

XVII. évfolyam ■ 2012. március



ÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



Végiggondolták ezt?

Nem jó a gyermekorvosok közérzete. Semmilyen orvosnak sem jó a közérzete ma Magyarországon. Miért? Mert válság, pénzihiány, miegymás. A gondok kisebb részét rövidebb, nagyobb részét csak hosszabb idő alatt lehet megszüntetni. Látunk ugyan biztató jeleket, de a fejlesztés meghatározó részleteit „balladai” homály fedi.

A Semmelweis Terv – helyesen – az alapellátás prioritását deklarálta, aminek a szerepe a növekvő szakorvoshiány és kórházi-szakrendelői átalakítások miatt napjainkra amúgy is átértékelődött. Ebben a helyzetben a gyermekorvosi alapellátást érintő változások is nagyobb jelentőséggel bírnak. De nem igazán tudjuk, hogy lesznek-e változások, és ha igen, milyenek. Az információk csak szivároogva érkeznek, a nyilvánosságra kerülő rendeletek meg mintha nem lennének részleteikben is átgondolva.

Itt van mindjárt a praxisjog megújítása, a praxisalap létrehozása, amiért évek óta küszködünk. Az új szisztéma a belépni szándékozó fiatalok praxisához jutását segíti, ami áttételesen a kilépni akarók helyzetén is javíthatna. Ha! Ha lennének egyáltalán fiatalok, ha volna egyáltalán házi gyermekorvosi utánpótlás, ha lenne átgondolt praxisgazdálkodás, ha volna valóban praxisfejlesztés. Ha a jogszabályok méltó kárpótlást biztosítanának azon kollégáknak is, akiknek praxisát alacsony gyermeklétszámuk miatt nem továbbörökíteni, hanem megszüntetni kellene. Ha megkülönböztetett finanszírozást kaphatnának a nehéz körülmények között élők ellátását vállaló – de egyelőre sehol nem lévő – kistérségi praxisok.

Vagy itt vannak az új gyermekorvosi indikátorok! A teljesítményértékelés bevezetésének elve helyes, hiszen az ellátás javítását és az igazságosabb pénzelosztást szolgálhatná. De szolgálja-e valóban? Az eddigi tapasztalatok szerint nemigen. Az indikátorok szakmai tartalma támogatható, de a rendszer gyakorlatilag érthetetlen és igazságtalan eredményeket produkál, és a juttatás így esetleges. Már csak ezért sem tekinthető eddig egyetlen megismert teljesítményfinanszírozási módozat sem – amint azt az utóbbi hetekben állítják – az alapellátásban elmaradt béremelés alternatívájának.

Rossz a közérzetünk azért is, mert bizonytalanság övezi a szakfelügyeleti rendszer küszöbönálló átszervezését is. A mai házi gyermekorvosi szakfelügyelet 10 éves, kitarító érvelésünk eredményeképpen jött létre, és – szerintünk – erősítette a területi gyermekorvosi ellátás helyzetét. Megszüntetése intézményi lehetőségeinket szűkíti, és ez az egészségpolitikai vezetés felelőssége.

Változatlanul talány, hogy ki látja el 10 év múlva az unokáinkat. Feltételezve a jó szándékot kérдем: át vannak itt igazán gondolva a dolgok?

Dr. Hami King

TARTALOM

- Korai fejlesztés –
mindenkinek elérhető? . . . 2–7
- Az új indikátorokról 8–9
- Nem kerültünk napirendre . . . 9
- Ide nekünk a serdülőket! . . 11
- Komplementer és alternatív
medicina (CAM) 13–15
- A HPV-vakcinációról . . . 17–18
- Számítógépes
diagnóziskereső 18
- Az év orvosa 21
- Új honlapja van
a HGYE-nek 23
- Eladó praxisok 24

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2012-ben:



A fogyatékoság és az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei a korai életszakaszban*

Kereki Judit

közgazdász, gyógypedagógus, ELTE, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar

„Néha felmerül bennem, hogy gondolkodik-e a gyereken valaki, vagy csak egy költségvetési tényező egy kódszámmal, ami azonnal nem termel GDP-t. Mert az, hogy negyven év múlva fog GDP-t termelni, amikor nem egy elfekvőben fekszik, hanem dolgozni tud, az momentán senkit nem érdekel.”¹

BEVEZETÉS

Hazánkban a csökkenő születésszám mellett évről évre nő a sérülten született, a későbbiekben eltérő fejlődésűnek, viselkedésűnek mutatózó vagy a fejlődési zavar szempontjából veszélyeztetett gyermekek aránya. Az érintett gyermekek és családjaik a gyermek 0–5(6) éves koráig a kora gyermekkori intervenció rendszerében kapnak segítséget, ellátást, támogató szolgáltatást.² A kora gyermekkori intervenció a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve a minősítésen és diagnosztizáláson át magában foglalja a különböző terápiás, illetve a gyógypedagógiai fejlesztő és tanácsadó tevékenységet is. A gyermek állapotának, egyedi szükségleteinek, fejlődésének figyelembevétele mellett a családra és a környezetre egyaránt fókuszál, szemléletében kiemelten hangsúlyos a prevenció elem.

A korai életszakasz kitüntetett figyelmet érdemel a fejlődés folyamatában, hiszen a születéstől, de inkább a fogantatástól számított első néhány évben a gyerekek olyan gyors ütemben és mértékben fejlődnek, amely egyetlen későbbi életszakasszal sem

hasonlítható össze (Shonkoff–Phillips 2000). A kognitív funkciók kiépülése, a viselkedés, a szociális, önszabályzó képességek kialakulása, az érzelmi biztonság és a fizikai egészség megalapozása ebben az időszakban zajlik. Ugyanakkor a gyerekek egészséges fejlődését számtalan tényező veszélyeztetheti: a biológiai, egészségügyi károsodások mellett a kedvezőtlen szociális, környezeti feltételek, az érzelmi, pszichés „sérülések”, illetve ezek együttes hatása. Az érintett gyermekek életlehetőségeit (és családjuk helyzetét) döntően befolyásolja, hogy időben felismerik-e a problémájukat, bekerülnek-e minél hamarabb a korai ellátórendszerbe és megkapják-e a számukra megfelelő szolgáltatást, hiszen így nagyobb eséllyel tudják leküzdeni hátrányaikat, minőségileg jobb életre számíthatnak. Az egyén és a család érdekében kívül azonban a társadalompolitikai tényezőket is érdemes figyelembe venni, hiszen a morális felelősségvállaláson túl nem mehetünk el olyan gazdasági megfontolások mellett sem, amelyek hangsúlyt fektetnek a preventív jellegű szolgáltatások későbbi költségcsökkentő hatásaira. A korai életkorban kezeletlen problémák következményeinek kompenzálása az életút során sokkal nagyobb anyagi ráfordítást igényel a társadalomtól, mint amennyit a kora gyermekkori intervenció rendszerének hatékony működésébe kellene fektetni.

Bármilyen szintről közelítjük is meg a kora gyermekkori intervenció kérdését, a rendszer működésének ismerete, és az érintett populáció „láthatóvá” tétele meg-

kerülhetetlen. Ezt a munkát végezte el 2008-ban a TÁRKI–TUDOK Tudásmenedzsment és Oktatáskutató Központ Zrt., a Korai Intervenciók Központok Fejlesztése c. programja keretében.³ Jelen tanulmány a kutatás adatbázisaira támaszkodva a fogyatékoság kérdését elsősorban a gyermekek és családjuk oldaláról közelíti meg, egyrészt területi (regionális) vizsgálódások mentén, másrészt azokra a társadalomstatistikai, demográfiai háttértényezőkre helyezve a hangsúlyt, amelyek befolyásolhatják a veszélyeztetettség kialakulását, hátráltathatják az ellátásba kerülést.⁴

AZ ELLÁTÁSHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEI

Nincs pontos információnk arról, hogy hány gyermeknek lenne szüksége a kora gyermekkori intervenció ellátásra, s mennyien vannak azok, akik valóban megkapják a megfelelő ellátást/szolgáltatást. Az elvégzett vizsgálat az elérhető statisztikák, korábbi kutatási eredmények, a nemzetközi gyakorlatban tapasztalható prevalenciaértékek, illetve a kutatásból nyert információk alapján próbálta megbecsülni a Magyarországon kora gyermekkori intervenció ellátásra szoruló és abban részt vevő gyermekek számát. A kutatás során a 0–6 éveseket tekintettük a vizsgálat célcsoportjának. Az érintett populáció nagyságát az is befolyásolja, hogy mennyire tekintjük a csoport tagjainak azokat a gyerekeket, akiknél ugyan felmerül a későbbi fejlődési elmaradást valószínűsítő kocká-

* A TÁRKI Társadalmi Riport c. kötetének (2010., Budapest, szerkesztette Kolosi Tamás – Tóth István György) 348–371. oldalán megjelent tanulmány rövidített változata

1 Szülői interjúrészt

2 A kora gyermekkori intervenció fogalmát abban az értelemben használom, mely tartalmában minden olyan időben nyújtott cselekvést és beavatkozást felölel, amelyben a hat évnél nem idősebb, sajátos nevelési igényű gyermek és családja részesül. Az OECD-oroszágok többségében a sajátos nevelési igényű (SNI) kategóriába a hátrányos helyzetű gyerekeket is besorolják. Magyarországon ez nem így van, a hátrányos helyzet nem képez külön SNI-kategóriát, bár a sajátos nevelési igényű gyerekek nem kis része hátrányos helyzetű is egyben. (Csányi 2008)

3 A kutatás során a rendszer valamennyi szereplőjét próbáltuk elérni. A területi védőnők körében on-line kérdézetet végeztünk, a visszaküldött 600 kérdőív alapján sikerült biztosítani a minta reprezentativitását. A postai kérdőívvel megkeresett 150 korai ellátást, szolgáltatást végző intézmény kétharmada válaszolt. Az érintett gyermekek szüleit adatvédelmi okokból anonim módon, a közvetítő intézmények segítségével tudtuk csak elérni, ez nem biztosította a minta reprezentativitását. Mindezzel együtt 830 szülő válaszolt postai kérdőív útján, 130 érintett szülőt on-line kérdőívvel értünk el. Közel nyolcvan interjú készítettünk orvosokkal, védőnőkkel, a komplex diagnózist végző szakértői bizottságok, a perinatális/neonatális centrumok, illetve az ellátó intézmények vezetőivel, önkormányzati dolgozókkal, szakpolitikusokkal, szülőkkel. Tucatnyi fókuszcsoporthoz beszélgetést szerveztünk a szülők, védőnők, orvosok, intézményvezetők körében. A kutatás eredményét egy zárótanulmány összegzi (Kereki–Lannert 2009a), és egyes részeit több szakmai cikk mutatja be (Kereki–Lannert 2009b; Kereki 2009, 2010).

4 A probléma körbejárását egyrészt a szülőkkel, a védőnőkkel, az intézményvezetőkkel felvett kérdőívek, interjúk, másrészt statisztikai adatbázisokból (Központi Statisztikai Hivatal, Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ – OSZMK, Nemzeti Fejlesztési Ügynökség Leghátrányosabb Helyzetű Kistérségek – NFÜ LHH) nyert információk segítik. A szülők esetében a reprezentativitás biztosíthatóságának akadályai miatt minden megállapítás csakis a válaszadókra vonatkozik.

zati tényező, de a fogyatékoság ténye vagy gyanúja nem.

A becslés tehát többféle szempontot figyelembe véve próbált törekedni a teljességre, s ezek alapján megállapítható, hogy a kora gyermekkori intervenciók ellátására szoruló 6 éven aluli gyerekek száma alsó becsléssel közelítve mintegy 9–10 ezerre tehető, s közülük kb. 5–6 ezer részesül intézményes ellátásban (Kereki-Lannert 2009a). A gyerekeknek majdnem 40%-a nem kapja meg a számára szükséges ellátást/szolgáltatást. A beiskolázási korban megugró SNI-létszám, amely az óvoda utolsó évéhez képest az iskolába kerülés után kohorszónként durván 40%-os emelkedést mutat, szintén azt jelzi, hogy valószínűleg az ellátásba időben be nem jutott gyerekek nagy része bukkan fel a közoktatásban újonnan diagnosztizált, sajátos nevelési igényű gyermekként.

A védőnők kiugróan magasnak ítélik meg az ellátó/szolgáltató rendszeren kívül rekedő gyermekek arányát az észak-magyarországi régióban, ahol adataik alapján majdnem 60%-os ellátatlansági arány becsülhető, legjobb helyzetűnek pedig a nyugat-dunántúli régiót tartják, ahol a gyerekek majdnem háromnegyede megfelelő ellátásban/szolgáltatásban részesül. (Lásd 1. ábra.)

A mutatókat tekintve elsősorban Észak-Magyarország tekinthető problémás régiónak, de Észak-Alföld (ezen belül is Hajdú-Bihar megye) és Dél-Dunántúl (különösen Somogy megye) helyzete is elgondolkodtató. Ugyanakkor az intézményes ellátást tekintve, jól láthatóan a Közép-Magyarországi régió, és mindenekelőtt Budapest az, amely dominálja a kora gyermekkori intervenciók ellátás terepét. Az egyenlőtlen kínálat eredményeképpen Budapestnek óriási az elszívó hatása: a kora gyermekkori intervenciók szolgáltatásokat igénybe vevő gyerekek 55%-a a fővárosban kapja meg az ellátást, miközben a 0–4 éves korú népességnek csak 16%-a él itt. A Nyugat-Dunántúlon Vas megyének, a Dél-Dunántúlon Baranya megyének, a Dél-Alföldön Csongrád megyének vannak még jó mutatói az intézményes ellátást tekintve, kompenzálva a környező területek esetleges ellátásbeli hiányosságait is.

A RENDSZEREN KÍVÜL REKEDTEK ÉS A KÉSŐN BEKERÜLŐK

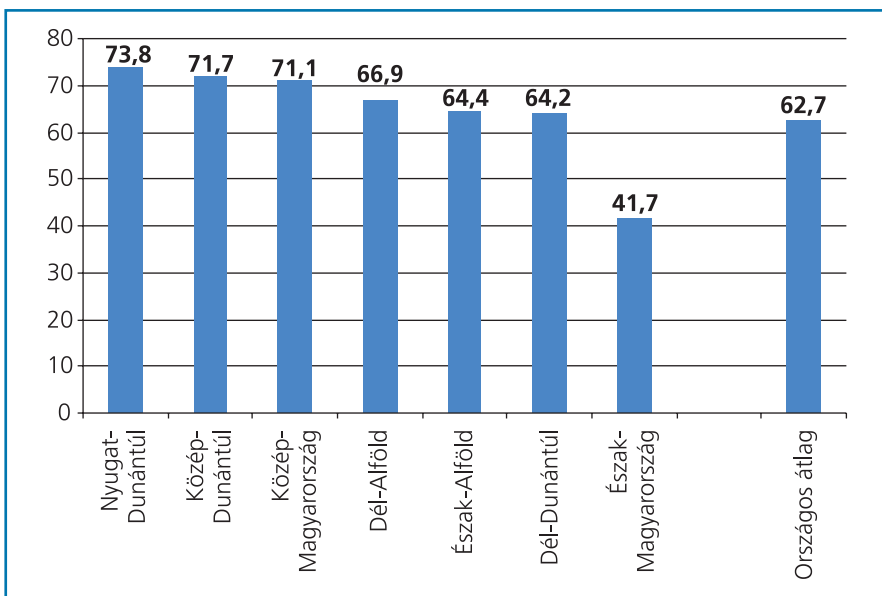
Többféle tényező befolyásolhatja, hogy miért nem kerülnek be, vagy miért nem időben kerülnek be a korai ellátó rendszerbe azok a gyerekek, akiknek szükségük lenne rá.⁵ Az egy területi védőnő által gondozott családok átlagos száma a közép-

magyarországi régiót követően Észak-Alföldön és Észak-Magyarországon a legmagasabb. A gondozott gyermekek magas számához képest a gondozott várandós anyák száma Észak-Magyarország (és mellette Észak-Alföld) esetében a legalacsonyabb. A jelenséget csak kis részben magyarázhatja, hogy ezekben a régiókban magasabb a családokban az átlagos gyerekszám, mivel e téren a különböző régiók között viszonylag csekély eltérés tapasztalható. Lehetséges, hogy az itt élők körében az egészségtudatosság szintje alacsonyabb, több az elhanyagolt várandósság, s a várandós nők kevésbé jelennek meg a rendszerben. Az időben nem észlelt várandós állapotok mögött egy másik lehetséges ok is meghúzódhat, mégpedig a védőnői ellátásban kimutatható területi egyenlőtlenség, ami kihat a terhesgondozási (és a csecsemőgondozási) feladatok ellátási szintjére is.

