

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



XXVI. évfolyam
2021/3. szám

Tartalom

SAKMAPOLITIKA ÉS ÉRDEKVÉDELEM

Iskola-egészségügy 4

EGYESÜLETI HÍREK

Díjazottak 9

INTERJÚ

Küldetésünk a magas színvonalú gyermekgyógyítás 11

GONDOZZUK KERTJEINKET!

Gyermekkori végbél-, gát- és keresztcsonttájéki eltérések a gyermeksebész szemszögéből 14

TÉNYLEG A LÉNYEG

Hematuria az alapellátó gyermekorvos gyakorlatában 17

GONDOZZUK KERTJEINKET!

Gyermekkori kardiovaszkuláris rizikósűrés és -gondozás praxisközösségben 23

GONDOZZUK KERTJEINKET!

Újszülöttek korai hazaadása – állásfoglalás 29
Újszülöttek korai hazaadása az alapellátás szemszögéből 35

PRAXISMENEDZSMENT

Főpróba után, előadás előtt 36

JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT

Módosult az 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet a praxisközösségekről 38

EGYESÜLETI HÍREK

Az ügyeleti rendszer átalakulásáról 39

Médiatámogató: 

Impresszum

Házi Gyermekorvosok Egyesülete

Cím: 1133 Budapest, Ipoly u. 5/E

Telefonszám: 1 3300 900

Emailcím: hgye@hgye.hu

Bankszámlaszám: 11713005-20419448

Honlap: www.hgye.hu

A magazin szerkesztőbizottságának tagjai:

Dr. Havasi Katalin

Szakmapolitika és érdekvédelem; Interjú

Dr. Kovács Ákos

Gondozzuk kertjeinket!; Tényleg a lényeg;

Házunk tája; Naprakészen

Dr. Losonczi László

Jogsegélyszolgálat

Dr. Pátri László

Praxismenedzsment

Braun Helga

Egyesületi hírek; Hirdetések

A JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT ELÉRHETŐSÉGE:
jogsegely@hgye.hu

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

A Hírívő magazin 1800 példányban jelenik meg, kereskedelmi forgalomban nem kapható. Terjesztés postai úton házi gyermekorvosok, valamint gyógyszerek rendelésére és forgalmazására jogosultak körében.

Amennyiben a magazinnal kapcsolatosan kérdése, észrevétele van, írja meg az alábbi emailcímmre: hgye@hgye.hu

Kiadó: Házi Gyermekorvosok Országos Érdekképviseleti és Szakmai Egyesülete

Felelős kiadó: Dr. Havasi Katalin, elnök

Lapigazgató: Braun Helga

ISSN szám: 1417-0795

Dizájn, nyomdai munkák:

PRESENT Kft.
1222 Budapest, Borkó u. 4-6.

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2021-ben:




LIFE-TRANSFORMING NUTRITION





Dr. Havasi Katalin | házi gyermekorvos, a Házi Gyermekorvosok Egyesületének elnöke, Hódmezővásárhely

Dr. Muzsai Géza | házi gyermekorvos, országos kollegiális szakmai vezető, Országos Kollegiális Házi Gyermekorvosi Szakmai Hálózat, Győr

Dr. Rósa Ágnes | házi gyermekorvos, Szeged

Iskola-egészségügy -

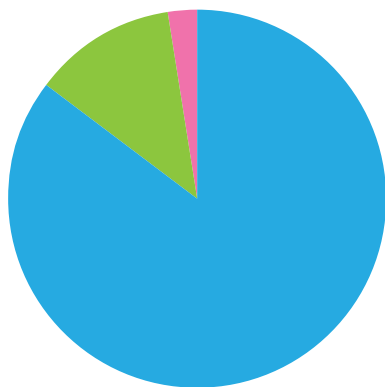
avagy a 0-18 éves korosztály körében végzett prevenciós tevékenység szintereinek megoszlása és jövőbeni lehetőségei a rendelkezésre álló humán erőforrás és a praxisközösségek prevenciós lehetőségeinek figyelembevételével

