a gyermekorvosi alapellátást választó új „belépők” száma.

Számításokat végeztünk arra vonatkozóan is, hogy a – karrierrel való elégedetlenséget, vagy az életmód-szemlélet megváltozását követő – korábbi vagy nagyobb arányú nyugdíjba vonulás milyen változásokat eredményezne. Ha a nyugdíjba lépők száma a jelenlegi ráta 40 százalékaival növekedne, 2020-ban még mindig 1487 gyermek esne egy gyermekorvosra.

Azok a tényezők, melyek korábbi visszavonuláshoz vezetnek, természetesen a „termelékenységet” is csökkentik, így például meghosszabbodik a betegvizsgálati idő. De az említett trendek megfordulására még akkor sem számíthatunk, ha az 50–59, 60–69, és 70–75 éves korosztály munkabíró képességének progresszív csökkenését a kiindulási érték 30, 40 vagy 50 százalékában határozzuk meg.

Változhat a gyermek-egészségügyi szolgáltatások iránti igény, ha a korcsoportok, etnikumok vagy a nemi megoszlás jelenlegi arányai módosulnak. De sem e tekintetben, sem a népszaporulatban nem várható olyan mértékű változás, ami megfordíthatná az egy gyermekorvosra jutó ellátottak számának csökkenését.

Napjainkban az Egyesült Államokban a 0–4 éves korcsoport alapellátásban történt összes vizsgálatának 83 százalékát gyermekorvos végzi. Ugyanez az arány 5–9 éves kor között már csak 72, 10–14 éves kor között 57, a 15–19 éves korcsoportban pedig 39 százalék. Még akkor is kevesebb ellátott jutna egy házi gyermekorvosra, ha – minden egyéb változót konstansnak tekintve – 2020-ra 100 százalékra emelnék a gyermekorvosok „piaci” részesedését a 19 éven aluliak ellátásában.

Végül azt vizsgáltuk, hogy miként változik az alapellátás többi szereplőjének az általuk ellátandó „célcsoport” viszonyított aránya. Az „öregedő lakosság”, az idősebb korosztályok felé történő korcsoport-eltolódás miatt, a gyermekorvosok körében hatszor nagyobb a növekedés, mint a házi orvosok körében.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az Egyesült Államokban az alapellátás részterületein belül a gyermekorvosi „humán-erőforrás” 20 év alatt várható növekedése egyedülállóan magas. A gyermek-népesség számához viszonyított arányeltolódást, a



kínálatnövekedést csökkentő számos tényező egyike sem képes önmagában megállítani. A korábbi jóslatokkal szemben tehát munkaerőtöbblet prognosztizálható a gyermekorvosi alapellátásban.

A házi gyermekorvosi álláslehetőségek száma az utóbbi időben csökkent. A gyermekorvosi rezidensképzés iránti érdeklődés azonban nem azért vált visszafogottabbá, a frissen szakvizsgázottak közül pedig nem azért törekednek kevesebben az alapellátásba, mert nyilvánvalóvá váltak a jövőben várható nehézségek, hanem egyszerűen azért, mert beszűkült az álláspiac.

A gyermekorvostöbbletbe vezető folyamat háttere multifaktoriális. A védőoltások kiterjesztése következtében például a közegészségügyi helyzet lényegesen javult. Jóval kevesebb orvosi munkaerőt igényel a vakcináció, mint az annak elmaradásából esetleg bekövetkező akut és krónikus betegségek ellátása. A neonatológusok vagy kórházi gyermekgyógyászok kiterjedtebb tevékenysége, a szakrendelések térhódítása, a jól képzett szakszemélyzet fokozódó szerepvállalása az ellátás színvonalának emelkedésével párhuzamosan tovább szűkítette az orvosi feladatok vertikumát. Fokozza a nehézségeket, hogy a háziorvosi konkurencia mellett a magas képzettségű nem orvos munkatársakkal szemben is küzdelem indult a piacért.

A gyermekorvos-szükségletet felmérő eddigi vizsgálatok az alkalmazott módszerek bizonytalanságai miatt nem voltak kellően ellenőrizhetők. Ennek a tanulmánynak az elkészítéséhez kidogozott modellnek – számos előnye mellett – gyengesége, hogy az Államok egészére vonatkozó vizsgálatban figyelmen kívül kellett hagynunk a gyermekorvosi alapellátás sokszor szignifikáns, regionális eltéréseit. A 19 éven aluliak 15 százalékának nincs egészségügyi biztosítása, azonban ezeknek a gyermekeknek 25–30 százaléka igénybe veszi az alapellátást. Ha az ellátást a biztosítatlan fiatalok teljes körére is kiterjesztenék, vagy az alapellátásban kellene ellátni a jelenleg sürgősségi osztályokat felkereső, de akut ellátásra valójában nem szoruló fiatalokat, módosulnának az adatok. A végeredményt illetően azonban mégsem jönne létre alapvető változás.

A gyermekgyógyászat fejlődése során folyamatos profilváltáson megy keresztül. Kezdetben a csecsemőtáplálás speciális szempontjai, a múlt század harmincas éveitől pedig a morbiditási és mortalitási helyzet megváltoztatásának új lehetőségei, az ipari méretű tápszergyártás nyújtotta előnyök álltak az érdeklődés homlokterében. Később a hangsúly egyre inkább a prevencióra és az egészséges gyermekek gondozására helyeződött át. Napjainkban a valamennyi korcsoportban szaporodó viselkedészavar és a korábban letális újszülöttkori állapotokat túlélő gyermekek krónikus betegségeinek komplex gondozása jelent új kihívást.

Kétségtelen, hogy a gyermekorvosi alapellátás szakmai fejlődésének irányát ma is a betegségek epidemiológiai helyzete határozza meg. Mégis úgy tűnik, hogy feladatainak újragondolását – döntően – az orvosi túlkínálat fogja kikényszeríteni. A jövőt az határozza meg, hogy kisebb létszámú gondozotti körnek kell majd a jelenleginél jóval szélesebb körű szolgáltatást nyújtani, az ellátási területet ki kell terjeszteni a fiatal felnőttekre és a jelenleg háziorvosi ellátásban részesülőkre éppúgy, mint az eddig hagyományosan rosszul ellátottakra. Többet kell majd törődni a gyermekek szociális körülményeinek, kulturális színvonalának és közegészségügyi helyzetének jobbításával. A gyermekorvosi munkaerőtöbblet viszont nemcsak a házi gyermekorvos

feladatkörét változtatja majd meg, hanem új lehetőségeket kínál a gyermekek szerteágazó szükségleteinek kielégítésére is.

IRODALOM

1. Rowley BD, Baldwin DC, McGuire MB. Selected characteristics of graduate medical education in the United States. *JAMA*. 1991;266:933–943
2. Graduate Medical Education. *JAMA*. 2001;286:1095–1107
3. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Workforce. Pediatric workforce statement. *Pediatrics*. 1998;102:418–427
4. Mechanic D, McAlpine DD, Rosenthal M. Are patients' office visits with physicians getting shorter? *N Engl J Med*. 2001;344:198–204
5. Cull WL, Mulvey HJ, O'Connor KG, Sowell DR, Berkowitz CD, Britton CV. Pediatricians working part-time: past, present, and future. *Pediatrics*. 2002;109:1015–1020
6. Budetti PP, Frey JJ, McManus P. Pediatricians and family physicians: future competition for child patients? *J Fam Pract*. 1982;15:89–96
7. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Workforce. Scope of practice issues in the delivery of pediatric health care. *Pediatrics*. 2003; 111:426–435
8. Mundinger MO. Toward a quality workforce. *Pediatrics*. 2003;112: 416–418
9. Berkowitz CD. Toward a quality workforce: setting the record straight. *Pediatrics*. 2003;112:418–419
10. Goodman DC, Little GA. General pediatrics, neonatology, and the law of diminishing returns. *Pediatrics*. 1998;102:396–398
11. Council on Graduate Medical Education. *Improving Access to Health Care Through Physician Workforce Reform: Directions for the 21st Century*. Washington, DC: Health Resources and Services Administration; 1992
12. Landon BE, Asetline R Jr, Shaul JA, Miller Y, Auerbach BA, Cleary PD. Evolving dissatisfaction among primary care physicians. *Am J Manag Care*. 2002;8:890–901
13. DeAngelis C, Feigin R, DeWitt T, et al. Final report of the FOPE II Pediatric Workforce Workgroup. *Pediatrics*. 2000;106(suppl):1245–1255
14. Graduate Medical Education National Advisory Committee. *Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health and Human Services*. Vol. 1. Washington, DC: Office of Graduate Medical Education, Health Resources Administration, Public Health Service, US Department of Health and Human Services; 1980
15. Campos-Outcalt D, Lundy M, Senf J. Outcomes of combined internal medicine-pediatrics residency programs: a review of the literature. *Acad Med*. 2002; 77:247–256
16. Mullan F, Politzer RM, Davis CH. Medical migration and the physician workforce. *International medical graduates and American medicine*. *JAMA*. 1995;273:1521–1527
17. Division of Health Policy Research. *Periodic Survey of Fellows, 38 through 48, 1997–2001*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. Available at: www.aap.org/research/periodicsurvey/psf.htm. Accessed January 30, 2004
18. US Department of Health and Human Services. *National Ambulatory Medical Care Survey*. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics; 1999
19. Pathman DE, Konrad TR, Williams ES, Scheckler WE, Linzer M, Douglas J. Physician job satisfaction, dissatisfaction, and turnover. *J Fam Pract*. 2002;51:593
20. Cull WL, Yudkowsky BK, Shipman SA, Pan RJ. Pediatric training and job market trends: results from the AAP third-year resident survey, 1997–2002. *Pediatrics*. 2003;112:787–792
21. National Resident Matching Program. *NRMP Results and Data 2003 Match*. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2003
22. Weiner JP, Steinwachs DM, Shapiro S, Coltin KL, Ershoff D, O'Connor JP. Assessing a methodology for physician requirement forecasting. Replication of GMENAC's need-based model for the pediatric specialty. *Med Care*. 1987; 25:426–436
23. Wennberg JE. *The Dartmouth Atlas of Health Care*. Chicago, IL: American Hospital Association; 1999
24. Goodman DC. Mapping health care delivery for America's children. Available at: www.aap.org/mapping/sample.htm. Accessed May 15, 2003
25. Chang RK, Halfon N. Geographic distribution of pediatricians in the United States: an analysis of the fifty states and Washington, DC. *Pediatrics*. 1997;100:172–179
26. Stoddard JJ, Back MR, Brotherton SE. The respective racial and ethnic diversity of US pediatricians and American children. *Pediatrics*. 2000;105:27–31
27. McCaig L, Ly N. *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2000 Emergency Department Summary. Advance Data From Vital and Health Statistics*. No. 326. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2000
28. Cunningham P, May J. *Insured Americans Drive Surge in Emergency Department Visits*. No. 70. Washington, DC: Center for Studying Health System Change; 2003
29. Elixhauser A, Machlin SR, Zodet MW, et al. Health care for children and youth in the United States: 2001 annual report on access, utilization, quality, and expenditures. *Ambul Pediatr*. 2002;2:419–437
30. Szilagy PG, Zwanziger J, Rodewald LE, et al. Evaluation of a state health insurance program for low-income children: implications for state child health insurance programs. *Pediatrics*. 2000;105:363–371
31. Bograd H, Ritzwoller DP, Calonge N, Shields K, Hanrahan M. Extending health maintenance organization insurance to the uninsured. A controlled measure of health care utilization. *JAMA*. 1997;277:1067–1072
32. Lave JR, Keane CR, Lin CJ, Ricci EM, Amersbach G, LaVallee CP. Impact of a children's health insurance program on newly enrolled children. *JAMA*. 1998;279:1820–1825
33. Eisert S, Gabow P. Effect of Child Health Insurance Plan enrollment on the utilization of health care services by children using a public safety net system. *Pediatrics*. 2002;110:940–945
34. Pawluch D. *The New Pediatrics: A Profession in Transition*. New York, NY:Walter de Gruyter; 1996
35. Pasko T, Smart D. *Physician Characteristics and Distribution in the US: 2003–2004 Edition*. Chicago, IL: AMA Press; 2003