A területi védőnői ellátáshoz való hozzáférést korlátozhatja: az ellátandó települések száma; a tartós helyettesítéssel ellátott körzetek száma; a fokozott munkaterhet jelentő vegyes (iskolai ellátási feladatokkal is társuló) körzetek ellátásának kötelezettsége; az ellátandó gondozottak, családok, gyerekek, illetve a fokozott gondozást igénylők száma (Odor 2007). Az országos statisztikák szerint a felsorolt indikátorok alapján az észak-alföldi, az észak-magyarországi, a dél-dunántúli, illetve a dél-alföldi régiókban biztosítható legkevésbé a védőnői feladatok megfelelő szintű ellátása, tehát éppen azokban a régiókban, ahol a 718 halmozottan hátrányos helyzetű település is található. Bár a területi védőnői jelentések alapján az országosan nyilvántartott, gondozott családok több mint 10%-a (nagyjából 70 ezer család) él a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben, a települések felében nincs szervezett védőnői ellátás, mint ahogy ugyanennyi településen házi gyermekorvos és háziorvos sem működik.⁶

Ez azt jelenti, hogy az említett területeken, a kora gyermekkori intervencióban olyan fontos primer és szekunder szintű prevenció, mint pl. az egészséges életvezetés támogatása, a családtervezési módszerek alkalmazása, illetve az anya és a magzat egészségének védelme, a veszélyeztetettség, a szövődmények megelőzése, időben való felismerése, a fejlődési

1. ábra Korai ellátásban részesülő gyermekek becsült aránya a rászorulókhhoz képest régióként, 2007 (%)



Forrás: TÁRKI-TUDOK – FSZK kutatás – Védőnői adatbázis

5 Sajnálatosan éppen az ellátásból kiszorult gyerekekről és családjaikról tudunk meg legkevésbé, hiszen a populációnak csak olyan tagjait értük el, akik a kora gyermekkori intervenció intézményrendszerében valahol felbukkantak. (Ráadásul a szülői válaszadók közül jócskán felülreprezentáltak a magasabb iskolai végzettségűek.)

6 Észak-Magyarországon, ahol a legtöbb hátrányos helyzetű kistépelülés található (260), több mint 60%-ukban, a dél-dunántúli 216 település 70%-ában, az észak-alföldi 194 település majdnem felében nem érhető el a megfelelő védőnői szolgáltatás. Ezekben a területeken a szociális szolgáltatások elérhetősége sem biztosított. A települések kevesebb mint felében nem jut el családsegítő, a gyermekjóléti szolgálat a települések kétötödében van jelen, bölcsőde vagy napközbeni alternatív gyermekfelügyelet 7%-ukban található. (Alapadatokat lásd OSZMK statisztika, NFÜ LHH adatbázis.)

rendellenességek kialakulásának megelőzése, nem működik elég hatékonyan.

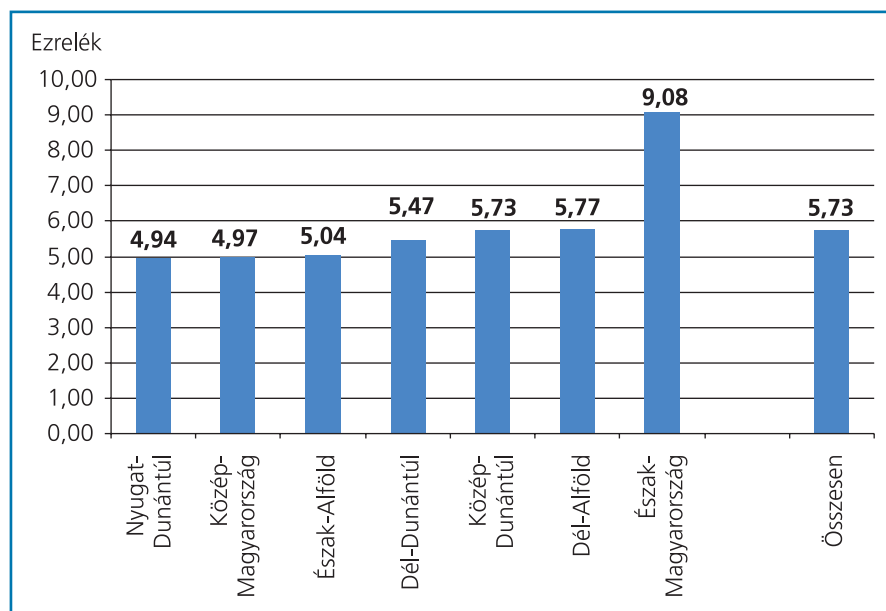
A szociálisan hátrányos helyzet olyan kockázati tényezőket hordoz magában, amelyek az édesanyán keresztül a magzat fejlődését erőteljesen befolyásolják. Az alacsony szocioökonómiai státuszú családokban az anya kedvezőtlen egészségi állapotából, életmódjából, alutápláltságából, az életvitelből fakadó testi-lelki megterhelésekből következően nagyobb eséllyel jönnek világra kis súlyú újszülöttek. Számos kutatás igazolta, hogy minél korábban és minél kisebb súllyal születnek a kisbabák, annál nagyobb valószínűséggel alakul ki náluk valamilyen fogyatékoság, de legalábbis későbbi tanulási zavar, nehézség. A csecsemőkor halálozások halálloki struktúrájáról pedig azt tudjuk, hogy a leggyakoribb halálokok elsősorban az alacsony születési súllyal függenek össze (közel 60%-ban), ezt követik a veleszületett rendellenességek, genetikai elváltozások (mintegy 25%-ban) (Valek 2009). Mindezek olyan tényezők, amelyek megfelelő szintű prevencióval csökkenthetőek lennének.

A születéskor alapvető fontosságú testi, kognitív és pszichoszociális fejlődés méréséhez hazánkban is a csecsemőhalandóság és az alacsony születési súly alapindikátorokat használják (Tornai 2007). Ha megnézzük ezeket a témánk szempontjából releváns, a társadalmi-gazdasági különbségekre is érzékeny gyermek-egészségügyi mutatókat, éppen a korábban említett régiókban, különösen Észak-Magyarországon, de az Észak-Alföldön is nagyon kedvezőtlen értékeket találunk. Azt látjuk, hogy Észak-Magyarországon (elsősorban Borsod-Abaúj-Zemplén megyében) a legmagasabb három év átlagában az ezer élve születésre vetített csecsemőhalandóság, és ehhez hasonlóan itt a legmagasabb a kis súlyú újszülötteknek az élveszületésekre vetített átlagos aránya is. (Lásd 2/a és 2/b ábra)

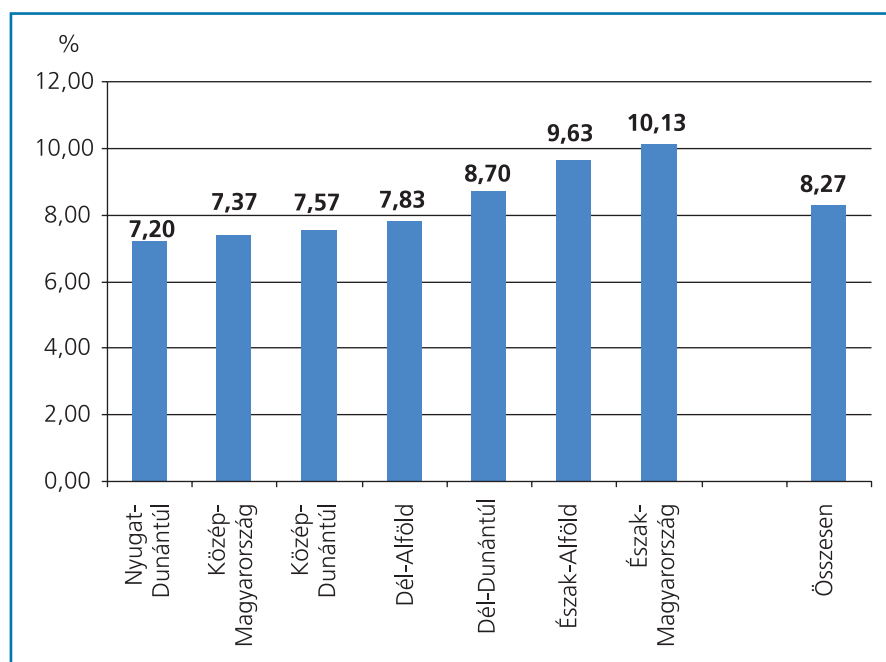
Az anya iskolai végzettségének függvényében vizsgálva ugyanezeket a mutatókat, szintén jellemző összefüggéseket találunk. A csecsemőhalálozás és a kis súlyú születések arányainak átlagai ellentétes irányú kapcsolatot mutatnak az anya iskolázottságával. Gyakorlatilag a legalacsonyabb iskolázottsági kategóriába tartozó anyának háromszor nagyobb eséllyel hal meg a kisbabája, és két és félszer nagyobb valószínűséggel jön világra kis súlyú újszülöttje, mint a felsőfokú végzettségű anyának (3/a és 3/b ábra).

Az anya életkora rizikófaktoraként jelenik meg a csecsemőhalálozás és az alacsony születési súly előfordulása tekintetében.

2/a ábra Csecsemőhalandóság ezer élve születésre régióként (2006–2008 átlaga)*



2/b ábra Alacsony születési súlyúak az élve születések arányában régióként (2006–2008 átlaga)**



Forrás: *KSH STADAT, illetve az **ESKI-adatbázis alapján saját számítás

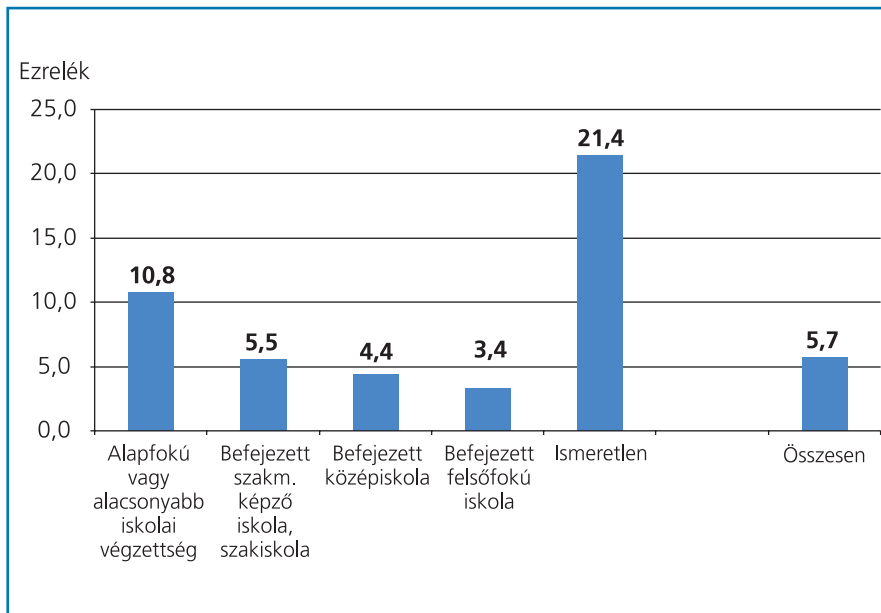
A 19 éves kor alatti és a szülőképeségük határán lévő anyák újszülöttjeinél az átlagosnál jóval nagyobb arányban fordul elő, hogy végzetes sérülésekkel vagy alacsony testsúllyal (koraszülöttként) jönnek a világra.

Észak-Magyarországon jóval magasabb arányban szülnék a fiatal anyák (36,7%), majdnem kétszerese ez az érték az országos átlagnak (19,7%), de Észak-Alföldön (29,5%) is jelentősen meghaladja azt. (4. ábra)

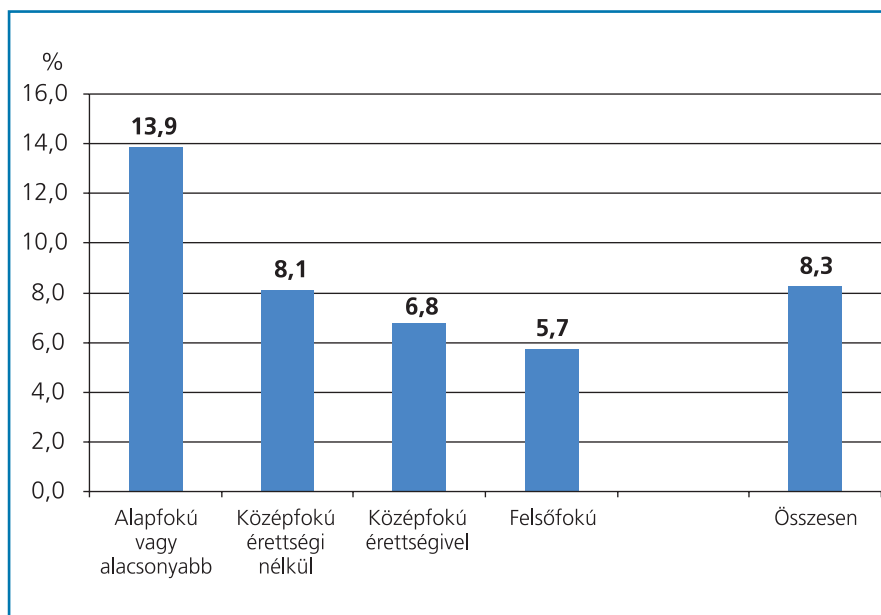
A hátrányos helyzetű régiókban, elsősorban Észak-Magyarországon nagyobb

azoknak a kockázati tényezőknek az előfordulási valószínűsége, amelyek a magzati fejlődést kedvezőtlenül befolyásolják és/vagy a későbbi fejlődés során fejlődési zavar, veszélyeztetettség vagy fejlődési elmaradás formájában manifesztálódnak. Több szinten is összekapcsolódó prevencióval, megelőző tájékoztatással, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosításával, a szakember-kapacitás növelésével, a jelzőrendszer szervezettebb működtetésével, a szűrések megfelelő színvonalú elvégzésével ezek a kockázatok csökkenthetőek lennének.

3/a ábra Csecsemőhalandóság az anya iskolai végzettsége szerint ezer élve születésre vetítve (2006–2008 átlaga)*



3/b ábra Alacsony születési súlyúak az élve születések arányában az anya iskolai végzettsége szerint (2006–2008 átlaga)**



Forrás: *KSH Tájékoztatói adatbázis, illetve **Ferge–Darvas (szerk. 2010) alapján saját számítás

Nemcsak a megelőzés, az alapellátáshoz való hozzáférés vonatkozásában, hanem a probléma felismerésének szintjén is regionális egyenlőtlenségeket tapasztalunk. A védőnők beszámolóiban az észak-alföldi és az észak-magyarországi szülők észlelték legalacsonyabb arányban gyermekük problémáját, ami szintén utalhat a tudatosság alacsonyabb szintjére, de az információhoz való hozzáférés nagyobb akadályozottságát is jelezheti. Úgy tűnik, a kevésbé tudatos, illetve az információhoz való hozzáférés szempontjából is esélytelenebb

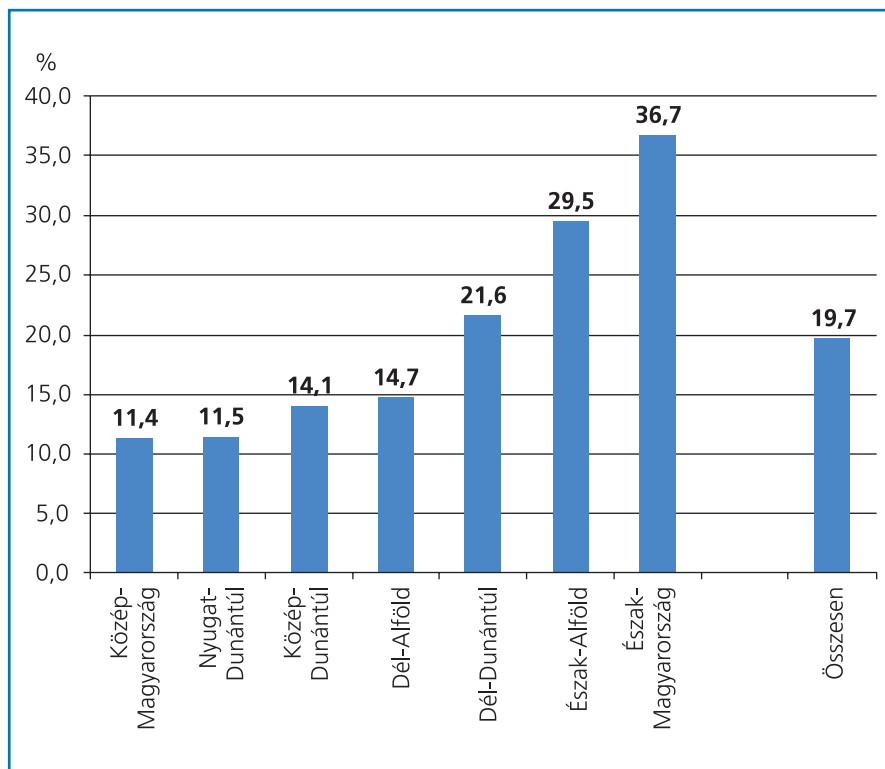
szülőket a rendszer sem segíti, hiszen a védőnők is ebben a két régióban észlelték legkevésbé a bajt. A fókuszcsoportos beszélgetésekből kiderül, hogy ha a védőnők észlelik a problémát, többször beleütköznek az orvos várakozásra intó hozzáállásába, aki nem elég tájékozott a felismerésben és/vagy a terápiás, fejlesztő eljárásokban rejlő lehetőségeket nem ismeri. A védőnők szerint a szakorvosi vizsgálatok aránya is az említett régiókban volt legalacsonyabb (különösen Észak-Magyarországon), miközben a szakdiagnózis felállítása, de leg-

alábbis a szakorvosi gyanú megfogalmazása továbblépést jelenthetne a rehabilitációs/rehabilitációs segítségnyújtás megkezdésének irányába. Megjegyzendő, hogy az országos statisztika szerint a szakorvosi ellátottság az észak-magyarországi régióban a legkedvezőtlenebb, 439 gyermek jut egy szakorvosra, a többi régióban 163–260 fő között mozog ez a létszám. Ugyancsak jellemzően az észak-magyarországi régió az, ahol a gyerekek a legalacsonyabb arányban kerülnek a szakértői bizottság elé, amelynek komplex diagnózisa révén kaphatnának a pedagógiai vagy a szociális intézményhálózatban szükségleteiknek megfelelő fejlesztő, illetve terápiás ellátást.