2021. május 21-étől kötelező valamennyi iskolaorvosi tevékenység EESZT-ben való rögzítése, bár a COVID-járvány és az azzal járó tennivalók sok kolléga figyelmét lekötötték, és így talán ez nem is tudatosult kellőképpen. A májusi felmérésünk szerint az iskolaorvosi feladatot is ellátó kollégák fele ismer- te a vonatkozó rendeletet. Ez a változás előtérbe hozta mind- azon kérdéseket, melyek az elmúlt évtizedekben felhalmozód- tak, és a kollégák többségének már eddig is jelentős frusztrá- ciót okoztak.

Lát-e el iskolaorvosi feladatokat?

(Szimpla válasz, megválaszolt 443x, Nem megválaszolt 0x)

Válaszok	Válaszok	Arány
■ Házi gyermekorvosi praxis mellett	377	85,1%
■ Vegyes praxis mellett	54	12,19%
■ Felnőtteket ellátó praxis mellett	1	0,23%
■ Nem	11	2,48%



Akadnak sarkos vélemények az iskolaorvosi ellátás kapcsán: van, aki szerint meg kellene szüntetni, mások szerint a praxisok feleslegesek, mert az orvosi munka helye az iskola, ám a kollé- gák nagy többsége, 90–95%-a egyetért abban, hogy az új kihí- vásokra nem a régi, elavult rendszer konzerválása a megoldás. Az iskola-egészségügy megerősítése, feladatainak hatékony el- látása és a gyermekek egészségügyi ellátásának szervezetébe való integrálása fontos és szükséges. Ennek fő területei a köz- egészségügyi, népegészségügyi feladatok, a védőnői szűrések jól működő rendszere, a szociális hátrányok csökkentése, a kró- nikus beteg gyermekek integrált oktatásának támogatása.

Tud-e róla, hogy 2021. 05. 01-től az adatszolgáltatás EESZT-n keresztül kötelező minden iskolaorvosnak?

(Szimpla válasz, megválaszolt: 443, nem megválaszolt 0)

Válaszok	Válaszok	Arány
■ Igen	218	49,21%
■ Nem	225	50,79%



Az igazi kérdés azonban az, hogy e feladatok közül melyek el- végzéséhez szükséges valóban csecsemő- és gyermekgyó- gyász-szakorvosi vagy akár családorvosi szakvizsga. Van-e ér- telme a praxisban évente kötelezően megújítandó törzskarton mellett, a hiányzó feltételek ellenére az iskolában is próbálkoz- ni anamnézis felvételével, és tömegszűrés keretében megismé- telni két évente a már elvégzett fizikális vizsgálatokat? Van-e ér- telme infrastruktúrát fejleszteni és humán erőforrást elvonni a tényleges orvosi feladatoktól egy teljesíthetetlen és értelmetlen feladatra? Az is kérdés lehet hosszabb távon, hogy ha majd a jól működő praxisközösségekben kiszélesített spektrumú, komp- lex prevenciós tevékenység folyik, akkor miért épp az életkor- hoz kötött kötelező és ajánlott védőoltásokat lenne célszerű máshová szervezni.

Annak érdekében, hogy megismerjük a kollégák véleményét, két kérdőívet is útjára bocsátottunk, és számos egyeztetés tör- tént kollégák között és a döntéshozókkal egyaránt. A követke- zőkben e kérdőívek, megbeszélések, egyeztetések eredményét foglaljuk össze.

A kérdőíveink tanúsága szerint a kollégák jelentős többsége, 90%-a főlegesen párhuzamos munkavégzésnek tekinti az is-

kolai fizikális vizsgálatot, melyhez hiányoznak a személyi és tárgyi feltételek. A többség véleménye szerint még akkor is, ha nem hiányoznának, ez olyan feladat, melyet a praxisokban, a család által választott, a gyermek egészségi állapotát jól ismerő házi gyermekorvos (80%-ban), háziorvos (20%-ban) már elvégzett, így ennek nincs tényleges egészséghozádék.