A gyermekorvosi alapellátás megoldatlan kérdései

Ez az összefoglalás nem teljes. A területi gyermekorvoslás legfontosabb dilemmáit igyekeztünk talán kissé provokatíván és sokszor sarkítva érinteni. Ezek a problémák szorosan kapcsolódnak egymáshoz. Egyik megoldatlansága a másik megoldatlanságát is eredményezi. Vannak kérdések, amelyekhez akár azonnal hozzá lehet nyúlni, mert késznek látszik a válasz, de vannak nagyon kényes, és hosszas töprengést igénylő problémák, amelyekhez csak óvatosan szabad közelíteni. Egy azonban már egyre nyilvánvalóbb: új dimenziók felé kell tekintenünk.

A gyermekgyógyászati alapellátásnak, vagyis a gyermekek kórházon kívüli, elsődleges orvosi ellátásának még mindig nincs egyértelműen kijelölve a helye a magyar ellátási struktúrában. Ebből következik, hogy jövője, jövőbeni szerepe sem tisztázott. A szelídebb hangok is a gyermekorvosi alapellátás átalakulását és a demográfiai trendeknek megfelelő visszaszorulását prognosztizálják. Nincs erről a kérdésről deklarált és jövőbe mutató szakmapolitikai elhatározás. Némileg magyarázza ezt a helyzetet az a tény, hogy a nagyvilágban is csak a közelmúltban kezdtek foglalkozni azzal, hogy a demográfiai trendek, az átalakuló morbiditási struktúra és a gyermekgyógyászat fejlődése milyen kiterjedésű alapellátó rendszert, milyen képzettségű és tevékenységi körű gyermekorvost és milyen összetételű praxist igényel a 21. században.

Vegyük sorra azokat a problémákat, amelyek egyszerre okai és következményei a gyermek-alapellátás jelenkori hátrányos és bizonytalan helyzetének.

ÖNÁLLÓ SZAKMAI ENTITÁS VAGY GYERMEKGYÓGYÁSZATI SZUBSPECIALITÁS?

Ez a régi, a gyermekorvosi alapellátás helyét és lehetőségeit meghatározó dilemma a mai napig megválaszolatlan kérdés.

A házi orvoslásnak mint önálló szakmai entitásnak létrejötté, a házi orvosi alapszakvizsga megszerezhetősége nagy lépés volt az orvosi alapellátás jelentőségének, presztízsének kiteljesedésében. Megkülönböztette magát, elsősorban a belgyógyászat tudományától. Ez az elkülönülés, jóllehet az ismeretanyag nagyrészt belgyógyászati ismeretanyag maradt, a házi orvosnak az ellátásban elfoglalt helyén, speciális készségén, szemléletén, valamint az eltérő ellátási hangsúlyokon

alapul. A házi orvosok az elmúlt évtizedben létrehozták tudományos, szakmai és módszertani intézményeiket. Országos intézet, szakmai kollégium és négy családorvosi tanszék segíti a felnőttek ellátását. Megteremtették az önálló képzés elméleti és gyakorlati hátterét is. Mindez a kétségtelenül nagy teljesítmény a felnőttek rendszerezettebb és javuló egészségi alapellátását eredményezte, és a fejlődés, a fejlesztés távlatait nyitotta meg. A betegségek holisztikus szemléletén alapuló házi orvoslás biztosítja, hogy specializálódó és „szubspecializálódó” világunkban ne vesszen el a beteg a maga egyedi, testi, lelki és szociális meghatározottságában.



Hol tart ezen az úton a gyermekgyógyászat s ezen belül a házi gyermekorvoslás? Egyáltalán ezt az elkülönülő utat kell-e választania?

Az elmúlt évtizedek során a gyermekgyógyászati ismeretanyag rohamosan nőtt és ezzel párhuzamosan osztdótt fel önálló szakterületekre. Felvetődik a kér-

dés, hogy e szükségszerű folyamat közepe maradjon-e, és milyen szerepe marad az általános gyermekgyógyászati ismereteknek. Hallatszottak és néha még hallatszanak mostanában is olyan vélemények, hogy a jövőben talán nem is lesz szükség általános gyermekgyógyászokra, a gyermekek területi ellátását átvehetik a házi orvosok, kiegészülve a gyermekgyógyász specialisták (pulmonológus, gasztroenterológus, neurológus stb.) és a magas képzettségű szakdolgozók tevékenységével.

Mit eredményezne egy ilyen jellegű gyermek-alapellátás? Az egyik oldalról egy szerényebb szintű ellátást, a másik oldalról pedig munkaerő-pazarlást. Hiszen a magasfokúan kvalifikált, különleges betegségek ellátására kiképzett szakembereket az indokoltnál alacsonyabb szinten vennék igénybe.

A gyermekek egészségügyi szükségleteinek kielégítésében alapvető szempont, hogy a fekvőbeteg-ellátásban gyermekorvos alapképzettségű specialisták dolgozzanak. Eközben a másik oldalról fontos, hogy a területi gyermekellátást szociológiai és pszichológiai ismeretekkel felvértezett, holisztikus szemléletű „általános” gyermekorvosok végezzék.

A jövő orvosképzési struktúrájának és a képzés tartalmának ezt a célt kell szolgálnia. A kötelező törzsképzés során minden gyermekorvos ugyanazt az ismeretanyagot sajátítja el, és csak az ezt követő 2–3 éves ráképzés után lehetne a gyermekorvosból gyermekkardiológus, gasztroenterológus vagy éppen házi gyermekorvos. Tehát a területi gyermekorvosi munka a házi orvostól eltérően nem alap-, hanem csak ráépített szakvizsgával lenne vállalható.

Ma azonban a gyermekorvosi alapellátást nemhogy önálló szakmai entitásként, de gyermekgyógyászati specialitásként sem tartják számon. Bizonytalan helyze-

téből adódóan azoktól a képzési, intézményi és érdekképviseleti lehetőségektől is távolabb került, amelyek pedig természetes módon megilletnék.

A háziorvosi szolgálat mellett a gyermekgyógyászat az egyetlen olyan szakterület, amely jól kiépített alapellátási hálózattal rendelkezik. Ennek a kiemelt, sajátos helyzetnek az elismerése nagyobb jogokat és lehetőségeket biztosíthatna a szakmai és érdekvédelmi képviseletben, a törvényi szabályozásban, a finanszírozásban, és így megszűnhetne a frusztrációhoz vezető „másodhegedúsi” szerep.

A GYERMEKORVOSI ALAPELLÁTÁS INTÉZMÉNYI HÁTTERE

Helyzetének megoldatlansága miatt bizonytalan a gyermekorvosi alapellátás intézményi háttere. Egy tevékenységében és szakmai identitásában felemás módon meghatározott szakterületet amúgy is nehéz egyértelműen irányítani.

Szakmai és tudományos szempontból a gyermekgyógyászati testületek az irányítók. A praxis működési körülményeit, a finanszírozást, a menedzsmentet viszont a minisztérium, az Országos Alapellátási Intézet, a Háziorvostani Szakmai Kollégium, az egyetemek családorvosi tanszékei szabályozzák szinte magától értetődő automatizmussal, de háziorvosi szemlélettel, igénnyel és mintákkal. Így nem csoda, hogy a jogszabályok egy része a gyermekorvosok számára értelmezhetetlen és végrehajthatatlan.

A köztes helyzet további következménye, hogy a gyermekorvosi alapellátás sem a háziorvostani, sem a gyermekgyógyászati szakmai kollégiumban nem jut arányos képviselethez. További gondot okoz, hogy az egyikben illetékességi problémák, a másikban a „saját” feszítő gondok miatt a gyermekorvosi alapellátás kérdései csak ritkán kerülnek napirendre e testületekben.

Az MGYT mint tudományos társaság, a magyar gyermekorvosok legátfogóbb és az egységet reprezentáló szerve. Jellegénél fogva elsősorban tudomány-szervező, kisebb részben érdekvédelmi szervezet, amely ezért nem hivatott a gyermekorvosi alapellátás szakmai, módszertani irányításának betöltésére.

Az évekkel ezelőtt megszüntetett Országos Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Intézet utódként, csak a közelmúltban létrehozott Országos Gyermekegészségügyi Intézetben kapott újra egységes szakmai képviseletet a gyermekegészségügy.

Mindezek nyomán a Házi Gyermekorvosok Egyesülete kényszerül arra, hogy egy civil szervezet korlátai közé szorítva képviselje a gyermekorvosi alapellátás legkülönbözőbb érdekeit.

SZABÁLYOZÁSI DILEMMÁK, MŰKÖDÉSI KÖRÜLMÉNYEK

A területen dolgozó gyermekorvosok döntő többsége funkcionálisan privatizált formában, gazdasági társaságok keretében végzi orvosi tevékenységét. A jelenle-



gi szabályozás közepette a piaci vállalkozás előnyei kevésbé mutatkoznak, miközben a hátrányai gyakran sújtják és zavarják az orvosi tevékenységet. A vállalkozás irányításának gondjai elvonják a figyelmet a gyógyítómunkától. Nemcsak a településszerkezet miatt (földrajzilag egymástól távol álló községek, városok), hanem a közös rendelőkben elkülönülő gazdasági társaságok is atomizálják a praxisokat. Így azután alig van mód szakmai együttműködésre és egységes irányításra.