Adódik a kérdés, hogy azok a gyerekek, akiknél mégis felmerült a fejlődési elmaradás vagy a fogyatékos gyanúja, miért nem jutottak el a szakorvosi beutalásra vagy a korai terápiás, fejlesztő ellátásba. A védőnők szerint a családok számára a legnagyobb akadályt mindenhol az anyagi okok és a közlekedési nehézségek jelentik. A hozzáférés tényezőit regionálisan összevetve azt találjuk, hogy az anyagi megterhelést az észak-alföldi védőnők – a szülői vélekedésekkel teljesen összhangban – nagyobb gondnak tartják, mint a többi régióban. A közlekedés nehézségei leginkább Dél-Dunántúlon okoznak problémát. A szülői gondatlanság megítélése is szignifikánsan különbözik régióként. Észak-Magyarországon a gondatlanságot a többi régióhoz képest jelentősebb problémának tartják, de ez a tényező gyakorlatilag az összes hátrányos helyzetű régióban az átlagosnál nagyobb szerepet játszik.

A környezet jelentős hatást gyakorol a gyermek fejlődésére. Az alacsony társadalmi státusz többféle környezeti tényezőt keresztül fejt ki hatását, nem csak az anyagi forrásokra van befolyása, összefüggést mutathat többek között a stresszeli életesemények előfordulásával, az ösztönzés szintjével, a fejlődést segítő tárgyak, élmények jelenlétével. Korábbi vizsgálatok szerint az alacsony szocio-ökonómiai státusz jellemzően kevésbé optimális szülő-gyermek interakcióval, alacsonyabb stimulációs szinttel jár együtt (Ribiczey 2010). Az elmaradások a szociális, az érzelmi, a kognitív és a nyelvfejlődésbeli funkció szintjén egyaránt jelentkezhetnek, már négyéves korban hátrányt mutatva a kedvezőbb helyzetű kortárscsoportéhoz képest, amely hátrány megfelelő beavatkozás híján az életkor előrehaladtával nő. A veszélyeztetett gyerekek egy része a beiskolázáskor jelenik meg először a rendszerben, kerül szakértői bizottság elé, s kapja meg a sajátos nevelési igényű kategóriát a fejlődés zavara okán. Kutatásunk fókuszcsoportos

4. ábra A 19 év alatti anyákra jutó élve születések aránya régióként (2006–2008 átlaga)



Forrás: ESKI-adatbázis alapján saját számítás

beszélgetésein mindenesetre a védőnők és az intézményvezetők úgy ítélték meg, hogy az ellátásbeli hiányosságokat mutató területeken sok a diagnosztizálatlan, az ellátásba elsősorban szociálisan hátrányos helyzete okán be nem jutó gyermek.

AZ ELLÁTÁSBA KERÜLŐK JELLEMZŐI ÉS TAPASZTALATAI

A területi egyenlőtlenségek mellett a szülők iskolázottsága és a kialakult állapot típusa, halmazódása, súlyossága mentén is tapasztalunk különbségeket. A szülők válaszai alapján a kora gyermekkori intervenció intézményrendszerébe bekerült hat év alatti gyerekek több mint egyharmada fejlődési elmaradással küzd a mozgás és/vagy a beszéd területén, kevesebb mint kétharmaduk pedig diagnosztizált fogyatékos gyermek.⁷ A fogyatékos gyerekek kétharmada egy fogyatékosági típusba sorolható, egyharmaduk két vagy több fogyatékosági területen érintett, halmozottan fogyatékos. A fogyatékos gyermekek 43%-ánál értelmi fogyatékoság, 28%-ánál mozgássérülés, 26%-ánál valamilyen típusú érzékszervi fogyatékoság, 18%-uknál beszéd-fogyatékoság, 11%-uk-

nál pedig autizmus, illetve 7%-uknál egyéb sérülés, rendellenesség áll fenn (az adatok a halmozódást is tartalmazzák).

A kérdőívet visszaküldők között az alacsony iskolai végzettségű anyák körében jóval magasabb a halmozottan fogyatékos gyermekek aránya, mint az iskolázottabbaknál. Ez nem jelenti azt, hogy az alacsony iskolai végzettségű anyáknak eleve nagyobb arányban születnének halmozottan fogyatékos gyermekei.⁸ Sokkal inkább lehet oka a már korábban említett jelenség, hogy az alacsony iskolázottságú szülők a probléma felismerésére kevésbé érzékenyek, nem jutnak hozzá a megfelelő információkhoz, a szűrés-jelzés rendszerének hiányosságai, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés nehézségei is jobban érintik őket, ennek következtében körükben a kevésbé feltűnő fejlődési elmaradások nemegyszer kezeletlenül maradnak, a súlyosabb problémákkal küzdő gyermekeik jutnak nagyobb eséllyel ellátáshoz.

A vizsgált esetek nagyjából 40%-ában már a várandósság alatt, illetve a születéskor kiderült, hogy valami gond van a gyermekkel. Ám azoknál a babáknál, akik jelzés-

nélkül hagyták el a kórházat, az anya iskolázottságától függetlenül a szülők, a barátok, az ismerősök jóval gyakrabban figyeltek fel a gyermek rendellenes fejlődésére, szokatlan viselkedésére, mint akár a házi gyermekorvos akár a védőnő. A probléma-észlelés különbségei az iskolázottsági szintek mentén mutatkoznak meg. A felsőfokú végzettségű anyák kétszer olyan eséllyel fedezik fel a bajt, mint a legalacsonyabb iskolázottságúak. A kevésbé iskolázott anyák, ha a kórházban nem derül ki a probléma, kisebb valószínűséggel fogják felismerni a gyanúra okot adó tüneteket, s emellett az egészségügyi alapellátás szereplői sem segítik igazán őket. A gyerekek további életkilátásait nagymértékben befolyásolja továbbá, hogy a szülei mennyire tudják érdekeiket érvényesíteni és milyen kapcsolati hálójával rendelkeznek. A szülők válaszaiból kirajzolódik, hogy az iskolázottabb szülők, különösen a felsőfokú végzettségűek inkább tudnak támaszkodni kapcsolati tőkéjükre, jobban tudják hasznosítani az informális kapcsolati csatornáikat, míg az alacsonyabb iskolai végzettségűek jobbra az intézményes szereplők jelzéseire hagyatkoznak.

A szülők átlagosan 1,4 intézménybe jutnak el gyermekükkel, legnagyobb arányban a korai fejlesztő központok szolgáltatásait veszik elsődlegesen igénybe. Minél több funkcióterületen sérült a gyermek, annál több intézménybe jut el vele a szülő, ám ez a hatás erősebb a legmagasabb iskolai végzettségűek körében, akik a státusszal együtt járó magasabb jövedelem függvényében nemcsak hogy több intézménybe jutnak el, de gyakrabban veszik igénybe alapítványok, magánellátók szolgáltatásait is. A legalacsonyabb iskolai végzettségűek az egykor egészségügyi, most már szociális háttérű fogyatékosok ápoló-gondozó otthonában felülreprezentáltak, ahol jellemzően a súlyos, halmozottan fogyatékos személyek ellátását végzik, s ahová már közvetlenül születésük után bekerülhetnek a gyerekek.

Az ellátásba bekerült családok a kora gyermekkori intervenciók szolgáltatásokra havonta átlagosan 30 000 Ft-ot költenek. Az elköltött összeg nagysága egyrészt függ az anya iskolázottságától (és ezen keresztül valószínűleg jövedelmétől), másrészt a probléma súlyosságától, az érintett funkcióterületek számától (illetve ezen keresztül attól, hogy hol és hány helyen kap szolgáltatást a gyermek).

7 Ahhoz, hogy a közoktatási, illetve szociális intézményrendszerben ellátáshoz jusson a gyermek, szükséges a szakértői bizottság által megfogalmazott SNI-kategória. A szakértői bizottságok a megfelelő ellátáshoz való hozzáférés érdekében emiatt többször kénytelenek „fogyatékosítani” a gyerekeket.

8 Egy néhány évvel ezelőtti lezajlott kutatás szerint a súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermeket nevelő családok társadalmi helyzete a gyermek születése előtt megegyezik a népességben mért átlagos mutatókkal, mind a családszerkezetet, mind az iskolázottságot, a jövedelmi viszonyokat, a lakóhelyet vagy a szociokulturális jellegzetességeket tekintve. A családok helyzete a gyermek születését követő időszakban jelentősen megváltozik (Bass szerk. 2004). Más hivatkozott kutatások is erre az eredményre jutottak (Verdes 2005).

Az érintett családok csaknem egynegyedének nincs munkajövedelme, forrásaik elsősorban családtámogatási ellátásokból és szociális támogatásokból tevődnek össze. A legalacsonyabb iskolai végzettségű anyák esetében a családok 46%-ának nincs munkajövedelme, ez az arány a felsőfokú végzettségű anyák esetében csak 7%. A szülők nagyon kevésbé ismerik a gyermekük után járó támogatásokat, juttatásokat, leginkább az internetről és egymástól nyerik az információkat. A felkéréselt intézményeknél a tájékoztatás a legtöbb esetben kimerül az emelt szintű családi pótlék, a meghosszabbított gyermekgondozási segély és az utazási kedvezményekről való információátadásban. Gyakorlatilag legtöbbször valóban ezt a néhány támogatási formát igénylik.

A szülők szubjektív értékelése szerint általában a két legnagyobb gond, amivel szembesülnek, az információ hiánya és az anyagi megterhelés, amely a védőnők véleménye szerint is az ellátásba való bejutás komoly akadályát képezte. Az iskolázottabb szülők elsősorban az információk mennyiségével és a szolgáltatások színvonalával elégedetlenebbek, a kevésbé iskolázottak számára pedig az anyagi megterhelés, a környezet meg nem értése és a gyermekfelügyelet hiánya okoz nagyobb problémát (Kereki–Lannert 2009a).

A szülői fókuszcsoportos beszélgetésekben megfogalmazódik, hogy a gyermekek további életlehetőségei nagymértékben függenek attól, hogy a szülők mennyi fizikai, lelki energiát, anyagi erőforrást képesek mozgósítani, milyen erőteljesen tudják a gyermekük érdekeit képviselni, mert különben gondjaikról a tágabb környezet nem vesz tudomást. A hétköznapi élethelyzetekben a fogyatékos, az eltérő fejlődésű vagy viselkedésű gyerekek szülei a többségi társadalom részéről nagyfokú előítéletességet tapasztalnak. Az ép gyerekek szülei sok esetben félelmet, bántóan távolságtartó, elkerülő viselkedést tanúsítanak, negatív attitűdjüket átveszik a gyermekeik is. A fogyatékos gyerekek kirekesztődnek, számos szociális élményből kimaradnak.

ÖSSZEFOGLALÓ

A kora gyermekkori intervenció rendszerében jelentős azoknak a gyermekeknek az aránya, akik – bár szükségük lenne rá – nem jutnak el vagy nem időben jutnak el az ellátásba, nem részesülnek a számukra szükséges terápiás, fejlesztő és tanácsadó

szolgáltatásokból. Az ellátáshoz való hozzáférésnél jelentős területi egyenlőtlenségek tapasztalhatók. Az egészségügyi alapellátásban megmutatkozó hiányosságok elsősorban a hátrányos helyzetű régiókban akadályozzák a prevenciók jellegű tevékenységek megvalósulását, a kialakuló problémák megelőzése érdekében végzett munka érvényesülését. Azokon a közigazgatási területeken azonban, ahol a rendszer egészségügyön belüli, illetve az egészségügyi, szociális és oktatási intézményrendszer szereplői közötti kapcsolati háló kiterjedt és a kapcsolatok elég intenzívek, a rendszer inkább képes korrigálni az ellátásbeli hozzáférés hiányosságait.

A rehabilitációs/rehabilitációs, fejlesztő, tanácsadó szolgáltatások súlypontja Budapest, ahol az intézményes ellátás széles választéka nagy távolságból is a fővárosba kényszeríti-vonzza a családokat, akik számára nincs elérhető közelségben megfelelő intézmény, vagy információ hiányában nem ismerik a közelebbi lehetőségeket. A nagyvárosokban szerveződtek színvonalas ellátást nyújtó intézmények, de a kisebb településeken, különösen a falvakban lakók számára a specializált szolgáltatások elérhetetlenek. Az intézmények, módszerek, szakemberek elérhetőségének korlátai nemcsak a fizikai távolságból fakadhatnak, hanem az anyagi források szűkössége vagy az utaztatás nehézségei is befolyásolják azokat. Az alapellátáshoz és a specializált ellátáshoz való hozzáférés akadályozottsága különösen a hátrányos helyzetű régiókban, elsősorban Észak-Magyarországon jellemző, ahol éppen azok a családok nem kapnak a rendszertől támogató segítséget, akik maguk sem elég tudatosak a probléma felismerésében és kezelésében. A szociálisan hátrányos helyzet talaján kifejlődő egyes sérült állapotok, a fejlődési zavar veszélyeztetettség, vagy elmaradt fejlődés kialakulása megfelelő, több ágazat összehangolt együttműködésén keresztül érvényesülő prevenciók tevékenységgel nagy eséllyel megelőzhető lenne.⁹

A gyermekek sorsát nagymértékben befolyásolja, hogy a szülei mennyire tájékozottak, mennyire tudatosak, illetve milyen anyagi háttérrel rendelkeznek. A magasabb iskolai végzettségű anyák könnyebben jutnak információhoz, gyermekeik hamarabb kerülnek be az ellátórendszerbe, a szolgáltatások szélesebb választékát tudják megfizetni, igénybe venni. Az alacsony iskolai végzettségű anyák kevésbé tudatosak a felismerésben, kiszolgáltatot-

tabbak a rendszernek, anyagi forrásaik kevésbé biztosítottak, családjuk jövedelmét sokkal nagyobb arányban teszik ki a nem munkajövedelemből származó bevételek (családtámogatási, szociális ellátások), mint magasabb iskolázottságú sors társaikét. A családi háttérből fakadó kontextuális hatások és a területi egyenlőtlenségek összeadódása folytán egyes területeken a kora gyermekkori intervenció rendszer működésében jelentős anomáliák tapasztalhatók.

A kora gyermekkori kiemelt fontosságára való tekintettel feltétlenül szükséges lenne a kora gyermekkori intervenció ügyében illetékes három szakterület – az egészségügy, az oktatásügy, és a szociális szféra – vállalt feladatainak összhangba hozása a különböző közigazgatási területek egyedi sajátosságainak figyelembevételével, a prevenciók jelleg hangsúlyozásával. Az érintett gyermekek és családjuk lehetőségei szempontjából elengedhetetlen lenne az információhoz és az ellátáshoz/szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása. A decentralizáció felé való továbblépéssel, több szakterületet képviselő, interdiszciplináris team összehangolt munkájával, a család lakóhelyéhez minél közelebb lévő, lehetőleg ingyenes vagy minimális költséget jelentő szolgáltatások biztosításával lehetne enyhíteni a meglévő egyenlőtlenségeken.

Az ellátásba való bekerülés, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása csak az egyik szintje a problémák orvoslásának. A társadalmi integráció elősegítése nemcsak a szülők által hétköznapi szinten megélt kirekesztettség érzését oldaná, hanem egy racionális társadalompolitika szempontjából is indokolt lenne.

Minden társadalmat minősít, hogyan bánik az elesettjeivel. A társadalmi szintű felelősségvállalás, a humánus, a gazdaságpolitikai döntések mögötti racionalitás egyaránt indokolja a kora gyermekévek fókuszba állítását, a kora gyermekkori intervenció rendszerébe való befektetés fontosságát. Mindezek eléréséhez egy holisztikus megközelítésű társadalompolitikára lenne szükség, amely a gyermeket, a családot és a szélesebb társadalmi környezetet egységében szemléli, és a különböző szinteken jelentkező kihívásokra összehangolt, hatékony választ ad.

Irodalomjegyzék a szerkesztőségben

⁹ Az ágazatközi együttműködésen alapuló Biztos Kezdet elnevezésű program éppen az egyik kísérlet arra, hogy a hátrányos helyzetű térségekben élő, 0–6 éves korú gyerekeket nevelő családok komplex támogatását szolgálva, a gyermekszegénység egészségügyi, szociális és káros mentális következményeit próbálja megelőzni.

Az indikátor alapú teljesítményfinanszírozás megújításának tervezetéről

A HGYE álláspontja

I. ÁLTALÁNOS SZEMPONTOK

Gyermekorvosi indikátorok – különbség a szemléletben

Az indikátor alapú teljesítményfinanszírozás célja az alapellátó praxisok ellátási minőségének javítása, a karmesteri, kapuóri funkció színvonalának emelése. E feladatok ellátásának minősége – sok egyéb körülmény mellett – elsősorban a praxis orvosának a teljesítményétől függ. Így az indikátor alapú teljesítményfinanszírozásnak elsődlegesen a házi gyermekorvos/házi-orvos valós betegellátó tevékenységének torzításmentes, igazságos mérésére kell törekednie. Ezért fontos, hogy lehetőleg azonos körülmények között működő praxisokat hasonlítsunk össze, és az is elengedhetetlen, hogy az adatbevitel bonyolultsága, az adatok eljuttatása, az indikátorszámítás módja ne sújtja igazságtalanul az egyébként jól teljesítő praxisokat. Ez a programfejlesztő cégek és a számítás módszereit kialakítók felelőssége. A fentiek megvalósítására, a kedvezőbbnek tűnő változások ellenére is további lépéseket szükséges tenni. Nagy a felelősség a házi gyermekorvosi alapellátás mindennapi szakmai gyakorlatát befolyásoló, a különböző szakmai célokat szolgáló indikátorok kijelölésében is.