Az összefoglaló első részében a közös gondolkodás alapelveit és céljainkat fogalmaztuk meg, majd meghatároztuk és összevetettük az alapellátó praxisok és az iskola-egészségügy feladatát az ifjúság-egészségügyi gondozásban. Végezetül megfogalmaztunk néhány gondolatot a védőoltásokkal kapcsolatban.

Alapelvek

1. A gyermekek érdeke mindenek előtt való. A gyermekek teljes körű kuratív és preventív ellátásának megvalósítása, a szülőkkel együttműködő, holisztikus szemléletű „karmesterfunkció” megerősítése prioritás az egyes ellátási formák érdekeivel, akár egységével szemben.

A 21. században jól működő egészségügyi ellátórendszer alapja a holisztikus szemléletű, azaz az ellátottat teljeskörűen, valamennyi tünete, problémája, társzomorbiditása ismeretében, szociokulturális adottságai figyelembevételével nyújtott primer, szekunder, tercier prevenció és definitív kuratív ellátás biztosítása. Gyermekek esetében ehhez elengedhetetlen a szülőkkel kialakított tartós, rendszeres, kölcsönös bizalom alapuló kapcsolat. Ezek a feltételek a házi gyermekorvosi, háziorvosi praxisokban adva vannak.

2. A praxisközösségi feladatok erősítik a fenti célok teljesebb körű megvalósítását.

Bővíti a lehetőségek körét a praxisközösségek megalakulása. Ez a népbetegségek széles körű, egyéni prevenciójának nyit ajtót, amely egyaránt lehetőséget ad újabb kóros állapotok korai felismerésére, szűrésére, a prevenció tevékenység bővítésére, például az eddig kisebb hangsúlyt kapó egyénre szabott gyermekkori komplex CV-prevencióra. (Hiszen az ateroszklerózis akár 4 évesen elkezdődhet, és pácienseink fele egy későbbi életszakaszában várhatóan kardiovaszkuláris okból veszti életét.)

3. Az iskola-egészségügy megerősítése prioritás, fontos közegészségügyi, szociális, egészségoktatási és védőnői, edzetségi szűrővizsgálati helyszín.

Az iskola-egészségügy megerősítése, európai jó gyakorlatok átvétele a másik fontos célunk. Ez az iskola-egészségügy eredeti céljának megfelelő közegészségügyi feladatok, szükség esetén járványügyi feladatok mellett a szociokulturális hátrányok felismerését, a leküzdésükben a pedagógusokkal és szociális munkásokkal való együttműködést jelentik. Újabb feladatként a népbetegségek megelőzésének közösségi szinten optimalizálható formáit, beleértve az egészséges életmód megismertetését, célként való elfogadtatását, interiorizálását, a jelenleg is jól, kidolgozottan működő védőnői szűrővizsgálatok rendszerét, valamint a nyugalmi környezetben, orvosi ren-

delőben fel nem ismerhető fizikális, mentális, szocializációs terhelhetőség rendellenességeinek szűrővizsgálatát. Emellett jelentős szerepe van az iskolapszichológusnak a gyermek- és kamaszkori beilleszkedési zavarok, szorongások, agresszivitás kezelésében, mely magatartásformák helyes irányba fordítása sikeresebbé teheti a fiatal későbbi életét.

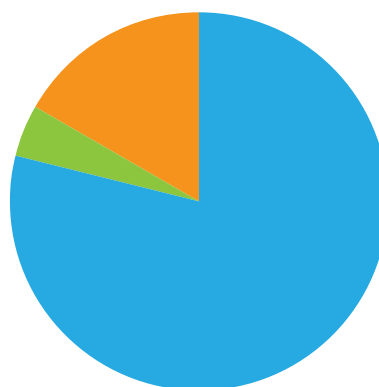
4. Az iskolaorvos szerepét korszerűen kell megfogalmazni annak érdekében, hogy az – egészségnyereséget nem eredményező – párhuzamosságtól mentes orvosi feladatokra lehessen korlátozni, és racionálisan lehessen gazdálkodni az erőforrásokkal.