Magyarországon az egészségügyben a központi adminisztratív és a még megengedhető piaci jellegű szabályozás sincs kellően összehangolva. Nincsenek egyértelműen meghatározott praxisfejlesztési modellek, ugyanakkor túlzott vagy helytelen irányú a központi irányítás. Sokszor akkor is adminisztratív szabályozásért kiáltanak, amikor az ellátás biztonságát és színvonalát a megjelenő piaci elemek nem rontanák. Példa erre, hogy még mindig zavaros nézetek bukkannak fel a szabad orvosválasztás (piaci elem!) megítélése körül. Sokan – felnagyítva az ezzel járó bonyolultabb szabályozás nehézségeit – szívesebben látnának helyette újra egy merev, körzet szerinti felosztást.

Ma a hazai gyermekorvosi praxisok általában egy gyermekorvost és egy

asszisztenst foglalkoztatnak. Az ellátás a fővárosban és a nagyobb városokban többnyire négy vagy ennél több praxist magába foglaló, önkormányzati tulajdonban álló rendelőkben és sokszor egyetlen közös rendelőhelyiséget használva történik. Saját tulajdonú rendelője csak kevés gyermekorvosnak van.

A rendelőkre a felszereltség és a körülmények nagy eltérései jellemzőek. Vannak jól felszerelt és a rendelkezésre álló eszközöket jól kihasználó praxisok, máshol azonban továbbra is csak a fonendoszkópot, a vérnyomásmérőt és a nyelvlapocot használják rendszeresen. Figyelembe véve, hogy a gyermekorvosok hosszú évek kórházi gyakorlata során szerezték meg diagnosztikus és terápiás ismereteiket és készségeiket, az ilyen fajta kapacitáskihasználatlanság pazarló, és sok esetben az elfogadhatónál nagyobb arányban veszi igénybe az orvos diszpécseri, telefonkezelői és autózvezetői képességét.

A több gyermekorvost foglalkoztató, helyiség szűkében lévő rendelőkben a két-, háromórás, forgószínpadszerű rendelés és az ebből adódó időhiány is gátja a tudás és az eszközállomány jobb kihasználásának. Ez a legfőbb korlátja – egy további, recepciósnak is alkalmas asszisztens finanszírozhatatlansága mellett – az előjegyzésen alapuló betegellátásnak. Igény szerinti, napi 3–6 órás rendelésnek, komfortos váróhelyiségeknek, perszonális körülményeknek kellene végre felváltani a sokszor csak látszatigényeket kielégítő tömegellátást. Ezt követeli meg tőlünk az a versenyhelyzet, amit az európai csatlakozás teremt.

Miközben a több ezer gyermeket ellátó nagyvárosi rendelők kiváló terepei



lehetnének a teammunkának, a védőnői és a gyermekorvosi ellátás utóbbi években „divatba jött” különválasztása nem a közösségorientált ellátás irányába hat. Az ellátandó közösség problémáira orientált szakembergárda ugyanis hatékonyabb

ellátást biztosíthatna. Gondoljunk csak bele: mennyivel jobb lenne orvosnak is, betegnek is, ha az olyan egymást igénylő szakellátások, mint a fejlesztőpedagógia, a pszichológia, a gyógytorna vagy a logopédia közös rendelőépületben helyezkednének el.

Kihaszíthatatlanok az asszisztens gyermekápolói ismeretei is, többnyire csak egyszerű orvosíróként dolgoznak a gyermekorvosok mellett. Az atomizált praxisok mellett nincs lehetőség egységes menedzsmentre, szakmai irányításra vagy belső minőség-ellenőrzésre sem.

Megannyi pazarlás és elmulasztott lehetőség! A benuháztásban és a beletnyugvásban azonban nem a gyermekorvosokban lévő szubjektív okok játsszák a főszerepet, hanem a mozdulásra senkit sem inspiráló finanszírozás. Kétségtelen persze, hogy a nyugdíjkorhatárhoz közeledő átlagéletkor mellett már nem olyan könnyű a praxisokat dinamizálni.

A GYERMEKORVOSI PRAXIS TEVÉKENYSÉGI KÖRE

A megelőzés hagyományosan átszövi az egész gyermekellátási gyakorlatot. Központjában az a törekvés áll, hogy a lehető legteljesebb egészségben és életminőségben ériék el a gyermek- és fiatalok a felnőttévéket. Ehhez jól begyakorolt, életkorhoz kötött, a fejlődést, a



növekedést folyamatosan monitorizáló szűrővizsgálati és magas átoltottságot felmutató, szervezett oltási rendszer áll rendelkezésünkre. A gyermekorvosi tapasztalatot és megfelelő vizsgálati időt és elmélyültséget igénylő fejlődési vizsgálatok számára azonban nem kedvez a jelenlegi, elsősorban tömeges ellátásra berendezkedett gyakorlat.

Fontos területe és hatékonyan csak a gyermekkorban alkalmazható szelete az elsődleges megelőzésnek az egészségmagatartás befolyásolása. A felnőtteket sújtó, életmód indukálta betegségek megelőzése lehetetlen a gyermekkor kihagyásával. A prevenció e részterületén kapcsolódhat a gyermekkori alapellátás a felnőttkori programokhoz.

Egy korszerű fekvőbeteg-ellátás kiterjedtebb kompetenciájú területi gyermekorvoslást igényel. A speciális képzettséget és eszközparkot nem igénylő betegségeket ma már a beteg otthonában kell diagnosztizálni és gyógyítani. A tevékenységi kör bővítését kényszeríti ki a tömeges allergológiai, pulmonológiai és gastroenterológiai beteganyag is. Ezért lesz nyilvánvalóan szükség a kompetenciahatárok ésszerű és felfelé történő módosítására.

A gyermekek morbiditási struktúrájának átalakulása azt eredményezte, hogy nagyobb jelentőségűvé váltak a pszichoszociális problémák. A különböző mértékű hangulati zavarok, depressziós kórképek, magatartási és nevelési problémák rohamos szaporodásának lehetünk tanúi. Sok gyermekbetegséget indukál a családok diszfunkcionális működése is. Az erőszak és a baleset egyre meghatározóbb a gyermekkor halálozás statisztikáiban.

A fejlődési irányok szükségleteit követnie kell a gyermekorvosi képzésnek (licenccel, ráépített szakvizsgák), a praxisok működési körülményeinek és nem utolsósorban eszközparkjának is (ABPM, EKG, egyszerű spirometria, peak-flow meter, inhalációs eszközök, bőrtesztek, apnoealarm készülékek stb.). Jobban kellene élnünk az életmódnevelés és a balesetmegelőzés korszerű szemléltetőlehetőségeivel is.

A földrajzi és a demográfiai viszonyokhoz alkalmazkodó, sokszínű ellátási struktúrát kell kialakítani. Mert, ami a fővárosban hasznos és hatékony, az nem biztos, hogy kisvárosi, falusi település-szerkezetben is alkalmazható, és fordítva. Különböző működési modellekre és a gyermekorvosi praxis igényeihez és jellegzetességeihez jobban illeszkedő finanszírozásra van szükség.

FINANSZÍROZÁS AZ ALAPELLÁTÁSBAN

Egy rendszer fejlődésének irányait, a fejlesztés méreteit a ráfordítható pénzforrások biztosításával is befolyásolni lehet. Az optimális finanszírozási rendszer célja csak az lehet, hogy korszerűbb ellátási struktúrákban és magasabb színvonalon

valósuljon meg a feladatok teljesítése. De nem kevésbé fontos a rendszerben dolgozók méltányos megbecsülése sem.

Bár a 90-es évek elejétől nagy előrelépés történt, a jelenlegi finanszírozási modell magában hordozza a továbblépés korlátait. Nem honorálja a minőséget, így nem ösztönöz magasabb színvonalú ellátásra. A minőségi elem mércéje az, ami a beteggel valójában történik. De ez eddig sehol nem jelent meg a finanszírozásban. A depresszió jelenlegi módja korlátozza a kapitáció szerinti finanszírozás piacsabályozó hatását. Sokan úgy vélik, hogy ezzel sérül „a több munkáért és felelősségért, több juttatás” elve. A depresszió, miközben az ellátás minőségét hivatott megvédeni, nem ismeri el kellően a pluszteljesítményt, ezzel szemben a „langyos vizet”, az átlagot preferálja. (A gyermek-alapellátásban ráadásul már az átlagos létszámú praxist is sújtja.) Pedig megfelelő hozzáállással, munkaszervezéssel és segítő szakszeméllyel még a nagyobb beteg-



körben is lehetne minőségi munkát végezni, mint ahogy kis praxisban is lehet rossz teljesítményt nyújtani. Más kérdés, hogy a praxislétszám – hátrányos demográfiai környezetben – nem is feltétlenül az orvostól függ.

A teljesítmény- és a minőségjavítás szempontjából érdekes a zárt kassa szerepe is. Ez egyrészt a szolgáltatónak jelent garantált pénzforrást, másrészt a finanszírozónak biztosítékot, hogy még pluszteljesítmény okán sem kell a felső összeghatárt átlépnie. Így áll elő az a merev rendszer, ami a betegkártyák kicsiny ingadozásán kívül semmiféle „tarkaságot” nem enged meg. Ebben a rendszerben, ha az egyik praxisban nőne a teljesítmény, annak finanszírozása csak a másik rovására történhetne.

De a baj nemcsak az elosztható pénzüsszeggel és az elosztás technikájával van,

hanem azzal a filozófiával is, amellyel kísérleteket tesznek valamiféle teljesítményfinanszírozásra. Ezek a kísérletek (ld. betegirányítási modell, gyógyszerfelhasználás) ugyanis eleve abból az axiómából indulnak ki, hogy a rendszer és benne minden egyes orvos pazarló. E szerint az elv szerint, az teljesít jobban, aki az egy betegre jutó átlagos pénzüsszegeből többet spórol, ezért őket honorálja. Ez a mai hazai helyzetben lehet, hogy előre visz, de nem hisszük, hogy ez az egyedüli jövőbe mutató módja a minőségbiztosításnak. Amellett ellentétben áll azzal a



finanszírozó által is hangoztatott elvvel, hogy többletfinanszírozás csak többlet-tevékenységért járhat.