Statisztika és szakmai célok

A statisztikai törvényszerűségek érvényesítésének a szakmai célokat kell szolgálniuk, és kizárólag a torzításmentes eredmény-mérés védelmében előzhetik meg azokat. A célcsoportok nagyságának megállapításánál figyelembe kell venni a gyermekorvosi praxisokat évtizedek óta folyamatosan sújtó demográfiai viszonyokat, a vérszenes csökkenő praxislétszámokat. (24 gondozott száz százalékos beoltása ugyanis legalább akkora teljesítmény, legalább olyan fontos szakmapolitikai cél, mint 25 gyerek 96%-os átoltottsága. 14 kizárólag szoptatott csecsemő a praxisban legalább akkora szakmapolitikai érték, mintha tizenöten lennének. Részletesebben ld. lentebb).

Célértékek és motiváció

A célértékek megállapítása bonyolult és nagy felelősséggel járó feladat. A megyn-

ként és kerületenként eltérő morbiditási, szociokulturális viszonyok, valamint a nagyon különböző intézményi lehetőségek területre szabott célértékeket igényelnek. Ezek központi, elméleti megállapítása esetén nagy a szakmai tévedés lehetősége. Ezért helyesen a kiindulási célérték megállapításánál az előző időszak helyi gyakorlatából kialakult átlagokat célszerű figyelembe venni.

A felső kvartilis értékelése helyett igazságosabb rendszert teremtenie az országos vagy legalábbis regionális átlag felett teljesítők díjazása. A jól teljesítő megyék így nem kerülnének hátrányba. Nagyobb, régiós (több megye) célértékmegadását támogatjuk. Az ezen érték fölött teljesítőket díjazni kell.

Javasoljuk, hogy a régiós átlag felett teljesítő kapja meg az elérhető maximális pontszámot. Az átlag felett teljesítők díjazásból való kihagyása, a juttatásban részesülők felső és alsó kvartilisbe sorolása jelentősen csökkentheti a „versenyzők” motivációját. Általános tapasztalat és visszajelzés, hogy az irreális célértékek elkedvetleníthetik a kollégákat, és így kevésbé lesznek motiváltak a magasabb színvonalú teljesítésre.

A rendszer sérülékenysége

Azzal, hogy újabb indikátorok kerültek be a gyermekorvosi praxisok értékelésébe csökkent a gyermekorvosok díjazási rendszerének sérülékenysége. Öröndetes tehát, hogy a házi gyermekorvosi indikátorok száma hatról nyolcra emelkedett. Ez ugyan még messze van a kívánatos 15-től, ami a rendszer teljes kiegyensúlyozottságát eredményezhetné. Erre tett javaslatot a házi gyermekorvosi szakfelügyelet és a HGYE is.

Elkülönített kasszák

Sajnálattal tapasztaltuk, hogy az elkülönített gyermek-alapellátási és házi-orvosi indikátorkassza nem valósult meg. A zárt, praxisszamarányos gyermekindikátor-kassza kialakítását azért tartjuk szükségesnek, mert az elméletileg megszerezhető pontszám praxistípusonként ugyan azonos, de az ahhoz vezető út a jelentősen eltérő indikátorok, és azok teljesítése miatt annyira különböző, hogy a rendszerben – még a

gondos számítások ellenére is – benne van hol az egyik, hol a másik praxistípus anyagi hátrányának lehetősége.

Minden praxistípus azonos teljesítménye érjen azonos pontértéket. Az előző ciklus rendszerében a házi gyermekorvosi praxisok részaránya 23,92%, ugyanakkor a házi gyermekorvosok részesedése az indikátorfinanszírozásból csak 17,09% volt a rendszer első negyedében. Üdvözöljük a havonkénti elszámolást, mert ez gyorsabb visszajelzést, rugalmasabb korrekciót, kiszámíthatóbb gazdálkodást biztosít a praxisoknak.

II. RÉSZLETES ÉRTÉKELÉS

Meningococcus C elleni védőoltás

A meningococcus elleni oltottság mérése 2 hónapos kortól javasolt, mert a védőoltás is ettől az életkortól lehetséges. Ha ugyanis a 2 és 24 hónapos közötti korcsoportot vesszük a számításnál figyelembe, akkor a két hónapos kor alattiak esetlegesen változó száma nem torzíthatja igazságtalanul a gyermekorvos teljesítményét.

6 éves kor alatti szűrővizsgálat

A szűrővizsgálatok, a csecsemő és a gyermek fejlődésének nyomon követése („fejlődési mérföldkövek”) a házi gyermekorvosi ellátás legfontosabb feladatai közé tartoznak. Itt azonban nemcsak a lappangó betegségek korai felfedezése a cél, hanem a normálistól eltérő fejlődés, fejlődési ütem kiszűrése is feladat. A jövő generációjának életminősége ugyanis jelentős részben az eltérő nevelési szükséglet felismerésétől, a korai fejlesztés időben történő bevezetésétől függ. Ezért az 51/1997-es szűrési rendeletnek és az eredeti javaslatunknak megfelelően több, meghatározott életkorra ütemezett szűrővizsgálatnak is helye lenne az indikátorok között.

Vaspótló kezelés a 10–18 éves lányok között

Szakmai tény, hogy az adolescens korcsoportban, különösen a serdülő lányok körében az átlagot meghaladóan fordul elő a vashiány. Az indikátor szakmai célja ezért helyesíthető. E korcsoport vashiányának

szűrésére ugyanakkor nincs érvényben lévő, evidence based alapokon álló protokoll. Kollégáink visszajelzései is arra indítottak bennünket, hogy már a tavalyi ciklusban a serdülő lányok vaspótlására vonatkozó indikátor visszavonását és más paraméterrel történő helyettesítését javasoljuk. Fontosnak tartjuk, hogy ha mindezek ellenére megmaradt ez az indikátor, akkor a rendelet megfogalmazásában legyen benne, hogy „csak laboratóriumi vizsgálattal igazolt vashiány esetén történhet vaspótlás”.

Szakellátásba küldés

A beutalóknál célszerű lenne a szakrendelők által dokumentált és a B300-ban szereplő adatok összevetése, ami informatikai lekérdezéssel megoldható. A kettő között szignifikáns különbség nem fordulhat elő. Ha mégis lenne, akkor a szakrendelés helyszíni ellenőrzésére van szükség. Többször hallani ugyanis, hogy a beutaló nélkül megjelenő betegnél „beviszik” a háziorvos/házi gyermekorvos adatait. Több szakrendelés pedig indokolatlanul kér beutalót

visszarendelés vagy gyógyszerfelírás esetén is. Megfontolandó e gyakorlat szankcionálása.

Ügyelet igénybevétele

Az indikátor céljával egyetértünk és azzal is, hogy a hétvégi ügyelethez fordulás nem befolyásolja e paraméter kiszámítását.

Antibiotikum-használat

Ahogy ezt már korábban is jeleztük, az eddigi antibiotikum-célértékek teljesítése sokszor irreális (ld. budapesti 2,8%). Teljesítése azt jelentheti, hogy akinek szakmailag indokolt lett volna, az sem kapott antibiotikumot. Sajnos az előterjesztésben ennek megváltoztatásáról nincs szó.

D-vitamin-ellátás

Jól detektálható indikátor, ráadásul nagyon fontos szakmai, egészségpolitikai cél fogalmazódik meg benne. Felmerül, hogy az évtizedek óta beivódott helyes gyakorlat miatt a teljesítés közel 100%-os arányú

lesz, ezért itt a differenciálás a praxisok között nehezebbé válhat.

Kizárólagos anyatejes táplálás

A kizárólagos anyatejes táplálás bizonyítására nem megfelelő a tápszervények detektálása, mert vannak nem vényköteles anyatej pótló tápszerek is forgalomban. Ennél az indikátornál a 15 fős félévesenkénti limit több kisebb praxist eleve kizár az ezért való pontszerzés és indikátorfinanszírozás lehetőségéből. Javasoljuk a limit eltörlését, hiszen a háziorvos/házi gyermekorvos nem tudja befolyásolni praxisában a születendő gyermekszámot, és a 15-nél kevesebb csecsemő anyatejes táplálása is ugyanolyan fontos, főleg, ha országosan a sok kis létszámú gyermekpraxis csecsemőinek összlétszámát is tekintetbe vesszük.

Üdvözöljük a tapasztalatok birtokában a rendszer rövid időn belüli felülvizsgálatát, azonban kérjük már a most induló ciklusban fenti javaslataink figyelembevételét.

Tiltakozás

A HGYE az alábbi közleményt juttatta el a Magyar Távirati Irodához. Tiltakozásunkat az Index, a hvg.hu, a MedicalOnline, a Webdoki mellett az internetes fórumok és a média széles köre ismertette.

Amint az köztudott, az egészségügy most tervezett béremelése az alapellátás dolgozóit nem érinti.

Nem vitatjuk a kórházakban, szakrendelőkben dolgozó orvosok, nővérek, műtősök és más alkalmazottak béremelésének aktualitását, nem a nekik szánt keret újraosztását kérjük. Azt fájjaljuk, hogy a háziorvosok, házi gyermekorvosok, fogorvosok és munkatársaik finanszírozási helyzete nem került napirendre. Nem értjük, hogy képviselőink miért nem kaptak meghívást a tárgyalásokra, amikor az alapellátás pénzügyi lehetőségei régóta képtelenek lépést tartani a közüzemi díjak emelkedéséből, a működtetéshez nélkülözhetetlen eszközök drágulásából, a forgalmi adó növekedéséből, vagy az inflációból adódó kihívásokkal.

A praxisok többsége még a közalkalmazotti bértáblának megfelelő fizetéseket sem tudja kigazdálkodni dolgozói számára, nemhogy eleget tegyen az „elvárt béremelés” kívánalmának. A gyermekgyógyászat hiányszakma, a háziorvosokat tárt karokkal várják külföldön. A ma 60 éves átlagéletkort közelítő alapellátó orvosok 10 éven belül kieshetnek a munkából. Nem kérdezzük, hogy mire lesz elég a nyugdíjuk, de felhívjuk a döntéshozók figyelmét arra, hogy ha tovább halogatják azokat a lépéseket, melyek az egészségügyi pályát vonzóvá tennék, pályamegtartó erejét növelnék, rövid időn belül veszélybe kerül a lakosság szakszerű egészségügyi alapellátása.

Tisztában vagyunk az ország gazdasági helyzetével, mégis határozott álláspontunk, hogy prioritásként kell kezelni az ágazat mielőbbi, különbségtétel nélküli, reális igényeknek megfelelő finanszírozását.

2012. március 1.

Kihez tartozzanak a 14–18 évesek?

ADOLESCENS MEDICINA – SZUBSPECIALITÁS

Az adolescens medicina a gyermekgyógyászaton belül egy egyre markánsabban – egységes curriculummal és gyakorlattal – elkülönülő szubspecialitás. A szakmai figyelem az elmúlt 20 évben azért fordult a serdülők ellátása felé, mert a középkorú felnőttek egészsége a serdülő- és a fiatal felnőttkorban vesz el. Ugyanakkor ez a korcsoport viszonylag ritkán keresi fel az orvosi rendeléseket. Pszichoszociális fejlődésük, állapotuk miatt ellátásuk különleges ismeretanyagot és speciális kommunikációt igényel, ráadásul a gyermekekétől és a felnőttekétől egyaránt eltérő személyiségi jogaik vannak.

E korcsoport morbiditási viszonyaira jellemző, hogy a különböző kórképek jelentős hatást gyakorolnak a tinédzser testi, szellemi, szociális és érzelmi fejlődésére, és a növekedéssel, a nemi érészel kapcsolatos átalakulások módosíthatják a betegségek lefolyását.

SAJÁTOS MORBITÁSI HELYZET

Ezt az életkort olyan egyedi – a gyermekekétől és a felnőttekétől egyaránt eltérő – morbiditási struktúra jellemzi, mint a szexuális úton szerzett megbetegedések (STI), a nem kívánt terhességek, amenorrhoea, dysmenorrhoea, a rizikó-magatartások, extrém életmód és sportok, anabolikus szteroidok fogyasztása, a szenvedélybetegségek (dohányzás, alkohol, drog), evészavarok (anorexia, bulimia), erőszak (családon belül, családon kívül, öngyilkosság, nemi erőszak), közlekedési és sportbalesetek, önértékelési zavarok, depressziók, elhízás, magatartászavarok.

MIÉRT A GYERMEKORVOS?

Ugyan ellátásuk a gyermek- és a felnőtt-alapellátás határmezsgyéje, célszerűbb, ha a tinédzserek orvosi ellátása a gyermekgyógyászok kompetenciakörében marad. A serdülők megbetegedéseire a speciális epidemiológia mellett ugyanis jellemző az is, hogy a kórképek patofiziológiája jelentős részben még a gyermekkor betegségeinek kórtanát követi. A krónikus esetek egy része a gyermekkorban kezdődött, vagy (az esetek 20%-ában) már korábban is voltak előzményei. Az orvossal való korábbi ismeretség hiányában igen nehéz nyílt, bizalmi kapcsolatot kialakítani velük. Ez is azt jelzi, hogy a serdülők kezelése, gyógyítása, gondozása speciális, gyermekorvosi szemléletet, hozzáállást igényel.

A nagy gyermekgyógyászati kézikönyvek nem véletlenül szentelnek külön fejezetet a serdülő korosztály egészségügyi problémáinak.

Kiemelt és speciális figyelmet igényel ez a korcsoport, hiszen ők részesülnek a legkevesebb preventív rendelői vizitben, itt a legalacsonyabb szintű a gondozás és gyakran még a betegségek is kezelés nélkül maradnak. Az orvosi vizsgálatok elhanyagolása egybeesik a rizikó-magatartások kialakulásával, ami az adolescens morbiditásának és mortalitásának legalapvetőbb okát képezi. A kóroki történések meghatározó hányada ráadásul a fejlődés különféle zavaraiából ered, és jelentős részük a gyermek számára jól ismert és elfogadott gyermekorvos tanácsaival megelőzhető. Az edukációban az előző évek során felhalmozott bizalmi tőke igen nagy segítséget jelent.

Ebben az időszakban egy orvosváltás ennek a – sok esetben – már újszülöttkortól kialakult bizalmi tőkének az elvesztéséhez

vezethet. A speciális kommunikáció igénye könnyebben kielégíthető, ha a serdülő a korábbi időszakból jól ismert gyermekorvosát tűntetheti ki bizalmával. A serdülők kikérdezése, kórelőzmény felvétele még ebben az esetben is nagy türelmet, tapintatot és speciális kérdezőtechnikát igényel. Az új körülmények, egy új, addig ismeretlen orvos bizalmi deficitje ebben a sérülékeny életkorban ronthatja az orvosi ellátás minőségét, és mindenképpen megszakítja az addigi folyamatos gondozást.

Az újszülöttkortól 18 éves korig terjedő folyamatos gyermekorvosi gondozás azzal az előnnyel is jár, hogy a növekedés és a fejlődés időszakát egyazon orvos, a fejlődéssel, a növekedéssel együtt járó változások nyomon követésében gyakorlott gyermekorvos végezheti.

Szakmai előnyt jelent az is, ha a 0–18 éves korig keletkező adathalmaz egységesen kezelhető.

Szakmapolitikai hivatkozások

- 1991. évi LXIV. törvény a Gyermekek Jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény elfogadásáról, rögzíti, hogy gyermek az a személy, aki tizennyolcadik életévét nem töltötte be.
- Az American Academy of Pediatrics és a European Academy of Paediatrics egyaránt deklarálta, hogy a gyermek- és ifjúkor a növekedés befejezéséig tart, és hogy ennek a korosztálynak az ellátása a gyermekgyógyászok illetékességi körébe tartozik.
- Az American Academy of Pediatrics által kiadott Text Book of Paediatric Care (2009. szerk. McInerney), szerint a serdülők orvosi ellátását a gyermekgyógyászatban és az adolescens medicina részterületeiben egyaránt jártas orvosnak kell végeznie.
- A Csecsemő- és Gyermekegyógyászati Kollégium állásfoglalása megállapítja a gyermekorvosok kizárólagos illetékességét a 0–18 éves korcsoport ellátására.
- A Szakmai Kollégium Gyermek-alapellátási Tanács XI/2011. (11.08.) határozatában a kinyilvánította, hogy minden gyermeket 0–18 éves korig a nap 24 órájában gyermekgyógyásznak kell ellátnia.
- Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a lakosság előregedő korfája és a felnőttkori morbiditás nehezedő terhei miatt a házi orvosoknak nem jut elég idejük a serdülők szerteágazó, a későbbi életkorok egészségét meghatározó problémáira.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az adolescens medicina gyermekgyógyászaton belül kialakult, egységes curriculummal bíró szubspecialitás. A fejlődés, növekedés ellenőrzése, a sajátos morbiditási szerkezet, az előzmények ismerete, az addig felhalmozott bizalmi tőke egyaránt azt igényli, hogy a serdülőkor korai és középső szakaszában is gyermekorvos gondozásába kerüljenek a 14–18 éves adolescensek.