A 21. században világszerte megváltozott az iskolaorvos szerepe. A 20. század elején az iskolaorvosok a hiányzó orvosi ellátást pótolták a gyermekek számára, azonban napjainkban, amikor hazánkban a gyermekek négyötödét már alapellátásban gyermekgyógyász szakorvos látja el, és a többieknek is igény szerint gyermekszakorvosi ellátást is biztosítanak a családorvos szakorvos mellett, nem jelent egészségnyereséget a praxisokban nyújtott ellátás duplikálása. Éppen ellenkezőleg: erőforrást von el a praxisoktól, emellett az iskola-egészségügyi ellátás korszerű megújulása helyett elmúlt idők struktúrájára tervezett, időszertlen ellátási formákat konzervál.

Milyen finanszírozással látja el az iskolákat?

(Szimpla válasz, megválaszolt 443x, Nem megválaszolt 0x)

Válaszok	Válaszok	Arány
47 Ft/ tanuló	350	79,01%
Alkalmazottként, bértábla szerinti részmunkaidős bérezzel	20	4,51%
Egyéni megegyezés alapján	73	16,48%



5. Az iskola-egészségügyi és iskolaorvosi ellátásban is érvényesüljön az azonos munkáért azonos finanszírozás alapelve.

Ez az elv – fő- és mellékállás esetében egyaránt – az időarányos egészségügyi szolgálati jogviszony szerinti bérezés lehetőségét jelenti. Amennyiben az egészségügyi szolgálati jogviszony feltételeit vállalja az iskolaorvos, iskolavédőnő, beleértve a munkaidőre és szabadságra vonatkozó szabályokat is, a hosszabb tanítási szünet idején a területi ellátásban jelentkező munkaerő-szükséglet pótlása is lehetővé válhat.

Célok

A házi gyermekorvosi és házi orvosi kollegiális hálózat, a Házi Gyermekorvosok Egyesülete, a Házi orvosok Online Szervezete (HAOSZ) elkötelezett az alapellátás színvonalának folyamatos emelése, a prevenció szemlélet és aktivitás megerősítése mellett, s egyetért az egészségügy ellátóközpontú, egészségnyereségre törekvő átalakításával, együttműködik az egészségügy irányításával e sikerének érdekében.

Az összefoglaló célja a 6–18 éves korosztályban végzendő egyes feladatok szolgáltatói szintjének racionalizálása a humán erőforrás jelenlegi és jövőben várható rendelkezésre állásának figyelembevételével. Nem célunk az általánosítás és a következtetéslevonás egyes negatív példák alapján, illetve az iskola-egészségügy speciális szakképesítést igénylő feladatainak értékelése vagy a véleményalkotás róluk.

További célunk a kor színvonalának megfelelő iskola-egészségügy megteremtése Magyarországon. Ennek kulcselemei a következők.

A tevékenységek újragondolásánál egyszerre kell érvényesíteni

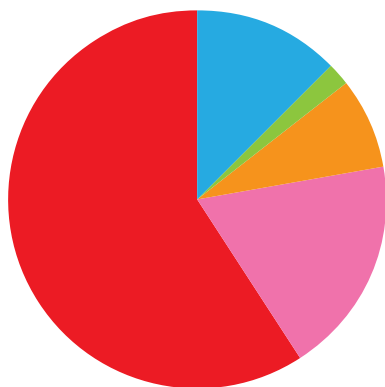
- az iskola,
- a gyermek és családja,
- a szakma,
- a korszerű információkezelés és -tárolás,
- valamint az erőforrásokkal való optimális gazdálkodás követelményeit.

Ezért mind a dokumentáció, mind a szűrővizsgálatok és oltások területén a feladatok és a megoldások újragondolása, optimalizálása indokolt.

Amennyiben van számítógép és internetes elérhetőség az iskolaorvosi rendelőben, ki biztosítja?