A jelenlegi finanszírozás másik jelentős eleme a bázisfinanszírozás is ellentmondásosan teljesíti eredeti célját. Ezt annak idején azért találták ki, hogy ellátási érdekből a szélsőségesen nehéz helyzetbe került, kis létszámú praxisok működését is biztosítani lehessen. Ez az alapvetően helyes és méltányos intézkedés hibásan működik, amikor még a kedvező demográfiai helyzete ellenére is alacsony „látogatottságú” praxisok fenntartását is konzerválja.

A jelenlegi rendszer tehát alkalmatlan egy tágabb és magasabb színvonalú teljesítmény elismerésére. A változtatásra egyetlen lehetőség kínálkozik, az, hogy valódi minőség- és teljesítményelemeket építünk be a rendszerbe. Ezt megtehetjük fokozatosan, ami humánusabbnak tűnik, és kisebb „kasszanövekményt” igényel. A teljes körű teljesítményfinanszírozás bevezetésének feltétele az alapellátásra fordítható források jelentős megemelése mellett a mindenkinek járó biztosítási „alapsomag” és az eseti vagy a beavatkozási díjtételek megállapítása.

A teljesítményfinanszírozásra való átérés előtt meg kell alkotni a kötelező szakmai protokollokat. Ezeket a prevenció, a gyógyítás és a rehabilitáció területén egyaránt ki kell dolgozni.

MINŐSÉG-ELLENŐRZÉS, SZAKFELÜGYELET

A jelenlegi finanszírozás nem segíti megfelelően a definitív gyógyítást, a hatékony prevenciót és a korszerű teammunkát. Egy igazán teljesítmény- és minőségcentrikus finanszírozást nem lehet bevezetni ellátási protokollok és megfelelő minőség-ellenőrzés nélkül. A kettő feltételezi egymást. A szakmai protokollokat és modelleket olyan munkacsoportoknak kell összeállítaniuk, amelyekben klinikusok mellett területi gyermekorvosok is helyet kapnak. A gyermekorvosi alapellátás jellegzetességeiből kiindulva kell a mindenki számára kötelező minőségi kritériumokat kidolgozni. Szakítani kell azzal a gyakorlattal, amely pusztán mennyiségi kritériumokkal akarja leírni a minőséget. De szakítani kell azzal a „gyermekgyógyászat-idegen” próbálkozással is, mely rendre a házi orvosi mintákat próbálja követni. A gyermekorvosi praxisban ugyanis mások a prioritások.

Át kellene tehát térni az ellátási minőség valóban szakmai ellenőrzésére. A táplálás gyakorlata, a fakultatív átoltottság, a két évesnél régebbi vérnyomásmérések aránya, a szűrővizsgálatok megtörténte, az életmódjellemzők ismerete és rögzítése már mondanának valamit a praxis megelőzési munkájának minőségéről. Az antibiotikumfelhasználás mennyiségi és strukturális jellemzői, a kiegészítő és szakrendelői vizsgálatok igénybevételének gyakorlata, az asztmaellátás korszerű gyógyszer- és eszközhasználatának módja, a kórházi beutalások száma és körülményei szintén sokat elárulnak a gyermekellátás minőségéről. Meg kell alkotni azokat a mérőszámokat, amelyek a pszichés zavarok megoldásának színvonaláról tanúskodnak. Olyan elvárásokat kell teremteni, amelyben minőségi jellemző lehet a praxisban racionálisan alkalmazható eszközök (EKG, spirometria, kislabor, CRP-teszt, ABPM) rutinszerű használata.

A belső minőség-ellenőrzés leghatékonyabb módszere a praxisok összehasonlító elemzése. Ennek gyakorlatát – csakúgy, mint a szakmai konzultációk bevezetését – még a széttagolt praxisokra vonatkozóan is ki kell dolgozni.

Ma az ÁNTSZ elsősorban epidemiológiai és hatósági feladatokat lát el, és a

mai napig nem tudta integrálni a differenciált, széles körű szakmai ismereteket és rugalmas szemléletet igénylő gyermekorvosi szakfelügyeletet. A minőség-ellenőrzést az adminisztratív szemléletű központi apparátus helyett egy módszer-tani központra és hozzáértő gyermekorvosi munkacsoportokra kellene bízni. A területi munkát és a gyermekgyógyászatot jól ismerő, azt magas szinten művelő szakfelügyelőket megfelelő díjazásban kell részesíteni.

KÖVETKEZTETÉSEK

A korszerű gyermekorvosi ellátás két oszlopon nyugszik. Az egyik, a humán erőforrásokat és a magas szintű technikát koncentráló klinikai, kórházi gyermekellátás, a másik a jól kiépített, magasan képzett, döntésképes és megfelelő eszközállománnyal rendelkező területi gyermekgyógyászat.

A jól kézben tartott nagy praxis legyen az orvos dicsérete. A „kártyát gyűjtögető, a rutinba beleszürkült, önmaga továbbképzésével nem törődő hajdani körzeti orvos” képét a közvélekedésből ki kell törölni, és helyét – a gyermekgyógyászatban belül és kívül – a szakmailag és erkölcsileg egyaránt elismert alapellátó gyermekorvos imázsának kell felváltania. Licenc vagy akár ráépített szakvizsgák megszerzésével



kell törekedni a praxis tevékenységének kiterjesztésére. Csak ilyen irányú fejlődés képzelhető el egy modern Európában. Ezt a jövőképet minden gyermekgyógyásznak támogatnia kell, függetlenül attól, hogy milyen intézményben, milyen szakterületen és milyen pozícióban dolgozik. A rövid távú érdekeket a hosszú távú szempontoknak kell felváltania.

Leltár

Az egyesület választás előtt áll. A vezetőség sokat dolgozott, de azt, hogy mit és milyen hatékonysággal, azt talán nem nekünk kell megítélni. Az elmúlt kilenc év választásai bizalmat szavaztak nekünk, de azért mégiscsak saját akaratunkból és nem valamiféle kényszerből robotoltunk. Most a számvetés elől nem térhetünk ki. Amit elértünk, azt saját gyermekünknek tekintjük. Ezt emberileg, azt hiszem, mindenki megérti. A kilenc év alatt mégis ritkán voltunk elégedettek. Nekünk a félig tele pohár mindig félig üresnek tűnt. Sokat dolgoztunk, mert mindig mindent magunknak kellett kitalálni, s bizony, főleg eleinte a szervezéssel és a hatékonysággal is gondok voltak. Még most is vannak. De hát ez a kezdők, az amatőrök bája...

Voltak, akik mellettünk álltak, voltak, akik a küzdőtér távolabbi pontjára kerültek. Voltak, akik őszintén, és voltak, akik csak úgy, és voltak, akik csak átmenetileg.

Sokat vitatkoztunk, néha veszekedtünk is. Sokszor folytattunk árnyékbokszt, de mindig azért, mert féltettük eredményeinket. Meglévő tehetségünkkel a tökéletesre törekedtünk. Büszkéek vagyunk, hogy vagyunk, hogy van gyermekorvosi alapellátás, hogy finanszírozásunk javult, hogy megkérdezznek bennünket, hogy néha kéréstlenül is az asztalra csapunk, bár sajog tőle az öklünk. Nagy eredmény az is, hogy egységes csapatot sikerült formálni a házi gyermekorvosokból. Mert azért az 1600-ból mégiscsak több mint 1300 a családtag. Közös a fészek melege, meg az együtt evezünk és süllyedünk élménye is. Sok mindent fel kellett találnunk. Saját szakmai konferenciánkat, a Kávészünetet, a szakmapolitikai összefüggéseket, az alapellátási előadásokat és a saját orgánumunkat, a Hírvivőt is. Kezdetben talán csetlettünk-botlottunk..., de ma már sokak szemében profik vagyunk. Észrevehető, sőt tényező lettünk a szakmapolitikában, a gyermekgyógyaszatban, az írott sajtóban. Még a nemzetközi konferenciákon is. Már nem az a reakció, hogy „Nicsak, ki beszél?”

Most akár már büszkéek is lehetnénk, de nem ilyen a habitusunk. Változatlanul

ritkán vagyunk felszabadultak, inkább a görcs jellemző ránk, mert félünk, hogy hibázunk. Néha elfáradunk, mert nemcsak a mézben, de a szurokban is nehéz úszni. Nehéz az orvosnak, ha „gyermek”, hát még, ha „házi”.

Van úgy, hogy azt érezzük, megmászhatatlan a hegy előttünk! Monomániánk, fanatizmusunk és a közös gyermek féltése azonban nem hagy bennünket nyugodni. Most újra itt a kérdés: nekiveselkedjünk-e újra az újabb súlyoknak? Számítatlan a nyitott kérdés: milyen legyen finanszírozási rendszerünk, mit és azt hogyan végezze a jövő gyermekorvosa, mi legyen praxisainkkal, praxisjogunkkal, ellátórendszerünkkel? Mit akarunk a XXI. századra örökül hagyni, mit akarunk saját, hosszabb-rövidebb szakmai pályafutásunkkal? Biztosan nem egyformán izgatnak bennünket ezek a kérdések, de attól még ott vannak. Megoldásra várnak, foglalkozni kell velük. Ha kell a hétvégeken, éjszakákon át, vagy szabadság helyett. Mert ezt lehet ugyan máshogy is csinálni, csak talán nem érdemes. Mi legalábbis nem tudtuk. Ennyi tellett, ítéljék meg munkánkat Önök!

HUSZÁR ANDRÁS


Az őszi szakmapolitikai konferencia keretében november 11-én kerül sor a HGYE küldötteinek vezetőségválasztó értekezletére. Ahogy azt korábban jeleztük, az új vezetőség 12 tagú lesz. Arra törekszünk, hogy az elnök és a két alelnök mellett minden közigazgatási régió képviseltesse magát a vezetőségben. Kérjük, hogy a tisztségviselőkre vonatkozó javaslataikat küldötteiken vagy a megyei összekötőkön keresztül, de akár közvetlenül is juttassák el a jelölőbizottság elnökéhez: Dr. Dolowschiák Annamária, HGYE 1136 Budapest, Tátra u. 52.

Házi Gyermekorvosok Egyesülete

X. őszi konferencia

2004. november 12–13.

Park Hotel Flamenco

A photograph of a sunset over a large body of water. The sun is a bright, glowing orb in the upper center, casting a golden light across the sky and reflecting on the water's surface. In the foreground, a dark silhouette of a person stands on a pier or dock, looking out towards the water. Several swans are visible swimming in the lake. The overall mood is serene and contemplative.

**A következő aligai Kávészünetet
Siófokon tartjuk.**

Időpont: 2005. május 20–22.