Nyomatékosan hangsúlyozzuk, hogy az adolescensek gyermekorvosi alapellátása nem okozhat anyagi veszteséget a korábban őket ellátó házi orvosok finanszírozásában.

2012. február 20.



„Kávészünet–14”

2012. május 11–13.

A HGYE XIV. tudományos konferenciája
Hotel Azúr, Siófok

Konvencionális (nyugati) vagy komplementer, alternatív?

Tradicionális, kiegészítő, helyettesítő vagy integratív? „Vagy”, vagy „és”? Izgalmas a kérdés, sokféle a válasz. Nem szeretünk róla tudomást venni, mégis nap mint nap látjuk, hogy árulják, tudjuk, hogy használják. Hárítás helyett úgy döntöttünk, hogy a most következő Kávészüneten erről beszélünk.

Témakörök:

- A gyermekorvosi alapellátás hazai kihívásai
- Komplementer/alternatív medicina (CAM)
- Traumatológia a gyermekgyógyászatban
- Képpalkotó eljárások
- Kezdem én, folytasd Te...
- Újraélesztés gyermekkorban

A konferencia akkreditált pontértéke: 30 pont.

További információ: www.hgye.hu

2012. június 22 és 24. között a francia házi gyermekorvosok kongresszusával együtt kerül megrendezésre az Európai Gyermekalapellátók Szövetségének (ECPCP) III. konferenciája. Részletek és regisztráció: www.ecpcp.eu



20^{ème} Congrès National 3rd Annual meeting of ECPCP

LA PÉDIATRIE, HIER, AUJOURD'HUI, DEMAIN, ICI ET AILLEURS



« Pediatrics, yesterday,
today, tomorrow, here
and elsewhere »

Strasbourg

June 22-24, 2012



Komplementer és alternatív orvoslás

Az utóbbi években egyre inkább tapasztalható az emberek – egészségesek, betegek, laikusok és szakmabeliek – megnövekedett érdeklődése az „akadémiai” orvosláson kívül eső gyógyító tevékenység iránt. A téma után érdeklődők elsősorban a sajtóból, médiából vagy „szájhagyomány” útján jutnak információhoz, a kérdés tudományos alapú tárgyalása meglehetősen hiányos. Ezt a hiányt némileg pótolni szándékozunk az American Academy of Pediatrics által jegyzett „Textbook of Pediatric Care” 2009-es kiadása erre vonatkozó fejezetének rövid ismertetésével, kiegészítve néhány hazai vonatkozású ismerettel.

Az évtizedekkel ezelőtt még – a divatos szóval – „nem ortodox” terápiák közé tartozó terápiás módszerek, mint az akupunktúra, a biofeedback, vagy a hipnoterápia mára az „ortodox” terápia fegyvertárát gazdagítja. Más eljárások, mint a gyógynövények vagy táplálékkiegészítők használata, a masszázis vagy a homeopátia mindenki számára hozzáférhető, és sokan igénybe is veszik. Tény, hogy a spiritualitás, a kulturális hagyományok, a tradicionális orvoslás eredményeinek figyelembevétele ma sokkal elfogadottabb a hivatalos orvostudomány művelői körében is, mint néhány évtizeddel ezelőtt. Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia 2001-ben egy felmérést készített a gyermekorvosok körében a komplementer és alternatív medicinával (angol rövidítéssel CAM) kapcsolatban. Az orvosok 70%-a számolt be arról, hogy tudják, hogy betegek a CAM valamelyik formáját használják, 51%-uk félt attól, hogy a CAM alkalmazása késlelteti az adekvát orvosi kezelést, 36%-uk szerint ezek alkalmazása károsan befolyásolta az orvos–beteg kapcsolatot, de csak 20%-uk kérdezett rá betegeinél a CAM igénybevételére. A szülők körében végzett felmérés szerint legtöbbször szívesen megbeszelnék ezeket a kérdéseket orvosával, de csak a megkérdezettek kevesebb mint a fele tette is ezt meg. A CAM iránti hatalmas igény, a felek közötti kommunikáció hiánya, valamint az orvosok járatlansága e kérdésben oda vezet, hogy a szülők csak az internet

vagy a média révén tájékozódnak, és nem kapnak megfelelő, tudományosan megalapozott információt a CAM-val kapcsolatban. Az összefoglaló célja az, hogy az orvosokat a következő kérdésekben segítse:

- Mit nevezünk CAM-nak?
- Hogyan kérdezzenek rá a CAM használatára?
- „Evidence-based” alapon javasoljanak vagy utasítsanak el bizonyos CAM-módokat
- Rendelkezzenek olyan tudással, amellyel a szülőket a megfelelő CAM-val foglalkozóhoz irányíthassák

MIT NEVEZÜNK KOMPLEMENTER ÉS ALTERNATÍV ORVOSLÁSNAK?

A CAM kifejezés olyan egészségügyi módszereket, terápiákat vagy produktumokat foglal magában, amelyek kívül esnek a konvencionális nyugati orvoslás körén, de az egészség megőrzésére, fenntartására és visszaszerzésére irányulnak. Ezek a gyógymódok kiegészíthetik a hagyományos nyugati orvoslást – innen a komplementer név – vagy helyettesítik azt, ezért alternatívák. Magyarul leginkább a természetgyógyászat kifejezés terjedt el, melynek lényegét a következőképpen lehet megfogalmazni: „A természetgyógyászat az egyetemes orvoslás azon eljárásainak összessége, amelyek hangsúlyozottan betegségmegelőző és szelíd gyógyító jellegűekkel, holisztikus szemléletükkel az ember testi és lelki önszabályzó képességének fejlődését, megőrzését, valamint helyreállítását segítik elő” (Tamási, 1998). A CAM elkötelezett hívei szerint, ami természetes, az nem árt, és miután a CAM a szervezet öngyógyító képességét aktiválja, holisztikusan szemléli az egyént, képes a szervezet megbomlott harmóniájának helyreállítására.

A nyugaton használt integratív orvoslás elnevezés a konvencionális és a komplementer/alternatív – tudományosan hatásosnak és nem károsnak bizonyult – gyógyító eljárások összefoglaló neve. A WHO 2000–2005-s állásfoglalása programként ajánlja az integratív orvoslás fogalmának bevezetését, amelyben az orvos a beteg gyógyulása érdekében szabadon választ a

hagyományos és alternatív módszerek között.

Az amerikai National Institute of Health (NIH) 2001-s vizsgálata alapján a CAM-fajtákat öt nagyobb csoportra osztotta

- „mind-body medicina” (magyarul talán testtudatos orvoslásnak fordítható)
- biológiai alapú terápiák
- manipulatív technikák
- alternatív orvosi rendszerek
- energiakezelések

Vegyük sorra ezeket.

„Mind-body medicina”

A „mind-body medicina” azt jelenti, hogy fiziológiai hatás – köztük immunológiai és endokrin hatások – érhető el emocionális, mentális, szociális, spirituális és viselkedési módok, tényezők aktiválásával. A fiziológiai folyamatok befolyásolják mentális állapotunkat, és ez fordítva is igaz, mentális állapotunk pozitívan vagy negatívan befolyásolhatja testi folyamatainkat. A szélesen értelmezett „mind-body medicina” magába foglalja többek között a relaxációt, stresszoldást, jógát, biofeedback kezelést, meditációt, a kognitív viselkedésterápiát, és például az imát vagy a zeneterápiát is. Az utóbbi 20 évben e terápiák egy része a gyermekgyógyászatban is elfogadottá vált, hatásosak lehetnek a fejfájás, az asztma, alvászavarok, enurézis vagy különböző fájdalomszindrómák kezelésére. Az Egyesült Államokban a legelterjedtebb fajtája a mind-body medicinának az ima. A hívő emberek jobban boldogulnak a betegségekkel, hamarabb gyógyulnak, és életminőségük is jobb. A zene és zeneterápia fontos regulátorai a fizikai, szociális és pszichológiai jólétnek. Kimutatták, hogy koraszülöttek oxigénszaturációja zeneterápia alatt nő, és gyorsabban gyarapodnak. A zene csökkentheti a fájdalmat, pl. a posztoperatív betegek fájdalomcsillapító- és nyugtatószükséglete csökkent. Kimutatták, hogy intenzív osztályon ápolott betegek szorongását és depresszióját csökkentik, a haldokló betegek életminőségét javítják.

Biológiai alapú terápia

Ezen mindazokat a kezelési módokat értjük, amelyek gyógynövényeket, vitaminokat vagy ún. étrend-kiegészítőket használnak arra, hogy fiziológiai jelenségeket befolyásoljanak. A nyugati országok lakosságának nagyon nagy része használ – betegségek megelőzésre vagy kezelésére – valamit ezek közül. A gyermekek körében a leggyakrabban a kamillát és az Echinacea-tartalmú készítményeket alkalmazzák, de népszerűségét tekintve a C-vitamin- és multivitamin-készítmények, valamint ásványi anyagok (pl. cink, kalcium, magnézium) használata dominál. Gyakori a halolaj- vagy omega3-készítmények, valamint a melatonin alkalmazása is. A táplálékkiegészítők, vitamin- és ásványianyag-készítmények recept nélkül kaphatók, nemcsak a gyógyszertárakban, hanem szupermarketekben, drogériákban és másutt, hatalmas profitot biztosítva a gyártóknak és forgalmazóknak. Az Egyesült Államokban az FDA (Federal Drug Administration) engedélyezi ezek árusítását, de az engedélyezés követelményei nem olyan szigorúak, mint gyógyszerek esetén. A szabályozás az élelmiszerekhez hasonló, vagyis nem garantálja, hogy hatásos vagy veszélytelen az adott készítmény. Európában és hazánkban még lazább a szabályozás, eddig gyakorlatilag minden kontroll nélkül árulhatták őket, és sem pre-, sem post-marketingvizsgálatok nem állnak rendelkezésre hatásosságukról vagy ártalmasságukról. Magyarországon 1987 óta létezik a gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények elnevezésű kategória, amelybe azok a természetes eredetű anyagokat (növényi, állati, ásványi anyagokat, vitaminokat) tartalmazó készítmények tartoznak, amelyek bizonyítottan kedvező biológiai hatással rendelkeznek, orvosi előírás nélkül is alkalmazhatók és előírászerű használatuk esetén egészségi ártalmat nem okoznak. A növényi összetevőket tartalmazó készítményekre vonatkozó szabályozás 2011. január elsejével megváltozott, vagy valódi gyógyszerré vagy hagyományos növényi gyógyszerré kell minősíteni őket.

Az étrend-kiegészítőkre vonatkozóan az EU-irányelvnek megfelelően nincs előzetes, kötelező engedélyezés és helyette csak ún. bejelentési (notifikációs) kötelezettség van, ami nem jelent mást, mint a termék címkéjének és adatlapjának benyújtását az Országos Élelmezés Tudományi Intézetnek. Több európai uniós tagállam még a notifikáció lehetőségével sem él; a hatósági munka kizárólag a panaszbejelentésekre, vagy a szűrőpróbaszerű ellenőrzésekre épít. A termékek jelölése, megjelenítése és

hirdetése viszont nem állíthatja vagy sugallhatja, hogy az étrend-kiegészítő betegségek megelőzésére, kezelésére alkalmas, vagy ilyen tulajdonsága van.

Manipulatív technikák

Ezek a test egyes részeinek mozgatásán alapulnak, ilyen a masszáz, chiropraktika és az osteopathia. A masszáz ósidők óta ismert hatásos technika, melynek terápiás, interperszonális és kulturális vonatkozásai is vannak. Ezek a technikák számos fiziológiai hatással rendelkeznek, fokozzák a vér- és nyirokkeringést, fokozzák az immunitást (elsősorban az NK – [natural killer] – sejtek aktivitását), idegrendszeri hatásuk van, egyes hormonok koncentrációját megváltoztatják stb. A masszáz hatását egyes eszenciális olajok használata fokozhatja. A chiropraktika és osteopathia az ún. manuális medicina része, amely a mozgásszervek betegségeinek megelőzésével és kezelésével foglalkozik, de az alkalmazott technikát a szervezet egészének gyógyítására használja.

Alternatív orvosi módszerek

Ezek a nyugati orvoslás területén kívül eső, tradicionális, kulturális gyökerű gyógymódok. Többnyire diétás, életmódbeli, növényi eredetű gyógyszeres, testmozgással összefüggő eljárások és spirituális gyakorlatok összességét jelentik. Közülük nálunk is elterjedt az indiai eredetű Ájurvéda és a kínai tradicionális orvoslás. A nyugati világban azonban e gyógymódok kulturális és metafizikus alapjai gyakran nem ismertek, így például az akupunktúra akkor is jól alkalmazható, ha a praktizáló nem ismeri az 5 elemről szóló elméletet, amelyen a gyógymód eredetileg alapul. A taoizmus szerint a vitalitás számtalan megnyilvánulása öt elem egymásra ható játékából születik és múlik el, ezek: a tűz, a föld, a fém, a víz és a fa. Ahogy az öt elem egymásra hatása nyomán egyensúlyban van a világmindenség, az emberi szervezet, mely az univerzum mikrokozmosza, ugyanígy ezeknek köszönhetően tartja egyensúlyban szellemi és testi harmóniáját. Az akupunktúra elmélete szerint a szervezet „vitális” energiája – a chi – ún. meridiánokban, csatornáknak kering. Ha ezek a csatornák eldugulnak, a chi keringése leáll, betegség keletkezik, ha a chi keringése helyreáll, a betegség megszűnik. A meridiánok ismert pontjainak ingerlése alkalmas a chi keringésének visszaállítására. Az akupunktúra elsősorban a krónikus fájdalom csillapítására alkalmas, és gyermekeknél is jól alkalmazható.

Az alternatív orvoslás körébe tartozik a homeopátia is. A homeopátiás terápia köz-

pontjában a „hasonló gyógyítja a hasonlót” elve áll, amely azt jelenti, hogy a betegséget azzal a szerrel kell gyógyítani, amely egészséges emberekben az adott betegséghez hasonló tüneteket okoz. A homeopátia azon az elven alapul, hogy kis mennyiségben, nagy hígításban adva, bizonyos anyagok – olyanok, amelyek nagyobb mennyiségben tüneteket vagy betegséget okoznak – stimulálják a szervezet természetes védekezőképességét. A homeopátiás gyógyszereket fokozatosan hígítják (a harmincszoros hígítás az elfogadott) és közben alaposan rázzák. Ezt hívják a homeopátiában „potenciozás”-nak, és a homeopáták szerint ezzel az eredeti anyag információját vagy energiáját átadják a folyadéknak. A legtöbb homeopátiás gyógyszer olyan nagyfokban hígított, hogy abban az eredeti anyagnak már egy molekulája sem található meg, de a homeopáták úgy gondolják, hogy az eredeti anyag valamilyen módon mégis hat, lényeges tulajdonságait „átadja” a folyadéknak (ezt hívják a „víz memóriája”-nak) és ezzel stimulálja a szervezet öngyógyító tulajdonságát. A homeopátiás gyógyszereket bizonyos állapotok kezelésére, megelőzésére vagy a tünetek csökkentésére használják, például asztma, allergia, krónikus fáradtság szindróma, depresszió, fejfájás stb. esetén. A rendelkezésre álló adatok szisztémás elemzése alapján a homeopátiás szerek nagy hígításban biztonságosnak mondhatók, hatásosságukról viszont tudományos „evidence based” adatok nem állnak rendelkezésre.

Energiakezelés

Ennek lényege, hogy érintéssel befolyásolni lehet a szervezet energiarendszereit, a chi-t vagy más szóval az életerőt. Ilyen módszer az ún. „terápiás érintés” a „gyógyító érintés”. Az ilyen kezeléseket gyakorolók sokszor nem is érintik meg a beteget, a bioenergiái gyógyító hatást a kezükkel fejtik ki, amelyet rendszerint a beteg testrésze felett mozgatnak. Egy másik hasonló technika a Japánból származó Reiki. Ebbe a csoportba tartozik a mágneses kezelés is, amely mérhető elektromágneses mezőket használ a megmagyarázhatatlan fájdalom kezelésére. E technikák természetesen semmiféle mellékhatással nem rendelkeznek, és alkalmasak lehetnek a félelem vagy fájdalom csillapítására, vagy a relaxációra.

HOGYAN BESZÉLJÜNK BETEGEINKKEL A KOMPLEMENTER ÉS ALTERNATÍV ORVOSLÁSRÓL?

Az orvosok nagy része attól fél, hogy a CAM káros, mert a betegek elfordulnak a

hagyományos orvoslástól és ezzel esetleg jöveteletlen kárt okoznak maguknak. A tények azonban nem támasztják alá ezt a félelmet. A szülők nagy része bízik gyermekorvosában és az általa ajánlott gyógymódban, és a CAM-t tényleg csak kiegészítő kezelésként veszi igénybe. A CAM elsősorban azért népszerű, mert a kezelés során az ezzel foglalkozók képesek elegendő időt, figyelmet fordítani a hozzájuk fordulókra, empátikusak, egyúttal reményt, vigaszt és a beteg kulturális hátterének megfelelő kezelést nyújtanak. A komplementer és alternatív gyógymódokról való előítélet-mentes, tárgyyszerű beszélgetés, kérdések feltevése az ítéletek kimondása helyett, segíthet abban, hogy a szülő bizalommal forduljon gyermekorvosához esetlegesen ilyen irányú kérdéseivel.