A helyszín: még titok

Múltunk, jelenünk, jövőnk: a peszticidek

A MÚLT

A DDT-t (diklór-difenil-triklór-etánt) 1874-ben állították elő. Müller 1948-ban a DDT rovarölő hatásának felfedezéséért orvosi Nobel-díjat kapott. Miután az egész országot teliszórtuk DDT-vel, mi tiltottuk be a világon elsőként, 1968-ban.

MI A BAJ A DDT-VEL?

A DDT egy ún. POP vegyület (persistent organic pollutant). A talaj mélyebb rétegeiben és az élővizekben gyakorlatilag nem bomlik le. A talaj felsőbb rétegeiben felezési ideje 15 évre tehető. Egyes bomlástermékei ugyanolyan toxikusak, mint ő maga. Az ötvenes években kiszórt mennyiség legalább negyede ma is megtalálható a talajban, vizekben és az élő szervezetekben, köztük kultúrnövényeinkben, vágóállatainkban és bennünk, emberekben is. A DDT bioakkumulációra és biomagnifikációra hajlamos vegyület. Ez azt jelenti, hogy a táplálékláncban feldúsul. Például egyes növényekben a talajban lévő mennyiség 100-szoros koncentrációja mérhető. Az ezeket fogyasztó rovarokban további koncentrációnövekedés mutatható ki. A rovarévi kisméretűekben a talaj koncentrációjának már akár milliószorosa is jelen lehet. A csúcsragadozóknál a koncentráció 10–100 milliószorosa növekszik. Minél tovább él egy ilyen csúcsragadozó, annál több peszticidet raktároz – elsősorban a zsírszövetében. Nem kell magyarázni, hogy az ember is egy ilyen csúcsragadozó... A DDT mutagén és rákkeltő. Ezen felül, a DDT ösztrogénagonista. Ez csak addig meglepő, amíg nem képzeljük magunk elé a vegyület szerkezeti képletét. Akkor már nem nehéz felfedezni a szteránvázakra emlékeztető struktúrát. Az ösztrogénhatás – többek között – fokozott táplálékfelvételt okoz, ami növeli a bioakkumulációt.

MIRŐL IS VAN SZÓ?

Ami a jelen dolgozat témáját illeti, az előzőeken túl, a DDT immunszuppresszív. Az immunszuppresszív hatást könnyű megérteni: a szerves klórvegyületek zsírszövetben oldódnak, így a csontvelőben is felhalmozódnak. Közvetlenül károsítják az immunapparátus csontvelőben érlelődő

sejtjeit. Minél idősebbek vagyunk, annál inkább...

Bár nálunk a DDT-t betiltották, a világ számos országában szabadon alkalmazzák. Ahol nem használnak DDT-t, ott is engedélyezik közeli és távolabbi rokonait. Ha valamelyik szert betiltják a fejlett országokban, akkor a megmaradt készleteket – gyakran segélyek formájában – exportálják a fejlődő országokba, vagy multinacionális cégek leányvállalatai termelik a harmadik világban. Innen azután visszavásároljuk banán, ananász, kávé, narancs, kakaó formájában.

A HAZAI HELYZET

Magyarországon viszonylag kevés peszticidet használnak (kerekítve 10 000 tonna/év, ez kb. 10 km hosszú teherautósor, ha csak a nyers hatóanyagot számoljuk). Összetételük azonban, hasonlóan a legszegényebb országokban alkalmazottakéhoz, erősen kifogásolható. Az európai országok közül Magyarországon engedélyezik a legtöbb peszticidet, szám szerint 400 vegyületet. Ezek közül 140 olyan van, amit a világ számos országában betiltottak, és többek között a WHO, (Environmental Protection Agency – az USA Környezetvédelmi Hivatala) és a WWF (World Wide Found for Nature – Természetvédelmi Világszövetség) kivonásra javasolt. Összehasonlításképpen: Svédországban megelégszenek 120 vegyülettel. Az ott engedélyezett fele azonban nálunk nem is kapható... Az itt bejegyzett vegyületek mindössze 36%-a tekinthető – mai tudásunk szerint – biztonságosnak, a forgalmazott készítmények között 29 POP vegyület is van, melyek közül 6 bizonyítottan immunszuppresszív hatású. A szabad forgalmú, kiskerttulajdonosok által vásárolható növényvédő szerek között megtaláljuk a legtöbb kifogásolt vegyületet. A nagyüzemi gazdálkodás felhasználásával előtérbe kerültek a szakértelemmel nem rendelkező kistermelők, akik gyakorlatilag ellenőrzés nélkül, a piaci verseny szorításában, indokolatlanul nagy mennyiségben, szakszerűtlenül juttatják olcsó és veszélyes készítményeiket élelmiszereinkre. Az őstermelők többsége megkóstolni sem merné saját, eladásra szánt termését. A kisszámú vizsgálat

eredménye rendre az, hogy valamennyi primőr zöldségfélének tartalmaz peszticidmaradékokat, 15–20%-uk a megengedettnél magasabb koncentrációban. Ez törvénytörően csak azután derül ki, hogy az élelmiszert elfogyasztottuk. Különösen veszélyes a fejes saláta és az uborka. A primőr gyümölcsök közül az eper kapja a legtöbb vegyszert: a kaliforniai földi eperre hektáronként pl. a magyar átlagos felhasználás tízszerese jut. A szőlő is rendre szermaradékos. Elképzelhető, hogy a nálunk szegényebb, de intenzív mezőgazdasági termelést művelő ázsiai, afrikai, dél-amerikai országok nagy részében a miénknél is nagyobb arányban használnak immunszuppresszív POP vegyületeket.

SZOKATLAN ÁLLATI JÁRVÁNYOK

1988-ban Svédország partjainál egy év alatt kipusztult a fókáállomány közel fele. Az érdekes az volt, hogy a pusztulást egy olyan encephalitisvírus okozta, ami korábban is jelen volt a populációban, de addig tömeges megbetegedést nem okozott. Ugyanebben az évben Wales, majd később Spanyolország, 1995-ben pedig Florida partjainál észleltek nagy delfinpusztulást. A kórokozó semmiben sem különbözött a korábban észlelt, de súlyos járványt még sohasem okozó vírustól. A Floridánál elhullott állatok zsírszövetében viszont az egészségesekéhez képest 50–100-szoros koncentrációban találtak egy szerves cinkvegyületet, amit fakonzerválásra használnak. A beteg állatok T-sejtjei 20–50%-kal csökkentek.

HUMÁN JÁRVÁNYOK A FELNŐTTEK KÖRÉBEN

Az utóbbi 30 évben felfedezett új fertőző betegségek némelyike szokatlan epidemiológiai képet mutat. Azon senki sem lepődik meg, ha egy fertőzés a gyermekpopulációt érinti elsősorban. Az éretlen immunrendszer, a más fertőzésekből adódó keresztimmunitás hiánya és a zsúfolt gyermekközösségek, a gyermekkorból adódó higiénés szituáció jó magyarázat a kontagiózus gyermekbetegségekre. Amennyiben egy fertőzés elsősorban felnőtteket érint, ott valami magyarázatot kell keresni.

A *Legionellosis*, ezt a jelentős halálzással járó pneumóniát 1977-ben fedezték fel. Gyermekkorban alig fordul elő, a fertőzöttek átlagéletkora 50 év körül van.

A *Lyme-kór* okozóját, a *Borrelia burgdorferi*t 1982-ben találták meg. A fertőzés gyakori gyermekkorban is, tehát nyilvánvaló, hogy a gyermekek is találkoznak a kórokozóval. Súlyos, progresszív esettel azonban a húszéves praxisom során csak egy ízben találkoztam. Gyógyíthatatlan vagy alig befolyásolható felnőttkori fertőzést, pl. *chronicus borrelia encephalomyelitist* minden évben látunk. *Acrodermatitist* is csak 20 éves kor felett észlelünk.

A *Cyclospora cayetanensis*, ezt a perisztens hasmenést okozó protozoot 1986-ban fedezték fel. A fertőzést Guatemalából érkező málna közvetítette. A protozoon több járványt okozott, melyben több ezren betegedtek meg, a halálozás is jelentős volt. A gyermekek között a fertőzés alig (1–5%-ban) fordult elő, gyermekkori halálozás nem volt. Nehéz elképzelni, hogy a gyermekek nem kaptak a málnából...

A *West Nile* (Nyugat-nílusi) vírus a kullancsencephalitis vírusával rokon, agyvelőgyulladást okoz, szúnyogok terjesztik. A fertőzést régóta ismerjük, de új fejlemény, hogy az USA-ban, ahol korábban ismeretlen volt, 5 év alatt a keleti partvidéktől nyugat felé haladva sok ezer megbetegedést okozott. Szinte kizárólag felnőttkorban... A betegek átlagéletkora 45 év körüli. Halálozás csak idősebb kor-

ban fordul elő, eléri a 10%-ot. Érdekes módon, az egyéb infekciók súlyosságát befolyásoló idült betegségek (diabetes mellitus, *cardialis decompensatio*) nem befolyásolják a *West Nile* vírus fertőzés kimenetelét, csak a kor számít...

A SARS 2003-ban okozott nagy riadalmat. A járványt egy vadonatúj *corona*-vírus okozta. Kezdetben a húsfeldolgozással és a kereskedelemmel foglalkozók, később az egészségügyiek betegedtek meg nagyobb arányban. Eddig tehát érthető, hogy a fertőzés szinte csak felnőtteket érintett. A járvány terjedésével azonban egyre nőtt azoknak az aránya, akik foglalkozásuk révén nem tekinthetők veszélyeztetetteknek. Így már szokatlan, hogy a gyermekek részvétele a járványban 1–3%-os volt. Gyermekkori haláleset alig fordult elő. Közöltek olyan családi járványt, amelyben az együtt élő 7 felnőttből 6 megbetegedett, 2 közülük meghalt, míg a 3 gyermek egyike sem kapta el a fertőzést...

JÖVŐ

Mindezek alapján feltételezhető, hogy a felnőttkorra feldúsuló, addigra immun-suppresszív koncentrációt elérő peszticidek játszanak szerepet az új fertőzések keletkezésében. Valószínű, hogy az emberek között is hasonló járványokkal fogunk találkozni, mint amilyeneket az állatvilágban már korábban észleltek, és amiket a növényvédő szerek immun-suppressziója okozott. Elsősorban állati eredetű fertőzések jönnek szóba, mivel az

állatvilág is részesül a peszticidek immun-suppresszív hatásából. Így megnövekszik az esélye új kórokozók keletkezésének és azok emberre való átterjedésének. Ezek a járványok Ázsia sűrűn lakott mezőgazdasági területeiről várhatók. Itt ugyanis az állatok és az emberek rendkívül szoros kontaktusban, a mi fogalmaink szerint leírhatatlan higiénés viszonyok között élnek, és a peszticidfelhasználás minden kontrollt mellőzve történik. Az eddig vázolt teória első látványos illusztrációjának tekinthető a SARS.

LEHET-E PESZTICIDEK NÉLKÜL ÉLNI?

A DDT segítségével sikerült megállítani a kiütéses typhus, a malária és a burgonyabogár terjedését. Javultak a természetlagok, sokkal kevesebb munkáskézre van szükség az élelmiszerek sokkal nagyobb mennyiségének előállításához. Ennek köszönhetően az utóbbi években egymást követik a mezőgazdasági túltermelési válságok. (Volt sertésváltás, búzaváltás, tejváltás...) A túltermelést olcsó, korszerűtlen, veszélyes peszticidek segítségével érik el. A DDT korában még senki sem tudta, hogy milyen veszélyeket rejt a használata. Ma azonban már ez kevésbé mondható el. Minél tovább használjuk a POP vegyületeket, annál biztosabb, hogy az unokáink is részesülni fognak a hatasukból. Talán az új járványok kialakulása lesz az a figyelmeztető jel, ami fordulatot hoz a növényvédő szerek használatában...

DR. LAKOS ANDRÁS



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

„Jobb lenne meghalni...”

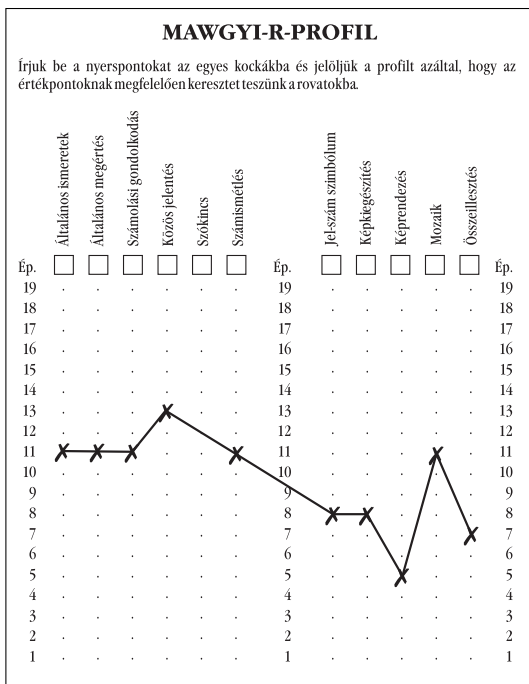
Jól nevelt, komoly, 10 éves szőke fiút hozott a mamája rendelésünkre. A probléma, ami előtt a mama értetlenül állt az volt, hogy a gyermek időnként sírva kesergett: jobb lenne neki meghalni...

Jó anyagi helyzetben élő, értelmiségi családról volt szó, a szülők szerető gondoskodással vették körül a két gyermeket. A kisfiú egyetlen problémaként tanulási nehézségét említette: hiába dolgozik sokat, nem tud olyan jó bizonyítványt szerezni, mint amelyet szülei várnak tőle.

Öntsünk tiszta vizet a pohárba – gondoltam –, nézzük meg a gyermek tanulási képességét!

A MAWGYI teszt

A MAWGYI tesztet néhány éve standardizálták a magyar népesség körében. Tíz részpróbából áll, az első fele szavakhoz kötött, a második fele cselekvéses feladatokat tartalmaz. Az átlagos teljesítményt



a 100-as IQ jelöli, ez részpróbánként 10 értékpontot jelent. Az enyhe értelmi fogyatékos zónája a 70 és 50-es IQ között van, 50-től lefelé már közepesen súlyos fogyatékoságról van szó. A 7-es és az 5-ös értékpontok a határértékek. A részképesség problémás gyerekek eredményeinél az összesített IQ a normál övezetben (80 és 110 között) van, az egyes részpróbák szórása viszont akár 1 és 17 pont is lehet. A MAWGYI teszt eredménye azután, igazolva gyanúmat, súlyos részképesség problémát igazolt.

Hol a boldogság?

Az eredmény ismeretében próbáltam az édesanyát elgondolkodtatni: vajon biztosan a tanulás, a jó bizonyítvány a legfontosabb az életben? Nem lehetne-e más területet találni, amiben sikeresebb lehetne a gyermek? Nem érné-e meg feladni a jó bizonyítványt, ha ez az ára, hogy boldogabb ember lehessen? Nem értéke-sebb-e egy jó szándékú, segítőkész, barátságos, de gyengébb tanulási képes-ségű ember egy zseniálisan jól tanuló „rablógyilkosnál”? Nem tudott kérdésem-re pozitív választ adni. Többé nem hozta el a gyermeket a rendelésre... Csak remélni tudom, hogy azóta javult a helyzet.

Az út szélén

Nagyon sok gyermek küszködik hasonló problémával. Gyakori az olvasás, írás, számolás képességének gyengesége, és ezen kívül még egyéb részképesség probléma is előfordulhat. Ilyenkor a legkülön-félőbb tünetek jelentkezhetnek: fejfájás, hasfájás, tik, magatartászavarok. A sokszor rejtett alaprobléma felismerése döntő fontosságú lehet. Ezeknek a gyerekeknek a megítélése során a kiugróan jó képességet észre-véve azt mondja környezete: „milyen okos ez a gyerek, csak lusta, azért nem szerez jó jegye-ket”. A részképesség gyengesége miatt a gyermek viszont úgy érzi, hogy ha teljes erőbedobással dolgozik, akkor is lemarad. Ért-hető, hogy egy idő után feladja az erőlködést, így még jobban lemarad. Olyan ez a helyzet az első elemiben, mintha egy futó-versenyen nem a rajtvonalról, hanem hátrébról indulna, és lelkes igyekezettel próbálna valamit ledolgozni a hátrányá-ból. Ilyenkor a környezet vissza-

jelzése alapján dől el a gyermek sorsa. Ha biztatnák („csak így tovább”), érdemes lenne tovább igyekeznie. Sajnos az alap-probléma felismerésének hiánya miatt rendszerint „fújolja a közönség”, mire a gyerekek többsége „leül az út szélére”, hiszen minek igyekezne, ha mindig csak szidják.

Zsákcában

A magyar iskolarendszerben az összes képességnek csak szűk hányadát veszik igénybe a „fő tantárgyak” tanítása során.

A rajz, ének, torna csak „mellékantár-gyak”, nem fontosak. Angliában több mint húsz évvel ezelőtt azt tapasztaltam, hogy 9 éves gyerekeket hetente kivittek egy igazi nagy stadionba, ott igazi nagy focimeccseket játszottak, és aki ügyes volt a fociban, de gyenge a matekban, nem számított „alsóbbrendű lénynek”, mint nálunk. A rajz és technika területén is kö-zös munkával az alkotás örömét kóstol-tatták meg velük, és nem a négyzet sar-kának pontosságát osztályozták. (Tiszte-let a kivételnek, mert manapság már ná-lunk is sokféle iskolatípus fordul elő.) A szülők aggódnak gyermekük jövője miatt: „Nem veszik fel a gimnáziumba, ha nem jó a bizonyítványa. Mi lesz vele, ha nem végez egyetemet a mai nehéz időkben!” Így a gyerekek élete nemcsak az iskolá-ban, hanem otthon is arról szól, hogy milyen osztályzatai vannak. Ha nem elég jók, akkor nem engedik sportolni vagy egyéb tanulástól eltérő tevékenységet végezni, mert többet kellene tanulnia. A kör bezárul: nincs lehetőségük más terü-leten sem felfedezni, miben tehetsége-sek, marad alapvető életérzésüknek: „Én selejt vagyok, kevesebbet érek, mint jó ta-nuló társaim”. Ha viszont a szülő nem-csak engedi, hanem még segíti is a gyer-meket megtalálni rejtett tehetségét és támogatja annak sikeres fejlesztését isko-lán kívüli környezetében, megalapozhatja egészségesen pozitív önértékelését. „Ha rövid a kardod, toldd meg egy lépéssel!” A gyengébb képességet ugyanúgy kitartó gyakorlással lehet fejleszteni, mint ke-mény tornával a béna izmot. De csak akkor lesz hajlandó a gyermek a közepes osztályzatokért is megküzdeni, ha kellő biztatást kap és érzi, hogy környezete értékesnek tartja, értékeli erőfeszítéseit.

Tudjuk, tapasztaljuk, hogy nagyon nehéz egy kialakult értékrendet, hozzáál-lást megváltoztatni. A jó szándék mellett sok idő és türelem kell hozzá... gyerme-keink boldogságáért!

SAJGÓNÉ DR. MOLNÁR IRÉN
GYERMEKPSZICHOLÓGUS

Akkreditált gyermekpszichiátri-ai továbbképző tanfolyamot

rendez a Heim Pál Gyermekkórház Mentálhigiéniai Ambulanciája.

Helyszín: 1077 Budapest,
Rottenbiller u. 26.

Időpont: péntekenként 9–12-ig

2004. szeptember 17.
november 12.

2005. január 21.
március 18.
május 13.

Az endocarditis infectiosa profilaxisa a gyermekkorban

DR. ABLONCZY LÁSZLÓ*

Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet
Gyermekszív Központ, Budapest

A gyermekszívsebészet és gyermekkardiológia fejlődésével párhuzamosan az alapellátásban is egyre több operált, szívbeteg gyermekkel találkozunk. Ezen betegek ellátása, a terület igen speciális volta miatt, sokszor jelentős nehézségek elé állítja az alapellátásban és a kórházban dolgozó kollégákat. A betegek kardiológiai státusának felmérése túl, az akut lázas infekciók helyes megítélése és kezelése, illetve az endocarditis-profilaxis kérdésköre okozza a legtöbb problémát. Bár az alapelvek évek óta azonosak, a gyakori hibás megközelítés miatt ismételten érdemes a helyes endocarditis-profilaxis gyakorlatát feleleveníteni.



Gyakoriság

Az endocarditis infectiosa gyermekkorban változatlanul a ritka megbetegedések közé tartozik. A gyermekpopulációt tekintve az USA-ban 1280 kórházi felvételere jut egy eset (1). Ugyanakkor az eset-szám lassú növekedése figyelhető meg az

operált szívbetegek javuló túlélési arányának következményeként. Ez egyúttal a műtéten átesettek arányának növekedését is jelenti (2). 8–10%-ra tehető a strukturális szívbetegség, illetve egyéb kimutatható rizikófaktor nélkül kialakuló endocarditisek aránya.