A könyv felsorol néhány fontos, az orvos számára lényeges információt adó tárgykört, kérdést. Magyarországon ezek egy része olyan, amelyet a privát szférába való durva beavatkozásnak tartanak, de megfelelő tapintattal, rávezetéssel sok olyan – a gyógyítás eredményességéhez sokszor nagyon fontos – adat is megtudható, amely egyébként rejtve maradna. Ilyen a hit, a vallási meggyőződés, a spiritualitás. Fontos lehet a gyermek és a család aktivitása, a család összetétele, a hobbik, a szülők foglalkozása, a szabadidő eltöltése. Rá lehet és kell kérdezni arra, hogy használnak-e vitamint, multivitamint, ásványi anyagokat tartalmazó készítményeket, recept nélkül kapható gyógyszereket (láz- és fájdalomcsillapítók, köhögés vagy székrekedés elleni szerek stb.), gyógynövénytartalmú szereket, valamilyen speciális diétát vagy bármi más gyógyszert. Hasznos, ha a szülők magukkal hozzák mindazt a szert, amelyet a gyermek rendszeresen vagy az adott periódusban kap, így megakadályozható, hogy bizonyos interakciók jöjjenek létre az előírt gyógyszerekkel (mint az pl. orbáncfű esetében ismert, amely számos gyógyszer felszívódását változtatja meg). Természetesen ki kell térni az eddigi betegségekre, műtétekre, immunizációra, kórházi kezelésre.

TANÁCSADÁS A CAM-RÓL

A beszélgetés célja az, hogy etikailag elfogadható, tudományosan megalapozott, őszinte és jogilag támadhatatlan tanácsot adjunk. Nagyon fontos annak megállapítása, hogy a CAM alkalmazása a hagyományos orvoslás elvetését jelenti-e, és hogy ezzel a gyermek életét, gyógyulását veszélyezteti-e. Fontos tisztázni a CAM esetleges veszélyességét, és azt, hogy ismerten hatásos vagy hatástalan gyógymódról van-e szó. Amennyiben a gyógymód veszélyes

vagy hatástalan és potenciálisan veszélyes, az orvos felelőssége, hogy a kezelést leállítsa. A beszélgetés során kerülni kell a pejoratív kifejezéseket, arra kell törekedni, hogy a szülő szövetségessé, ne pedig ellenessé legyen a gyermekorvosban. Jó taktika, ha megkérdezzük a szülő véleményét az alternatív kezeléssel, mielőtt magunk mondunk véleményt. Felajánlhatjuk, hogy mi is információt keresünk az adott gyógymódról, esetleg beszélünk az alternatív kezelést nyújtó személlyel, és azt a szülővel megbeszéljük. Fel kell deríteni, hogy a szülő a CAM-t befolyástól mentesen, teljes és részletes felvilágosítás alapján választotta-e.

HOGYAN VISZONYULJUNK A CAM-T NYÚJTÓKHOZ?

Magyarországon – az Egyesült Államokkal szemben – nem jellemző hogy a CAM-t nyújtók kórházi, rendelőintézeti keretekben, az orvosokkal együtt rendelnek, és csak bizonyos területek művelői rendelkeznek orvosi és ilyen irányú akkreditált képességgel (pl. akupunktúra, homeopátia esetén ez így van). A gyermekorvosnak ezért igen megfontoltan kell javasolnia ilyen kezelést, és a CAM-kezelésnek összhangban kell lennie az alkalmazott orvosi gyógymóddal. Magyarországon létezik egy egyetemi tanszék (POTE), amely a CAM-val foglalkozik, kutatja és oktatja is. A teljes jogi szabályozás még várat magára, bár 1997-ben a természetgyógyászat jogi szabályozásának első kezdeménye (40/1997. (III.5.) Korm. és 11/1997. (V.28.) NM rendelet) megjelent, mely a természetgyógyászatot egészségügyi tevékenységgé nyilvánította, gyakorlását iskolázottsághoz, szakirányú képzettséghez, vizsgához köti. Ennek ellenére rengeteg a kurzus, a sarlatán, akik megfelelő képzés nélkül, többnyire anyagi megfontolásból, az emberek hiszékenységére építve diszkreditálják a CAM-t. Az orvos–beteg kapcsolat individuális (és társadalmi) szintű problémái hozzájárulhatnak a CAM virágzásához, ami akkor jelenthet igazán veszélyt, ha a két ellátási szektor teljesen elkülönül. A CAM-igénybevevők attitűdjeiben megjelenik a hagyományos orvoslással, a hivatalos egészségüggyel való elégedetlenség. Ugyanakkor a bizonyíthatóan jótékony hatású eljárások szerepet kaphatnak a krónikus, nem halálos betegségek kezelésében, a rehabilitációban, a mentálhigiéniés ellátásban, különös tekintettel a prevencióra, az egészségfejlesztésre. A házi orvosok és házi gyermekorvosok számára nem csupán az orvos–beteg kapcsolat erősítését szolgáló kommunikációs és önismereti készségek fejlesztése, de a természet-

gyógyászattal kapcsolatos alapvető ismeretek megszerzése is egyre nagyobb jelentőséget kap.

Végezetül néhány irodalmi hivatkozás az érdeklődőknek:

Gilmour J, Harrison C, Asadi L, Cohen MH, Vohra S.: Complementary and alternative medicine practitioners' standard of care: responsibilities to patients and parents. *Pediatrics*. 2011;128 Suppl 4:S200-5.

Gilmour J, Harrison C, Asadi L, Cohen MH, Vohra S.: Referrals and shared or collaborative care: managing relationships with complementary and alternative medicine practitioners. *Pediatrics*. 2011;128 Suppl 4:S181-6

Gilmour J, Harrison C, Asadi L, Cohen MH, Vohra S.: Natural health product-drug interactions: evolving responsibilities to take complementary and alternative medicine into account. *Pediatrics*. 2011;128 Suppl 4:S155-60.

Gilmour J, Harrison C, Cohen MH, Vohra S.: Pediatric use of complementary and alternative medicine: legal, ethical, and clinical issues in decision-making. *Pediatrics*. 2011;128 Suppl 4:S149-54

McClafferty H: Complementary, holistic, and integrative medicine: mind-body medicine. *Pediatr Rev*. 2011 May;32(5):201-3

Ben-Arye E, Traube Z, Schachter L, Haimi M, Levy M, Schiff E, Lev E.: Integrative pediatric care: parents' attitudes toward communication of physicians and CAM practitioners. *Pediatrics*. 2011; 127 (1): e84-95

Cohen MH, Kemper KJ: Complementary therapies in pediatrics: a legal perspective. *Pediatrics*. 2005;115:774

Sibinga EM et al: Parent-pediatrician communication about complementary and alternative medicine use for children. *Clin Pediatr (Phila)* 2004;43:367

Pitetti R et al: Complementary and alternative medicine use in children. *Pediatr Emerg Care* 2001;17:165

Sawani-Sikand A et al: Use of complementary/alternative therapies among children in primary care pediatrics. *Ambul Pediatr* 2002;2:99

Wilson KM, Klein JD: Adolescents' use of complementary and alternative medicine. *Ambul Pediatr* 2002;2:104



HPV-vakcináció – stratégia – hatékonyság

Dr. Mészáros Gyula
SZTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

A HPV-vakcináció bevezetése óta eltelt idő lehetőséget ad a kérdés szélesebb körű áttekintésére is, mivel az egyén számára vitathatatlan előnyökkel járó védelem mellett annak társadalmi vonzatait is értékelhetjük.

A HPV high risk (leggyakrabban a HPV 16 és 18) típusai által okozott rosszindulatú méhnyak-, vulva-, és hüvelyrákok, férfiaknál a penisrák mellett a mindkét nemben előforduló végbélnyílás körüli rákok kezeletlen eseteiben mind az élettartam meg rövidülésével, mind az életminőség jelentős megromlásával kell számolni. A HPV low risk (HPV 6, 11) okozta nemi szervi szemölcs (condyloma acuminatum) gyakori betegség, élete során minden 10. embert érinthet.(1) Az élettartamot nem csökkenti, azonban az életminőséget jelentősen rontja, főként a mind az egyén, mind a társadalom szempontjából jelentős fertilitási életszakaszban.

A vakcináció nyújtotta lehetőség a HPV 16 és 18-as típusai által okozott méhnyakrákok (az összes cervixrák 70–85%-a), illetve a condylomák 95–97 százalékának a megelőzésére messze elmarad a lehetőségtől, s ennek nem csak anyagi okai vannak. A hatékony védekezéshez legalább 75–80%-os átoltottság szükséges, ez csak a HPV elleni vakcináció támogatottá tételével lehetséges. Amíg a szervezett, támogatott vakcináció kérdése nem megoldott, az egyéni HPV-prevenció felelőssége a kezelőorvosé: neki kell eldönteni a rendelkezésre álló, esetenként nem egyértelmű információk alapján, hogy melyik vakcinát ajánlja a páciensének. A korrekt döntés meghozatalához az alábbi szempontokat érdemes figyelembe venni.

HATÁSSPEKTRUM

Amennyiben a cél a méhnyakrák hatékony megelőzése, mind a bivalens (HPV 16, 18), mind a quadrivalens (HPV 6, 11, 16, 18) vakcina egyformán jó hatékonysággal alkalmazható. Ha a ritkábban előforduló vulva és a hüvely rosszindulatú daganatait, valamint a méhnyakráknál nagyságrenddel gyakoribb nemi szervi szemölcsök kialakulásának a megelőzését is el akarjuk érni, erre csak a quadrivalens vakcina alkalmazása esetén van lehetőség. (Az egyes védőoltások esetében a különböző megbetegedések megelőzésének lehetőségét

klinikai vizsgálatokkal kell igazolni. Erről a vakcinák hatályos alkalmazási előírásai tartalmaznak bővebb információt.)

HATÉKONYSÁG, A VÉDELEM TARTÓSSÁGA, ANTITESTSZINTEK

Az immunogenitást értékelhetjük a kiváltott antitestszint emelkedésének mérésével, így következtetve a védőoltás hatékonyságára. Az antitest-titer azonban a szervezet válaszreakciójának csupán az egyik paramétere, az antitestek jelenléte vagy hiánya önmagában még nem jelenti azt, hogy az illető védett vagy sem. Például bizonyos gyermekkori védőoltások (kanyaró, rubeola) által indukált antitestek szintje az idővel csökken, azonban revakcináció, vagy infekció másodlagos immunválaszt okoz antitesttermeléssel – ennek magyarázata az immunmemória.(2) Emellett neutralizáló antitestek számos epitóp* ellen termelődnek a vakcinációt követően. Egyes ellenanyagszint-mérési módszerek (pl. cLIA) csak egyetlen epitóp ellen termelt antitestek szintjét mérik, míg más módszerek (pl. teljes IgG-meghatározás) az összes termelődött antitest szintjét határozzák meg. A forgalomban lévő HPV-vakcinák klinikai vizsgálata során különböző módszereket alkalmaztak, így az eredmények sem összehasonlíthatóak. Ha pl. a quadrivalens vakcina esetében is – a bivalens vakcinához hasonlóan – teljes IgG-meghatározást végzünk, a HPV 6, 11, 16 és 18-as típusával szembeni szeropozitivitás aránya tartósan magas marad, a 18-as típusal szemben például 48 hónap elteltével is 96,7%.(3)

Mivel azonban egyik HPV-vakcina esetében sem határoztak meg a védőhatással összefüggő minimális antitest-titert, így más szempontokat is érdemes szem előtt tartanunk a hatékonyság megítélésakor.

VALÓDI BIZONYÍTÉKOK

A tartós védelem valódi bizonyítékai a kemény végpontú populációs vizsgálatok. A hatékonyság megítélésének másik lehetősége az oltottak körében a megelőzni kívánt elváltozások számának értékelése. A megelőzött, a HPV 16 és 18-as típusai által kiváltott CIN III, carcinoma in situ esetek aránya mindkét vakcina klinikai vizsgálataiban hasonló, közel 100%.

A vakcináció társadalmi, a valós életben tapasztalható hatásait azonban csak populációs vizsgálatokban értékelhetjük. Ausztráliában, Victoria államban 2007. április 1-től nemzeti HPV-vakcinációs program keretein belül alkalmazták a quadrivalens vakcinát a 12–13 éves lányok körében. A 13–17 éves lányoknak iskolai felzárkóztató, a 18–26 éves nőknek választható oltási programban biztosítják az oltáshoz való hozzáférést. A vizsgálatban a vakcinációt követő 3 éves periódusban előforduló nagyfokú méhnyakeltérések gyakoriságát hasonlították össze a vakcinációt megelőző időszakban megfigyelhető előfordulással. A vakcináció bevezetésével 3 éven belül 38%-kal csökkent a méhnyakrákmegelőző állapotainak előfordulási gyakorisága a 18 évesnél fiatalabb korosztályban. Két éven belül örömteli, 59%-os csökkenés mutatkozott a condyloma előfordulási gyakoriságában is a 26 évesnél fiatalabb nők körében. Emellett a heteroszexuális, 26 évnél fiatalabb férfiak körében 39%-os, következményes csökkenés volt megfigyelhető a condylomák előfordulásában, bizonyítva az átoltottság növekedésének populációs hatásait.(4,5)

Az Egyesült Királyságban a szervezett HPV-prevenció 2008-tól a bivalens vakcinával történt. A programmal kapcsolatban számos kritika fogalmazódott meg a condyloma megelőzésének elszalasztott lehetősége miatt. Emellett a két forgalomban lévő vakcinával elvégzett gazdaságossági összehasonlítás eredménye szerint kizárólag a vakcinák alkalmazási előírásaiban szereplő daganatok megelőzését figyelembe véve a két vakcina adagonkénti árkülönbségét 48–68 angol fontban határozták meg, mivel a vulva, vagina és a végbélnyílás daganatainak megelőzéséből származó előny kizárólag a quadrivalens vakcina esetében áll fenn. A fentiek eredményeként az Egyesült Királyság egészségügyi kormányzata az alkalmazott HPV-vakcina cseréjéről döntött: 2012 szeptemberétől a quadrivalens vakcinát alkalmazzák a nemzeti HPV-prevenációs programjukban.(6,7)

A fenti példák élesen rávilágítanak az egészségügyi döntéshozók és az orvosok felelősségére.

Összességében a méhnyakrák elleni védelem tekintetében mindkét vakcinával hasonlóan jó eredményeket lehet elérni.

A Silgard ezenkívül a vulva- és vaginarak, és a mindkét nemben előforduló nemi szer- vi szemölcsök ellen is hatékony védelmet biztosít. A vakcináció azonban nem helyet- tesíti a szűrővizsgálatokon való rendszeres részvételt.

**Epitóp: az antigén azon része, amely ellen antitestek termelődnek*

Irodalom:

1 Tortolero-Luna G. Epidemiology of genital human papil- lomavirus vaccine. Clin Infect Dis 2007;45:609-617.

2 Nelson WE. A gyermekgyógyászat tankönyve: 1015. Me- lania Kiadói Kft., Budapest, 1997.

3 Brown DR. et al. The humoral response to Gardasil over four years as defined by Total IgG and competitive luminex immunoassay. Human Vaccines 7:2, 1-9; February 2011.

4 Brotherton JML. et al. Early effect of the HPV vaccination programme on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study. Lancet 2011;377:2085-92.

5 Donovan B. et al. Quadrivalent human papillomavirus vaccination and trends in genital warts in Australia: analysis of national sentinel surveillance data. Lancet Infect Dis 2011; 11:39-44

6 Kmiotowicz Z. UK will use Gardasil in its HPV vaccination programme from next September. BMJ 2011;343:d7694.

7 Jit M. et al. Comparing bivalent and quadrivalent human papillomavirus vaccines: economic evaluation based on transmission model. BMJ 2011;343:d5775.

8 Mészáros Gy. A HPV elleni vakcináció pragmatikus kérdé- sei. Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle 2011. 13.2.75-76.

A közlemény megjelenését az MSD tette lehető- vé. A közleményben közölt információk a szer- ző véleményét tükrözik, amely eltérhet az MSD álláspontjától. A megemlített termékek hasz- nálatakor az érvényes alkalmazási előírás az irányadó.

Diagnóziskereső program a gyermekorvosi gyakorlatban

Dr. Wilhelm Ottó házi gyermekorvos és genetikai tanácsadó, Székesfehérvár

Diagnosztikus munkánkat az alábbi objek- tív okok korlátozhatják: behatárolt memó- riakapacitásunk, az információhiány, az információtárolás nehézségei (könyv, cikk), valamint az irodalmi ismeretek robba- násszerű gyarapodása. Nehézségeket okozhat a betegségek oligoszimptomás (atípusos) megjelenése, vagy betegségek együttes jelentkezése is. Sokszor nincs per- dőtőn specifikus tünet, és nagy a tüne- tek átfedése az egyes kórképek között.

A kórimézést szubjektív tényezők is befolyásolhatják: felejtés, fáradtság, a fi- gyelem csökkenése, időhiány, zsúfolt váró, a munka szervezetlensége, önteltség, kis- hitűség.

A fentiek alapján az optimális, elméle- tileg elvárható és az éppen nyújtott diag- nosztikus tevékenységek között helyen- ként, alkalmanként és orvosonként is je- lentős eltérések adódhatnak. A kórimézé- si hatékonyság javítása, az optimálishoz közelítés nemcsak etikai, hanem társadal- mi és jogi igény is. Ez a bizonyítékokon alapuló orvoslás elvárása is. Ha a házi orv- osok és a házi gyermekorvosok kapuőr és betegút szervező szerepét fontosnak tart- juk, akkor a diagnosztikus munka haté- konyságát és biztonságosságát is fokozni szükséges. Erre készlet bennünket társadal- mi szorongatottságunk, és az orvospek- rek számának növekedése is.