Alaphelyzetek

Az endocarditis infectiosa tárgyalása során élesen három klinikai szituációt kell elkülöníteni:

1. rizikócsoportba tartozó beteg beavatkozásokhoz kötött endocarditis-preveniója – endocarditis-profilaxis,
2. rizikócsoportba tartozó beteg lázas infekciójának megítélése és kezelése,
3. igazolt endocarditisben szenvedő vagy endocarditisre gyanús beteg kezelése.

Rizikó és pathomechanizmus

Az endocarditis-profilaxis során a rizikócsoportba tartozó betegeknél tervezett beavatkozás során, a következményes bacteriaemia megelőzésére antibiotikus védelmet biztosítunk.

Az első fontos kérdés, hogy milyen strukturális elváltozások jelentenek az endocarditis kialakulása szempontjából fokozott rizikót.

A szívbelhártya-gyulladás kialakulásának első lépcsője a sérült endothel kialakulása, mely erőteljes thrombogenesis-indukáló faktor. A kialakult steril thrombus a baktériumok megtapadásának lehetőségét nyújtja, ezáltal jön létre a fertőzött thrombus, azaz a vegetáció, melynek felületét vérelemezkek és fibrin borítják (3). A folyamat elindításához szükséges sérült endothel kialakulásában a nagy sebességű, turbulens áramlások, illetve thrombogen forrásként a beültetett idegen anyagok játszanak szerepet. Tehát azok a szívfejlődési rendellenességek, szívűtét utá-

ni állapotok jelentenek fokozott rizikót, ahol jet-hatás érvényesül vagy protézis/folt/graft beültetés történt.

Rizikócsoportok

Mindezek alapján a szívfejlődési rendellenességeket endocarditisrizikó szempontjából a következő csoportokba sorolhatjuk:

Magas rizikójú csoport:

- billentyűprotézisek, homograftok,
- korábbi endocarditis (strukturális szívhiba nélkül is),
- komplex cyanoticus szívfejlődési rendellenességek (egykamrás szív, nagyerek transzpozíciója stb.),
- beültetett söntök, conduitok.

Mérsékelt rizikójú csoport:

- egyéb szívfejlődési rendellenességek, melyek nem tartoznak a fenti és lenti csoportba,
- szerzett billentyűhibák,
- hypertrophiás cardiomyopathia,
- mitralis billentyű prolapsusa billentyűelégtelenséggel vagy vaskos billentyűvel.

Endocarditis-profilaxis nem szükséges (rizikó nem magasabb, mint a normális populációban):

- secundum típusú pitvari septumdefektus,
- ASD, VSD, ductus Botalli zárása után 6 hónappal (amennyiben reziduális sönt nincs),
- korábbi coronaria graft műtét,
- mitralis prolapsus billentyűelégtelenség nélkül,
- ártalmatlan (accidentalis) szívzörej,
- Kawasaki-szindróma után billentyű-diszfunkció nélkül,
- pacemaker- vagy defibrillátorbeültetés után,
- reumás láz után billentyűdiszfunkció nélkül,
- szívkatéteres vizsgálat.

* Elérhetőség: 1096 Budapest, Haller u.29., telefon: (06-1) 215-1220, munkahelyi mobil: 06-70/382-0305, fax: (06-1) 215-7441
e-mail: ablonczy@kardio.hu

Kórokozók

A fenti strukturális elváltozások megte-remthetik az endocarditis kialakulásának lehetőségét, ehhez speciális patogének véráramba kerülése is szükséges. Az endocarditist előidéző kórokozók gyakoriság szempontjából a következők:

- Streptococcus viridans csoport (szájflóra!),
- Staphylococcus aureus (leggyakrabban postoperatív sebfertőzés),
- HACEK csoport (Haemophilus specíesek, Actinobacillus, Cardio-bacterium, Eikenella, Kingella),
- Enterococcus (elsősorban faecalis – gastrointestinalis, illetve urogenitalis traktus), Pneumococcus (ritkán).

Lényeges szempont, hogy azok a beavatkozások, melyek ezen patogének bacteri-aemiáját okozzák, endothelium sérülés egyidejű fennállása esetén endocarditist indukálhatnak.

Beavatkozások előtti védelem

Mindezek alapján a következő beavatkozások esetén a mérsékelt és a magas rizikócsoporthoz tartozó betegek az alábbiak szerint antibiotikus védelemben részesülnek (4):

Fogászati és légúti beavatkozások:

- foghúzás, fogínyvérzés veszélyével járó fogászati beavatkozás,
- adenotomia, tonsillectomia,
- tályogok incisiója és drenálása,
- sinus maxillaris punkciója, antrotomia,
- bronchoszkópia merev eszközzel, bronchusbiopszia.

Antibiotikumadagok:

- Egy órával a beavatkozás előtt Amoxicillin (50 mg/kg per os) vagy 30 perccel a beavatkozás előtt Ampicillin (50 mg/kg iv.).
- Penicillinallergia esetén ugyanúgy egy órával a beavatkozások előtt Clindamycin (20 mg/kg per os) vagy Azithromycin (15 mg/kg per os) vagy Clarithromycin (15 mg/kg per os) vagy 30 perccel a beavatkozás előtt Clindamycin (20 mg/kg iv.).

Urogenitalis és gastrointestinalis beavatkozások:

- cisztoszkópia, uréterkatéterezés,
- urogenitalis sebészeti beavatkozások,
- bélbiopszia, sebészeti beavatkozások a colon területén, hasi sebészeti műtét purulens folyamatokban.



Antibiotikumadagok mérsékelt rizikójú betegek esetében:

- Amoxicillin (50 mg/kg per os) egy órával vagy Ampicillin (50 mg/kg iv.) 30 perccel a beavatkozás előtt.
- Penicillinallergia esetén 30 perccel a beavatkozás előtt infúzióban (1–2 óra alatt) Vancomycin (20 mg/kg).

Antibiotikumadagok magas rizikójú betegek esetében:

- Ampicillin (50 mg/kg iv./im.) és Gentamycin (1,5 mg/kg iv./im.) 30 perccel a beavatkozás előtt, majd Ampicillin (25 mg/kg im./iv.) vagy Amoxicillin (25 mg/kg per os.) 6 órával a beavatkozás után.
- Penicillinallergia esetén 30 perccel a beavatkozás előtt kezdve az infúziót (1–2 óra alatt) Vancomycin (20 mg/kg) és Gentamycin (1,5 mg/kg).

A fentiek alapján tehát ismételt hangsúlyozandó, hogy az endocarditis-profilaxis a rizikóbetegnek szigorú irányelvek alapján az előírt beavatkozásoknál meghatározott antibiotikum prevenció célzattal történő adását jelenti.

Végezetül néhány gondolat a rizikócsoporthoz tartozó betegek kezeléséről. A gyakorlatban legtöbbször tévesen értelmezett endocarditis-profilaxisként számoltalan esetben felesleges antibiotikus terápiára kerül sor. Amennyiben az infectív góc nyilvánvaló (légúti fertőzés, otitis, húgyúti infectio stb.), a rizikócsoporthoz tartozó betegek ugyanolyan elbírálást igényelnek, mint az egészséges populáció megbetegedései. Fontos hangsúlyozni, hogy például a

légúti infekciók kórokozói (vírusok, Moraxella, Haemophilus infl., Streptococcus pyogenes, Pneumococcus) csak ritkán okoznak endocarditist, és szinte sohasem akut endocarditis szindrómát.

Különös figyelmet a góc nélküli, elhúzó, magas lázzal járó állapot, az embolizációra utaló tünetek, illetve a keringési elégtelenség vagy a cardialis státusz korábbi megváltozása igényel. E cikk kereteit meghaladja az endocarditis infectiosa sokszor nehéz, kardiológiai osztályhoz kötött diagnosztikája (ismételt hemokultúra, echokardiográfia, Duke-kritériumok), illetve kezelése.

Összefoglalásként elmondható, hogy az endocarditis-profilaxis előírászerű alkalmazása nemcsak a terápiás beavatkozások kapcsán kialakuló endocarditis lehetőségét, de a felesleges antibiotikus kezelések számát is csökkenti.

Irodalomjegyzék

1. Van Hare GF, Ben-Shachar G, Liebman J et al: Infective endocarditis in infants and children during the past 10 years: a decade of change. Am.Heart J. 1984;107:1235–40
2. Morris CD, Reller MD, Menashe VD: Thirty-year incidence of infective endocarditis after surgery for congenital heart defect. JAMA, 1998; 279:599–603
3. Ferrieri P, Gewitz MH, Gerber MA, Newburger JW, Dajani AS, Shulman ST, Wilson W, Bolger AF, Bayer A, Levison ME, Pallasch TJ, Gage TW, Taubert KA: Unique features of infective endocarditis in childhood. Circulation 2002; 105:2115–2127
4. Dajani AS, Taubert KA, Wilson W, Bolger AF, Bayer A, Ferrieri P, Gewitz MH, Shulman ST, Nouri S, Newburger JW, Hutto C, Pallasch TJ, Gage TW, Levison ME, Peter G, Zuccaro G: Prevention of bacterial endocarditis. Circulation 1997; 96:358–366

Rációval a rezisztencia ellen

Felhívás légúti fertőzésben szenvedő gyermekek vizsgálatára

Kedves Házi Gyermekorvos Kolléganők, Kollégák!

Nemrég még javában tombolt a nyár, de tudjuk, hogy mindössze néhány hét és jönnek a hűvösebb, rosszabb, őszi napok. És velük együtt a hurutos légúti szezon, a náthás, torokfájós, köhögő gyermekekkel. Az őszi-téli szezonnal jönnek a régi, mondhatnánk örökzöld gondjaink is, a mindannyiunkban visszatérően megfogalmazódó kérdésekkel:

- Miért látunk sok olyan gyereket, akik szinte a tavasz beálltáig egyik légúti fertőzésből a másikba esnek?
- Jól állapítjuk-e meg, hogy mikor, kinek adjunk antibiotikumot?
- Mit tehetünk annak érdekében, hogy minél pontosabban tudjunk dönteni abban, kinek van vírusfertőzése és kinek baktérium okozta baja?

Ezek nem mindig könnyű kérdések. A házi gyermekorvosok közreműködésével azonban 2000–2001-ben készültek értékelhető felmérések, melyekből kiderült, hogy az antibiotikumrendelések túlnyomó többségére (közel 90 százalékára) felső légutak infekciói miatt kerül sor. Az elmúlt években a három leggyakoribb kórkép – nasopharyngitis, otitis media, sinusitis – adekvát ellátásáról, antimikrobás kezeléséről közlemények, protokollok jelentek meg. Szeretnénk felmérni, hogy megjelenésük nyomán történt-e pozitív irányú változás a légúti fertőzések kezelésében. Önként jelentkező házi gyermekorvosok segítségével szeretnénk adatokat gyűjteni arról, hogy napjainkban a légúti fertőzésekben milyen esetekben kerül sor antibiotikum felírására.

Az anonim kérdőív egyszerűen kitölthető egyoldalas „pillanatfelvétel” lesz a rendelőben megjelent gyermekről és elsősorban a kórelőzményekre, a vizsgálati státuszra, leletre kérdez rá. Szó sincs célzottan bármelyik antibiotikum szerepének felméréséről, magát az antimikrobás kezelést, annak indokait és nem a módját kívánjuk vizsgálni.

Kedves Kollégák! Kérjük, hogy aki kedvet érez ebben a mindannyiunk számára igen fontos felmérésben részt venni, jelentkezzen a Hírvivő Szerkesztőségében (HGYE 1136 Budapest, Tátra u. 52., e-mail: hgye@mail.datanet.hu, tel.: (06-1) 3300-900, fax: (06-1) 2380-388) „Rációval a rezisztencia ellen” jeligére.

DR. MÉSZNER ZSÓFIA
ORSZÁGOS GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZET

Új alternatíva a gyermekkori atópiás dermatitisz kezelésére

Dr. Béres Tünde, Novartis Hungária Kft.

Az atópiás dermatitisz (AD) vagy ekcéma gyakori bőrbetegség, amely a gyerekek 12–15%-át érinti már kora gyermekkorban. Az esetek körülbelül 70%-ában a betegség az első életévben kezdődik, 90%-ában az első 5 életéven belül. A 15. életévre a gyerekek 75%-a „kinövi” az ekcémát, bár néhányuknál életük későbbi szakaszában relapszus jelentkezik.

Az AD előfordulási gyakorisága az elmúlt három évtizedben folyamatos növekedést mutatott. Etiológiája multifaktoriális: genetikai predispozíció, környezeti és szociális-gazdasági faktorok valamennyien befolyásoló tényezők lehetnek. Környezeti és életmódtényezők (allergiák, extrém hőmérséklet-változás, szorongás, stressz stb) egyaránt súlyosbíthatják a betegség tüneteit.

A páciensek megközelítőleg 70%-ánál találtak saját vagy családtagjaik anamnézisében olyan atópiás megbetegedéseket, mint például az asztma, allergiás rhinokonjunktivitis, illetve AD, jellemzően megemelkedett szérum immunglobulin E szint kíséretében.

Az AD gyakorta megelőzi egyéb atópiás megbetegedéseket, mint a széna-nátha, ételallergiák, vagy anaphylaxiás reakciók (pl. rovarcsípések esetén) kialakulását, az életkor előrehaladtával így mintegy „atópiás menetelést” mutatva. Nemzetközi klinikai vizsgálatok vannak folyamatban annak eldöntésére, hogy az atópiás dermatitisz kezelésének elkezdése a beteg korai életszakaszában megakadályozhatja-e további atópiás mechanizmusú kórképek kifejlődését.

Az AD kiterjedése változó és korfüggő, tipikusan az arcot, az antecubitalis és a popliteális területeket, a csuklót és a kezeket érinti. Intenzív viszketés, a bőr kiszáradása, kipirosodása, vakaródzás-nyomok, súlyosabb esetben váladékozás, pörkösödés, impetigós bőrléziók jellemzők.

A betegség hatással lehet a gyermek fizikai teljesítőképességére, érzelmeire és

viselkedésére, szociális képességeire, önértékelésére és általános pszichológiai fejlődésére. A hatás nem korlátozódik pusztán a gyerekekre. Olyan tényezők, mint az állandó viszketés, bőrfertőzések, alvászavarok, viselkedési problémák, alacsony önértékelés, továbbá növekedési és fejlődési problémák mind a gyermeket, mind a családot hátrányosan érintik.

A pimecrolimusnak jelentős potenciálja van a gyulladásozó bőrbetegségek lokális kezelésében. Hatékonyan blokkolja a T-sejt aktivitást, és megakadályozza a gyulladásozó citokinek szintézisét. Alkalmazása során tapasztalt mellékhatások átmeneti jellegűek, általában enyhe, vagy mérsékelt fokúak. A pimecrolimus nem okoz bőratrófiát. Ez mindenképpen előny

a külsőleges kortikoszteroidokkal szemben, főként, ha hosszú távú alkalmazásban gond-



Mindezek miatt kulcsfontosságú az idejében elkezdett, célzott terápia. A gyermekkori AD standard kezelése az utóbbi 50 évben bőrpuhító szerekből, illetve külsőleg alkalmazott kortikoszteroidokból állt. A kortikoszteroidok eredményesek ugyan, ám hosszabb idejű használatuk kerülendő a hozzájuk kapcsolódó helyi és szisztémás mellékhatások miatt (pl. bőratrófia és a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely suppressio).

A kifejezetten a gyulladásozó bőrbetegségek kezelésére kifejlesztett Elidel (pimecrolimus krém 1%) ascromycin származék, egyike az immunmoduláló makrolaktámok új osztályának. A T-sejt-, és masztocita-aktivációt gátolja.

Az Elidel 2 éves vagy ennél idősebb, enyhe vagy közepes súlyú atópiás dermatitiszben (ekcémában) szenvedő betegek tüneteinek rövid távú kezelésére, vagy a tünetek megelőzésére való tartós intermitáló kezelésre javasolt.

dolkodunk, illetve olyan érzékeny bőrterületeken, mint az arc, a nyak vagy a genitális területek. A pimecrolimusról bizonyosodott, hogy igen alacsony a szisztémás felszívódása még hosszú távú kezelés alatt is, és nem befolyásolja a szisztémás immunreakciókat (pl. védőoltások). A szignifikáns gyulladásozó aktivitás és immunmoduláló képesség, valamint a kedvező mellékhatás-profil miatt a pimecrolimus ideális oki terápia a gyermekkori atópiás dermatitisz kezelésében.

Referenciák:

1. AK Gupta et al: Pimecrolimus. A review. JEADV -2003: 17, 493–503.
2. D Whalley et al: The benefit of pimecrolimus (Elidel, SDZ ASM 981) on parents' quality of life in the treatment of pediatric atopic dermatitis. Pediatrics-Vol 110 No 6. Dec 2002.
3. Elidel- Alkalmazási előírás. OGYI. 18.147/40/2003



Pszichiátriai esték

Az elmúlt oktatási évben Budapesten szervezett, nagy sikerű gyermekkardiológiai képzés mintájára 2004/2005-ben havonta egy alkalommal akkreditált gyermek-pszichiátriai esetmegbeszéléseket szervezünk. Az első továbbképzésre várhatóan november második felében kerül sor. A megbeszélések témáiról, pontos időpontjáról és a helyszínről következő számunkban adunk részletes tájékoztatást.

A MAGYAR GYERMEKORVOSOK TÁRSASÁGA

2004. október 7-9. között

Debrecenben rendezi meg idei Nagygyűlését.

A tudományos ülés helyszíne:
DE OEC Elméleti Tömb.

Praxisok

- **Székesfehérvártól és a Balatontól is 15 km-re, Polgárdiban** 1300 fős gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet a 06-20/334-9879-es telefonszámon.
- **Szentesen** területi ellátási kötelezettségű házi gyermekorvosi praxis működtetési joga eladó. A praxis önkormányzati tulajdonú, egyedülálló kertes házban működik. Kártyaszám: 1000. Érdeklődni lehet: 06-30/278-8942.
- **Vas megyében, Bükföldön** házi gyermekorvosi praxisjog eladó 2005. szeptembertől. Központi ügyelet, szolgálati lakás van. Érdeklődni az esti órákban a 06-70/220-4248-as telefonszámon lehet.

Május végén zajlott a 38 orvosszakmai kollégium választása. A kollégium tagságát választott tagokon kívül az egyetemek és a Magyar Tudományos Akadémia által közvetlenül delegált személyek, valamint az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter által felkért személyek alkotják.

A Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium elnöke: *Dr. Tulassay Tivadar*.

Tagjai:

<i>Dr. Arató András</i>	<i>Dr. Oroszlán György</i>
<i>Dr. Békefi Dezső</i>	<i>Dr. Rubecz István</i>
<i>Dr. Bodrogi Tibor</i>	<i>Dr. Soltész Gyula</i>
<i>Dr. Czinner Antal</i>	<i>Dr. Sólyom Enikő</i>
<i>Dr. Fekete György</i>	<i>Dr. Sólyom János</i>
<i>Dr. Harmat György</i>	<i>Dr. Sulyok Endre</i>
<i>Dr. Katona Márta</i>	<i>Dr. Tekulics Péter</i>
<i>Dr. Molnár Dénes</i>	<i>Dr. Túri Sándor</i>
<i>Dr. Madácsy László</i>	<i>Dr. Újhelyi János</i>
<i>Dr. Nagy Béla</i>	<i>Dr. Várkonyi Ágnes</i>
<i>Dr. Oláh Éva</i>	<i>Dr. Verebely Tibor</i>

A Háziórvostani Szakmai Kollégium elnöke:

Dr. Hajnal Ferenc.

Tagjai:

<i>Dr. Balogh Sándor</i>	<i>Dr. Komáromi Zoltán</i>
<i>Dr. Csalay László</i>	<i>Dr. Kovács Lajos</i>
<i>Dr. Dobai Csilla</i>	<i>Dr. Kozma Anna</i>
<i>Dr. Dobos Éva</i>	<i>Dr. Magyar Anna</i>
<i>Dr. Éger István</i>	<i>Dr. Nagy Lajos</i>
<i>Dr. Füredi Gyula</i>	<i>Dr. Palla Sándor</i>
<i>Dr. Garay Erszébet</i>	<i>Dr. Péntes János</i>
<i>Dr. Hidas István</i>	<i>Dr. Rurik Imre</i>
<i>Dr. Huszár András</i>	<i>Dr. Sirák András</i>
<i>Dr. Ilyés István</i>	<i>Dr. Szabó János</i>
<i>Dr. Kalabay László</i>	<i>Dr. Végh Mária</i>

FIGYELEM!

2004. szeptember 1-től hatályba lép a 14/1994. (VI.24.) MKM rendelet módosítása. E rendelet 5. sz. melléklete egy új adatlap, melynek kitöltése a házi gyermekorvos/házi orvos feladata. Az adatlapot az 5 éves korban végzendő status vizsgálat során a területi védőnővel együttműködve kell kitölteni, majd az iskola/óvoda-egészségügyi dokumentációhoz kell mellékelni.



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

HírVIVŐ

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: **IAART studio**
A címlapon: Málits Vanessa Belső fotók: dr. Rotyis György