A mai pénzhiányos körülmények miatt a túlterheltséggel és fogyatkozó orvoslét- számmal küszködő alapellátás számára a munka minőségének javítására az egyik leghasználhatóbb lehetőségnek a számí- tógépes diagnóziskeresés meghonosítása kínálkozik. Ennek alkalmazása révén keve- sebb fölösleges vizsgálatra, konzíliumra, kórházi beutalásra lenne szükség; célzo- tabb, biztonságosabb, gyorsabb, gazdasá-

gosabb diagnosztikus vizsgálati tervek valósulhatnának meg, a kollégák nagyobb biztonságban érezhetnék magukat, és csökkennének a tévedési lehetőségek is.

Az ismeretek regisztrálásában, elraktá- rozásában, a tünetek és a betegségek kö- zötti kapcsolatteremtésben, az ismeretek szelektálásában, a memóriakapacitásunk megnövelésében a számítógép óriási se- gítségnyújt. A komputerdiagnosztika azért is hasznos, mert adatbázisa nem tör- lödik („nem felejt”), ezért biztonságos, általa az objektív és szubjektív korlátok tágíthatók, gyors és hatékony módszer biztosít a kivizsgálás megtervezésére, de képzésre, továbbképzésre és az ismeretek ellenőrzésére is használható.

Az általunk több lépcsőben kifejlesztett Betegség Azonosító Programot (BAP) szá- mos kézikönyv és folyóirat ismeretanyagá- nak felhasználásával fejlesztettük ki. Ez a komputer-adatbázis 9 557 tünet alapján 8 301 betegség közül válogat, a kapcsola- tok száma közel 87 000. Felhasználható- sága kiterjed a gyermekgyógyászat és a felnőtt-alapellátás területére is.

A komputeres diagnóziskereső a való- színűsítés során elvégzi a kvantitatív sze- lekciót, és sorrendiséget állít fel a tünet- megegyezés gyakorisága szerint. Progra- munk kellő körültekintéssel kvalitatív sze- lekcióra is képes, és a karakterisztikus tü- netek alapján elősegíti a logikai válogatást is. Természetesen egy segédeszköz sem nem mérlegelhet, sem nem dönthet, mivel ezek kizárólag intellektuális, tehát orvosi feladatok! Ám a felvetések alapján újabb tünetek, illetve bizonyítékok gyűjtésére, pótlására sarkall, ezért az additív szelekció- hoz is hozzásegíthet.

A komputeres diagnóziskeresés ismere- te igényességre, precizitásra ösztönöz, hi-

szén a tünet keresésének aprólékosnak, kiterjedtnek és korrektnek, a tünetmegne- vezésnek adekvátnak, a helyes nómenkla- túrát követőnek kell lennie. Fontos, hogy a tünetlista megszerkesztésében rangso- rolás érvényesüljön, a ritka, különleges, egyedi, jellemző tüneteket a rangsor élére kell helyezni. A BAP „válasza” alapján a valószínűtlen felvetéseket szelektálhatjuk.

HOGYAN MŰKÖDIK A BAP?

A hatékony diagnóziskeresés érdekében célszerű a legritkább, legjellegzetesebb tüneteket elsők között bejelölni. A tünet- listát tartalmazó értékelőlap segítségével az orvos könnyen, gyorsan tájékozódhat a számításba jövő betegségekről, ezek sor- rendjét az azonosított tünetek száma ha- tározza meg. A lehetségesnek tartott be- tegségek mellé a további, bizonyító erejű tünet, laboratóriumi, ill. képalkotó vizsgá- lat igényét érdemes hozzáírni. Ezáltal meg- tervezhetjük a további vizsgálatokat is.

A program házi gyermekorvosi és gene- tikai munkám során is bizonyította hasz- noságát és megbízhatóságát. Ellenőrzését más-más kollégákkal végeztük el, több mint száz alkalommal, kiemelkedő hatás- fokkal. Most az OEP által nyújtott eszköz- támogatási hitel módot ad a házi orvosok és házi gyermekorvosok számítógépes rendszereinek fejlesztésére. A BAP olyan hazai fejlesztésű szoftver, melynek beszer- zése így anyagi megterhelés nélkül szolgál- hatná az alapellátó kollégákat.

Irodalomjegyzék a szerkesztőségben

Információ: www.otto.drwilhelm.hu, vagy gyk15.wo@humanszolg.hu, telefon/fax: 22/503-750. Rendszergazda: Deltatrade Kft. deltatrade@deltatrade.hu



Mindent a margarinról - tények és tévHITEK!

ÁLTALÁNOS TÉVHIT

A margarin egy iparilag előállított élelmiszer, amit ráadásul hidrogénezett növényi olajból készítenek!

AZ IGAZSÁG

A margarint születésekor az 1800-as évek közepén kézzel készítették, az ipari gyártás a XX. századra vált elterjedté. Mára a margarint a többi élelmiszerhez hasonlóan főként ipari körülmények között állítják elő, de ott is lehet margarint készíteni, ha nem sajnáljuk rá az időt és az energiát. A margarint növényi olajokból, természetesen is szilárd növényi zsírból és vízből keverik. A jó minőségű margarinokban nincs hidrogénezett növényi olaj, hiszen a modern gyártási technológiák során már nincs szükség erre.

ÁLTALÁNOS TÉVHIT

A margarin magas transzsav tartalma miatt káros az egészségre.

AZ IGAZSÁG

A táplálkozási ajánlások, így az Országos Élelmezés-és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) is light margarint javasolják kenyérkenésre a változatos és a kiegyensúlyozott étrend részeként. Ennek hátterében az áll, hogy a margarin alapjául szolgáló növényi olajok telítetlen zsírsavtartalma élettanilag kedvező hatású, tehát érdemes beépíteni az étrendbe. A transz zsírok olyan zsírsavak, amelyek szerkezetükben

eltérnek a telített zsírsavaktól, és kimutathatóan rossz élettani hatásúak az emberi szervezetre nagy mennyiségben. A transz zsírok többek között a növényi olajok hidrogénezése során keletkeznek nagyobb mennyiségben. A jó minőségű margarinok ma már nem tartalmaznak hidrogénezett növényi olajokat, így a transz zsírsav-tartalmuk a megengedett határérték (1%EN) alatt van. A margarinok transz zsírsav-tartalmát sok esetben ellenőrizhetjük a csomagoláson.

ÁLTALÁNOS TÉVHIT

A margarin magas arányban tartalmaz transz zsírokat, amelyek emelik a vér koleszterinszintjét.

AZ IGAZSÁG

A magas koleszterinszint a szív- és érrendszeri betegségek egyik fő rizikófaktora, így nagyon fontos odafigyelni az ideális koleszterinszint fenntartására. A leggyakrabban kétféle koleszterinről beszélnek: LDL - „rossz” koleszterin és HDL- „jó” koleszterin. A transz zsírsav nemcsak emeli a rossz koleszterinszintet, de csökkenti a koleszterinszint normalizálásában jelentős szerepet játszó HDL, azaz „jó” koleszterin szintjét is. Mint korábban említettük, a margarinok nem tartalmaznak hidrogénezett növényi zsírokat, így transz zsírsav tartalmuk elenyésző. Viszont jó minőségű növényi olajokból készülnek, amelyek többnyire telítetlen zsírsavakat tartalmaznak, így nem növelik a „rossz” ko-

leszterin szintjét. Ma már létezik olyan növényi szterinnel készült margarin is, amely növényi szterintartalmának köszönhetően hozzájárul a normál koleszterinszint fenntartásához.

ÁLTALÁNOS TÉVHIT

A margarinban rengeteg kalória található, így az étrendjükre odafigyelő fogyasztóknak kerülnie kell a margarinok fogyasztását!

AZ IGAZSÁG

A margarin is zsír, így a magas zsírtartalmú margarinok kalóriatartalma a növényi olajokéhoz, a vajhoz és az egyéb zsírokhoz hasonló. Ma már azonban rendelkezésre állnak csökkentett zsírtartalmú margarinok, amelyek zsírtartalmuktól függően kevesebb kalóriát tartalmaznak. Az emberi szervezetnek szüksége van zsírokra, amelyek nemcsak a zsírban oldódó vitaminok hasznosulásában, de számos élettani folyamatban (energiaellátás, hormonális, idegi, sejtmembrán épülése stb.) jelentős szerepet játszanak. Emiatt sem a telítetlen, sem pedig a telített zsírok nem iktathatóak ki teljes egészében az étrendünkéből, a teljes energia-bevitel 15-30%-nak zsírokból kell származnia. A táplálkozásukra odafigyelőknek is fontos zsírt fogyasztaniuk, de nem mindegy, hogy mit választanak. Érdemes az esszenciális zsírokban és telítetlen zsírokban gazdag növényi olajokat, olajos magvakat, margarinokat fogyasztaniuk nagyobb arányban.



Török Eszter

EGY KIS PLUSZ A PRAXISHOZ

KÖZTUDOTT, HOGY AZ IDEI JOGSZABÁLYVÁLTOZÁSOK IS ERŐSEN ÉRINTIK AZ EGÉSZSÉGÜGYET. ÚJ SZABÁLYOK VONATKOZNAK PÉLDÁUL ÉV ELEJÉTŐL AZ ADÓZÁSRA, ÍGY MOSTANTÓL IGÉNYELHETŐ ADÓMENTES CÉGES EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS – DE NEM KEVÉS ÚJDONSÁGOT TALÁLHATUNK A FINANSZÍROZÁSBAN IS. A BANKOK IS FOLYAMATOSAN FIGYELEMMEL KÍSÉRIK AZ EGÉSZSÉGÜGYET ÉRINTŐ VÁLTOZÁSOKAT. HOGY MIÉRT? **TÖRÖK ESZTER**, AZ UNICREDIT BANK KISVÁLLALATI SZEGMENSÉNEK VEZETŐJÉT KÉRDEZTÜK ERRŐL.

TÖRÖK ESZTER: Eddig is számos szolgáltatást, speciális ajánlatot kínáltunk kifejezetten orvosoknak és orvosi vállalkozásoknak. Figyeljük a működésüket befolyásoló törvények változásait is annak érdekében, hogy azonnal biztosítani tudjuk a működéshez szükséges pénzügyi megoldásokat. Az egészségügyben működő vállalkozások finanszírozási feltételei időnként változnak, és az UniCredit szakértő partner a legmegfelelőbb finanszírozási formák megtalálásában és kiválasztásában.

Mondana egy konkrét példát is, hogy mi segítheti az orvosi vállalkozásokat a finanszírozásban?

T.E.: Természetesen. A tavalyi év végén hatályba lépett az a kormányrendelet, amely a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi alapellátást nyújtó vállalkozások támogatásáról szól. Praxis Plusz hitelünk e jogszabály alapján a már jóváhagyott eszközvásárlási támogatás előfinanszírozására szolgál. Az előfinanszírozás a vállalkozások életének különösen kritikus pontja, hiszen nagyon sok esetben ez is okozhat likviditási problémákat. A Praxis Plusz Hitel ezeket hidalja át.

Kik vehetik igénybe a támogatást és hozzá a hitelt?

T.E.: A potenciális igénylők köre meglehetősen széles. Minden – a jogszabályi feltételeknek megfelelő – háziorvos, házi gyermekorvos és fogorvos számára elérhető ez a termékünk. A Praxis Plusz hitelünk egyik fő előnye, hogy az OEP által már jóváhagyott, de még nem folyósított összeg pozitív hitelbírálatot követően azonnal elérhető és felhasználhatóvá válik ügyfeleink számára. Ennek megfelelően ezt a hitelkonstrukciónkat azoknak ajánljuk, akik már a teljes támogatási összeg megérkezése előtt szeretnék beszerezni a szükséges eszközöket. A beszerzéseket sokszor szinte lehetetlen a támogatási folyósítások ütemezéséhez igazítani. Ha például elromlik egy sterilizátor, akkor azonnal szükség van másikra, gyorsan kell lépni, nem lehet megvárni, amíg a támogatás megérkezik.

Melyek a Praxis Plusz Hitel fő paraméterei?

T.E.: Az igényelt támogatás összegétől függően minimum 600 000 forint és maximum 1 500 000 forint igényelhető hitelként. A hitel futamideje értelemszerűen igazodik az igényelt és előfinanszírozott támogatás futamidejéhez, így minimum 12, legfeljebb 30 hónap lehet.

Milyen célokra fordítható a támogatás, vagyis mihez ad segítséget ez az előfinanszírozási forma?

T.E.: A támogatás közvetlenül a betegellátást szolgáló eszközök beszerzésére használható, vagyis gyakorlatilag bármilyen, a praxis működtetéséhez vagy az ellátáshoz szükséges eszköz vásárolható belőle, amelyre az említett jogszabály lehetőséget ad.

Előfinanszírozás esetében létfontosságú lehet az ügymenet egyszerűsége, illetve a gyors teljesítés. Önök mit tesznek ezért?

T.E.: Kollégáink minden kérdésben segítik az igényelőket. Így például már az első telefonbeszélgetés során pontosan meg tudjuk határozni a támogatás és a hitel igénylésének feltételeit, az igényléshez szükséges, benyújtandó dokumentumok körét. A honlapunkon is megtalálhatók azok az információk, amelyek teljes körűen segítik az előzetes tájékozódást. Amikor pedig az ügyfél már megkötötte az OEP-pel a támogatási szerződést, egyszerűsített hitelbírálatral rövid idő alatt hozzájuthat a nálunk igényelt hitelösszeghez. További könnyebbséget jelenthet, hogy a hitel tárgyi biztosíték nélkül vehető igénybe.

Még nem beszéltünk a törlesztés feltételeiről.

T.E.: Említettem, hogy a Praxis Plusz hitel legnagyobb előnye a rugalmasság: az, hogy az eszközbeszerzéssel nem kell megvárni az állami támogatás folyósításának ütemeit. Ugyanakkor a hitel törlesztése igazodik a támogatás kiutalásához, így aztán maga a törlesztés nem jár túlzott megterheléssel, hiszen a támogatást lehet a hitel törlesztésére fordítani. Ez egyébként egy havi tőketörlesztéses hitel, vagyis a tartozás havonta a támogatás összegével csökken.

Az általában elfoglalt, leterhelt orvosok sokszor nem tudnak sok időt szánni arra, hogy eligazodjanak a pénzügyekben. Nem értenek a banki műveletekhez.

T.E.: Mi a hozzánk forduló ügyfeleinknek, így az egészségügyben dolgozóknak is, teljes körű pénzügyi kiszolgálást kínálunk. Ennek természetesen része a tanácsadás is. Több olyan termékünk is van, amelyet kifejezetten az orvosi célcsoport igényeire szabtuk, tehát érdemes érdeklődniük, hiszen a számlavezetési feltételektől (Praxis számlacsomag) az igényelhető folyószámlahiteleken át (Praxis folyószámlahitel) a hitelkártya-lehetőségekig sokféle megoldást dolgoztunk ki a számukra. Valamennyi ügyfelünk által élvezhető előny, hogy akciónk keretében bankkártyáinkkal az UniCredit ATM-ekből ingyenesen vehetnek fel pénzt, itthon és további 17 országban. Ma már Premium Banking ügyfeleink között is sokan vannak, akik az egészségügyben dolgoznak.

Hová forduljon az, aki igénybe venné a Praxis Plusz Hitelt vagy az imént említett egyéb UniCredit-szolgáltatásokat valamelyikét?

T.E.: Forduljanak bizalommal kisvállalati tanácsadóinkhoz országos hálózatunk bankfiókjában. Kollégáink készséggel segítenek a hozzájuk forduló érdeklődőknek, legyen szó vállalkozásuk pénzügyeinek intézéséről vagy az egyéni ügyféligenyek kiszolgálásáról. Munkatársaink a **06 40 50 40 50**-es telefonszámon is szívesen adnak felvilágosítást.

Az élet csupa változás és lehetőség.
Számíthat ránk.

Üdvözöljük bankunkban!
UniCredit Bank

Az Astellas Pharma Kft. és a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége (MOTESZ) az Astellas-díj elindításával és a kiemelkedő orvosi teljesítmények elismerésével tevélegesen is hozzá kíván járulni ahhoz, hogy az orvosok elismertsége és az orvosi hivatás megbecsülése a társadalom minden rétegében erősödjön. Az Astellas-díj az emberséget és a szakmaiságot egyaránt követendő értéként állítja fókuszba. Míg a jelölt orvosok emberségéről a beküldött történetekkel alapvetően a laikus közönség tesz tanúságot, a szakmai értékelés és minősítés a szakmai környezet értéktétele alapján áll össze. E két vonal a pályázat keretén belül két azonos értékű, önálló folyamatként, a közönségjelölés, ill. a szakmai jelölés formájában jelenik meg.

A díjra 2011-ben az alábbi 5 kategóriában lehetett jelölteket állítani: alapellátás, orvosi diagnosztikai szakterületek, sebészeti jellegű orvosi szakterületek, konzervatív orvosi szakterületek, rehabilitáció és krónikus ellátás

Az év orvosa

2012. február 8-án a Művészetek Palotájában került sor az Astellas Pharma Kft. és a MOTESZ együttműködésében meghirdetett az Év Orvosa 2011. díj átadására.

Az alapellátás kategóriában a jubileumi elismerés első díját a szakmai zsűri a Házi Gyermekorvosok Egyesülete által jelölt

Dr. Páll Gabriella,

gödöllői házi gyermekorvosnak ítélte.



Gratulálunk a másik két díjazottnak, dr. Szabó János hevesi házi orvos és dr. Sebő Zsuzsa pomázi házi gyermekorvos kollégáknak is.

Prebiotikumok alkalmazása az allergiaprevencióban



ALLERGIÁS BETEGSÉGEK ÉS A BÉLFLÓRA

Az ételallergia előfordulási gyakorisága a fejlett világban igen magas, a három év alatti korosztályban 6%, míg a felnőttekben 4% körül mozog¹.

Az Egyesült Államok Betegség Kontroll Centruma (CDC) mindezt a közelmúltban megerősítette, s egyidejűleg megállapította, hogy az ételallergia prevalenciája az elmúlt 18 évben 18 százalékkal nőtt az amerikai gyermekekben². Ezek a számok egyértelműen igazolják, hogy az ételallergia népegészségügyi problémát jelent, s ezért nem véletlenül keresik világszerte azokat az új megelőzési lehetőségeket, amelyek az orális tolerancia egyensúlyának fenntartásával megelőznék az allergiás kórkepek kialakulását.

Az atópiás betegségek gyakorisága eléri az 50 százalékot is két éves korukig azokban a kisdedekben, akiknek az egyik szülője atópiás³. Leggyakoribb az atópiás dermatitis előfordulása, de jelentős számban jelentkezhet ismétlődő obstructív bronchitis is, amelyek epidemiológiai vizsgálatok alapján fontos szerepet játszanak az asthma kialakulásában⁴.

A commensalis bélflóra összetétele fontos szerepet játszik az allergiás szenzitizáció megelőzésében. Ezek a baktériumok a természetes immunválasz kialakulásában fontos szerepet játszó TLR4 receptorokon keresztül hoznak létre olyan szignálokat, amelyek gátolják az ételekkel bekerülő antigénnel szembeni allergiás választ. Björkstén és mtsai igazolták, hogy már újszülött korukban alacsonyabb a bifidobaktériumok és a lactobacillusok száma a bélflórában a később allergiássá váló gyermekekben⁵. Ismert az a tény is, hogy az anyatej oligoszacharidjai igen fontos szerepet játszanak a kedvező bélflóra kialakításában, ami alapvetően fontos az allergia prevenciójában. Feltételezhető volt az is, hogy amennyiben anyatejes táplálásra nincs lehetőség, akkor az anyatej oligoszacharid hatásaihoz hasonló prebiotikus keveréket tartalmazó tápszerek jó hatásúak az allergia prevencióban. Az utóbbi években ez a feltételezés egyértelmű igazolást nyert az alábbiakban ismertetett vizsgálatok alapján.

A commensalis bélflóra összetétele fontos szerepet játszik az allergiás szenzitizáció megelőzésében. Ezek a baktériumok a természetes immunválasz kialakulásában fontos szerepet játszó TLR4 receptorokon keresztül hoznak létre olyan szignálokat, amelyek gátolják az ételekkel bekerülő antigénnel szembeni allergiás választ. Björkstén és mtsai igazolták, hogy már újszülött korukban alacsonyabb a bifidobaktériumok és a lactobacillusok száma a bélflórában a később allergiássá váló gyermekekben⁵. Ismert az a tény is, hogy az anyatej oligoszacharidjai igen fontos szerepet játszanak a kedvező bélflóra kialakításában, ami alapvetően fontos az allergia prevenciójában. Feltételezhető volt az is, hogy amennyiben anyatejes táplálásra nincs lehetőség, akkor az anyatej oligoszacharid hatásaihoz hasonló prebiotikus keveréket tartalmazó tápszerek jó hatásúak az allergia prevencióban. Az utóbbi években ez a feltételezés egyértelmű igazolást nyert az alábbiakban ismertetett vizsgálatok alapján.

Prebiotikummal kiegészített tápszerek preventív hatása az allergiás manifesztációk kialakulására

Allergiára hajlamos csecsemők és kisdedek

Allergiára hajlamos csecsemőkben részleges, vagy extenzív tehéntej-fehérje hidrolizátumot tartalmazó tápszerekkel csökkenteni lehet az allergiás kórkepek kialakulásának a gyakoriságát. A közelmúltban allergiára hajlamos csecsemőkben és kisdedekben elemezték, hogy az extenzív fehérje hidrolizátumot tartalmazó preventív tápszer prebiotikummal történő kiegészítése vajon fokozza-e az allergia megelőző hatást. Dupla vak, randomizált kontrollált vizsgálatban összesen 152 olyan allergiára hajlamos csecsemőt vizsgáltak, akikben a tápszer alkalmazását már két hetes koruk előtt elkezdték és hat hónapos korig folytatták. Prebiotikumként 8 g/l rövid szénláncú galactooligoszacharid (scGOS) és hosszú szénláncú fruktooligoszacharid (lcFOS) 90:10% arányú keverékét alkalmazták, a kontroll

tápszerek placeboként 8 g/l maltodextrint tartalmaztak. A vizsgálat első részében az intervenció végén, hat hónapos korban már kimutatható volt, hogy az atópiás dermatitis és az infekciók kumulatív prevalenciája szignifikánsan csökkent a prebiotikumot tartalmazó csoportban^{6,7}. Ennél is figyelemre méltóbb volt a megfigyelés, hogy a prebiotikum tartalmú tápszereket kapó csecsemőkben a preventív hatás két éves korukban is megfigyelhető volt. Az atópiás dermatitis, a visszatérő obstructív bronchitis és az allergiás urticaria gyakorisága szignifikánsan alacsonyabb (13,6, 7,6, és 1,5%) volt a prebiotikumot kapó csoportban, mint a kontrollokban (27,9, 20,6 és 10,3%) ($p < 0,05$). Az intervenció csoportban ugyancsak alacsonyabb volt még két éves korban is az infekciók és a lázas epizódok aránya⁸.

Allergiára nem fokozottan hajlamos csecsemők

Egy nemrégiben befejezett, 5 európai országra kiterjedő multiplex, randomizált kettős vak vizsgálatban bizonyítást nyert, hogy a prebiotikummal kiegészített normál, nem hidrolizált tápszerek minimum 4 hónapos korig történő adása mellett az atópiás dermatitis incidenciája egy éves korig a csökkent allergia kockázatú csecsemőkben is alacsonyabb (5,7%) volt, mint a kontrollokban (9,7%) ($p = 0,04$) és nagyjából hasonló volt az anyatejes csoporthoz (7,3%). Megállapítást nyert, hogy minden 25 prebiotikum tartalmú tápszerrel kapott csecsemőre esik egy, akiben megelőzhető volt az atópiás dermatitis kialakulása⁹.

Következtetés

Az ismertetett vizsgálati eredmények alapján bizonyítottnak tekinthető a prebiotikumok jelentősége az allergia prevencióban. Az a megfigyelés, hogy ez a preventív hatás a prebiotikum tartalmú tápszerrel történő táplálás befejezése után is érvényesül, arra utal, hogy a prebiotikumok jelentős immunmodulációt fejtenek ki az intestinalis flóra összetételének kedvező befolyásolásával. Igazolást nyert az is, hogy az alkalmazott prebiotikus keverék képes csökkenteni a szérum immunglobulin könnyű lánc koncentrációját is, aminek megemelkedése fontos patogenetikai tényező az allergia kialakulásában¹⁰. Mindezek alapján feltétlenül indokolt a tápszerek kiegészítése prebiotikummal. Ez előnyösebb, mint a probiotikumok adása, hiszen akkor csupán a bélflórában található több száz különböző baktériumhoz 1-2 olyan törzset adunk, aminek antiallergiás hatása van. Ezzel szemben prebiotikumokkal az intestinalis ökoszisztémát teljes mértékben az optimálishoz közelítjük, vagyis a bélflórában a jó hatású commensalis baktériumok túlsúlya tartósan biztosítható⁹.

Irodalom

1. Sicherer SH, Sampson HA. Food Allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2006; 117 (Suppl 2 Mini-Primer): S470-S475.
2. Branum AM, Lukacs SL. Food allergy among US children: trends in prevalence and hospitalization. *National Center for Health Statistics. Data Brief No. 10*, 2008.
3. Rautava S. Probiotics during pregnancy and breast-feeding might confer immunomodulatory protection against atopic disease in the infant. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 209, 119-121.
4. Ly NP, Golda DR, Weiss ST et al. Recurrent wheeze in early childhood and asthma among children at risk for atopy. *Pediatrics* 2006; 117, e1132-e1138.
5. Björkstén B, Sepp E, Julge K et al. Allergy development and intestinal flora during the first year of life. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108, 516-520.
6. Moro G, Arslanoglu S, Stahl B et al. A mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of atopic dermatitis during the first six months of age. *Arch Dis Child* 2006; 91, 814-819.
7. Arslanoglu S, Moro G, Boehm G. Early supplementation of prebiotic oligosaccharides protects formula-fed infants against infections during the first 6 months of life. *J Nutr* 2007; 137, 2420-2424.
8. Arslanoglu S, Moro GE, Schmitt J et al. Early dietary intervention with a mixture of prebiotic oligosaccharides reduces the incidence of allergic manifestations and infections during the first two years of life. *J Nutr* 2008; 138, 1091-1095.
9. Grüber C, van Stuijvenberg M, Mosca F et al. Reduced occurrence of early atopic dermatitis because of immunactive prebiotics among low-atopy-risk infants. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 126, 791-797.
10. Schauten B, Van Esch BCAM, Kormelink TG. Non-digestible oligosaccharides reduce immunoglobulin free light-chain concentrations in infants at risk for allergy. *Pediatr Allergy Immunol* 2011; 22, 537-542.

Egyesületünkről

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete 1995-ben alakult az országban dolgozó mintegy 1600 házi gyermekorvos szakmai és érdekvédelmi szervezeteként. Véleményünkre rendszeresen igényt tart az egészségügyi kormányzat és képviseljük magunkat az alapelállítás, valamint a gyermekgyógyászat irányító testuleteiben.

[Ismerjen meg bennünket!](#)



www.hgye.hu

2012. január 1-től honlapunk, a hgye.hu új arculattal és teljesen átalakult tartalommal fogadja a böngészőket, a kollégák és a laikus közönség soraiból egyaránt. Az előkészítő munka részeként párhuzamosan folyt a fejlesztés mind a látható felület, mind a megjelenést segítő adminisztrációs felület kialakításában. Az újítás során szem előtt tartottuk azt a kettős célt, hogy oldalunk egyszerre próbálja a tagságot és a laikus látogatókat, azaz pácienseink szüleit is a lehető legpontosabban, megbízhatóan és gyorsan informálni. A Google uralta internetes keresők világában alapvető elvárás, hogy az oldalak tartalma minél többféle keresés alkalmával megjelenjen, lehetővé téve, hogy minél többen láthassanak egy-egy bejegyzést a weblapon.

Mindezek eredményeként

- a szerkesztőbizottságon keresztül nagyon gyorsan és egyszerűen kerülhetnek fel írások a HÍREK, az IRÁNYELVEK, a JOGSZABÁLYOK, vagy akár a TOVÁBBKÉPZÉSEK közé
- az ORVOSKERESŐ segítségével a tagság részére lehetőséget biztosítunk majd a személyes megjelenésre
- megkezdtük a fontosabb gyermekgyógyászati kórképekről rövid, de tartalmas BETEGSÉGLEÍRÁSOK feltöltését az adatbázisba
- hamarosan indul GYÓGYSZERTÁRAK, KÓRHÁZ és SZAKRENDELŐ keresőnk is, melyben az egyes kiemelt területek képviselői számára – pl. beutaló kód megjelenítése mellett – bemutatkozási lehetőséget nyújtunk
- a PRAXISHIRDETÉSEK adatbázisából a praxist eladni, venni vágyó, vagy akár a helyettést kereső, illetve épp helyettesítést kínáló kollégák elérhetősége megjeleníthető
- a LINKEK oldalon a társszervezetek webes elérhetősége és más hasznos internetes oldalak címgyűjteménye található
- kollégáink a KONFERENCIA menüponton keresztül minden korábbinál rugalmasabban jelentkezhetnek rendezvényeinkre az ON-LINE JELENTKEZÉS segítségével. Elérhetővé tesszük az előadások anyagait – szerzőik engedélyével
- a testreszabott adminisztrációs felület nem igényli az oldal karbantartásában köztes cégek közreműködését, így az információk sokkal rövidebb időn belül megjeleníthetők.

A közeljövőben szeretnénk a honlap információira az e-mailes Apróhíreken keresztül is figyelmüket felhívni. Ennek érdekében kérjük, hogy küldjön a hgye.honlap@hgye.hu címre egy e-mailt a nevével, elérhetőségével.

Jó böngészést kívánunk és várjuk észrevételeiket!

*Dr. Altorjai Péter webadminisztrátor
(hgye.honlap@hgye.hu)*

Borsod megye déli részén **Mezőcsáton**, 7000 fős kisvárosban 800 fős gyermekorvosi praxist eladnám, vagy tartós helyettes keresek. Jó közlekedési viszonyok, központi ügyelet, önálló rendelőhelyiség, gyakorlott és megbízható asszisztencia. Naprakész informatikai rendszer biztosított. A praxis ellátása bejárással is megoldható. Elérhetőség: +36 70 3232-970
E-mail: tarczdr@mail.datanet.hu

Balatonkenesén 630 fős gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet a +36 30 929-2022-es telefonszámon este.

Tótkomlóson 840 kártyával rendelkező házi gyermekorvosi praxis nyugdíjazás miatt eladó. Érdeklődni lehet a + 36 20 561-8770 telefonon.

Sürgősen helyettes gyermekorvost keresek **Balatonalmádiba**, 2012. februártól kb. 1 év időtartamra, kisbabám érkezése okán. A praxis 830 fős, kellemes, szép környezetben, új, kitűnően felszerelt egészségházban található. Albérlet-, illetve utazásköltségeit állom. Tel.: +36 20 265-4499. E-mail: medoraqua@gmail.com

Hajdúböszörményben önkormányzat által megbízott nonprofit kft. gyermekorvosi praxis további működtetésére keres gyermekorvost megbízásos formában történő foglalkoztatás keretében, későbbiekben praxisátvételi lehetőséggel. A városban 5 gyermekpraxis működik. Hétköznap 16.00–08.00, hétvégén 24 órási központi ügyeleti szolgálat van. Praxislétszám: 286 fő. Elérhetőség: +36 20 275-0884

Enying városában házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 670 fő. Érdeklődni: +36 70 947-8304 esti órákban

Kecskeméten jól felszerelt, felújított rendelőbe tartós helyettesítést vállaló kollégát keresek. Gyakorlott asszisztencia, központi ügyelet biztosított. Számítógépes adatbázisunk naprakész. Praxislétszám: 1000 fő. Praxiseladás is szóba jöhet. Elérhetőség: +36 20 9754-277

Budapest XI. kerületében házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 600 fő. Elérhetőség: borjocz@gmail.com

Balkányban házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 1100 fő. Elérhetőség: +36 30 3768-004

Budapest belvárosi praxisom családi okok miatt eladó. Kártyaszám 570 fő. Kérem, keressen 18 és 20 óra között az alábbi telefonszámon: +36 20 257-2318

Budapesttel határos városban, **Gyálon**, 900 fős, 24 éve működő házi gyermekorvosi praxis nyugdíjba vonulás miatt eladó! A körzet Budapestről kijárással is ellátható. Jól képzett asszisztens biztosított. Több gyermekorvosi körzet működik a városban, így az egymás közötti helyettesítés megoldott. Mentőszolgálattal ellátott 24 órási központi ügyelet van. Reális áron, akár részletfizetéssel is! Tel.: +36 20 943-2823, e-mail cím: dr.adry@t-online.hu

Budapest, XVIII. ker. kertvárosi részén, jó adottságokkal rendelkező praxis eladó. Praxislétszám: 900 fő. Érdeklődni lehet: +36 30 971-5829, este 19 és 20 óra között.

Váci szociális intézmény iskolaorvosokat keres. Bérezés megegyezés szerint. +36 30 4193-279; szochazitkarsag@gmail.com

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

Kőbányai 900 kártyaszámú praxis nyugdíjazás miatt eladó. Érdeklődni munkanapokon 12 és 16 óra között +36 30 338-0151

Fizetési könnyítéssel eladó **Siklóson** 1100 kártyás gyermekorvosi praxisjog. Kitűnő asszisztencia. Gyermek-központi ügyelet működik. Érdeklődni: +36 30 265-7766



Egyesületünk új címe:
1133 Budapest
Ipoly u. 5/E
Egyesületünk telefonszáma:
Tel.: +36 1 330-0900
Fax: +36 1 238-0388
E-mail:
hgye@mail.datanet.hu

Honlap:
www.hgye.hu

Az egyesület titkára:
Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:
Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.
1133 Budapest, Herzen u. 6. III. em. 3.
Tel.: +36 20 944-3540, fax: +36 1 339-3704, e-mail: mediconsult.kft@chello.hu
A jogsegélyszolgálat továbbra is várja jelentkezésüket minden pénteken 14 és 16 óra között.



A Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai lapja. Megjelenik 1800 példányban. Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében. Kereskedelmi forgalomban nem kapható. Felelős kiadó: dr. Huszár András Szerkesztők: dr. Kádár Ferenc, dr. Kálmán Mihály
ISSN 1417-0795 Design és nyomdai munkák: **dART studio**
A címlapon Mesterházy Flóra, címlapfotó: Konkoly-Thege György