(Szimpla válasz, megválaszolt 443x, Nem megválaszolt 0x)

Válaszok	Válaszok	Arány
Önkormányzat	56	12,64%
Fenntartó (egyház, alapítvány)	9	2,03%
Iskola	34	7,67%
Ön (pl. saját rendelőben)	82	18,51%
Nincs számítógép és/vagy internetes elérhetőség az iskolaorvosi rendelőben	262	59,14%

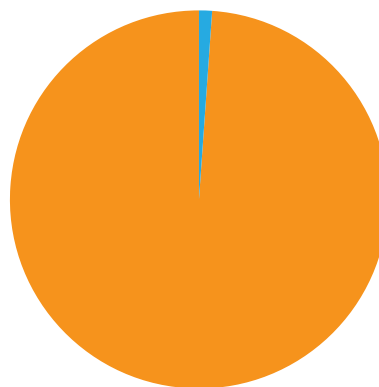


Az iskola-egészségügy informatikai, módszertani fejlesztései elmaradtak az utóbbi évtizedekben: a minimumfeltételek között szereplő számítógép tényleges megléte, egységes iskola-egészségügyi szoftver biztosítása, a minimumfeltételek között sem szereplő internetkapcsolat, iskola-egészségügyi jelentés korszerűsítése stb. Ebben a korszerűsítést szolgáló egyeztető feladatban elsődleges a gyermek érdeke, melynek alá kell rendelni az egyes szereplők érdekeit. Segítené a hatékonyság javítását az egyes szereplők együttműködése az átalakításban.

Adminisztrátort biztosít-e az iskolafenntartó vagy az iskola a számítógépes adatrögzítéshez?

(Szimpla válasz, megválaszolt 443x, Nem megválaszolt 0x)

Válaszok	Válaszok	Arány
Igen	5	1,13%
Nem	438	98,87%



Alapellátó praxisok és az iskola-egészségügy feladata az ifjúság-egészségügyi gondozásban

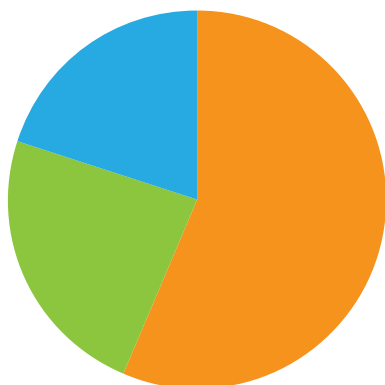
Megalakulása idején, a 20. század elején, amikor a gyermekek egy részének esélye sem volt orvoshoz jutni, rendkívül fontos szerepet töltött be az iskolaorvoslás. Hazánkban az 1960-as években kialakult a házi gyermekorvosi (körzeti orvosi) ellátás, amely minden gyermeknek biztosította az ingyenesen elérhető orvosi ellátást, így az iskola-egészségügy feladatai megváltoztak. Elsősorban preventív, védőnői szűrővizsgálatok, iskolahigiénés, egészségoktatási feladatai erősödtek meg, melyeket az időközben kialakított iskolavédőnői hálózat kiválóan ellát. A járványügyi készség fenntartásában az iskolavezetés és a védőnő számára az iskolaorvos tanácsadói szerepe továbbra is fontos, de az iskolaorvos korábbi gyógyító-szűrő feladata, különösen a fizikális vizsgálatok rendszeres elvégzése párhuzamosság. A vizsgálatok jelentős részét ugyanazon házi orvosok, házi gyermekorvosok végzik el az általános iskolában, akik praxisukban már elvégezték.

Tapasztalattal is rendelkezünk az iskolaorvosi fizikális vizsgálatok megszüntetésével kapcsolatban, hiszen az orvosi státuszvizsgálatok néhány évvel ezelőtti megszüntetése az óvodákban nem vezetett ellátatlansághoz. Az alapellátó praxisokban elvégzik a szükséges vizsgálatokat, emellett a felismert elváltozások definitív ellátása vagy kivizsgálása is azonnal megkezdődik a választott alapellátónál.

Tervezi, hogy idén felmondja az önkormányzattal vagy fenntartóval kötött feladatellátási szerződését a többlet adminisztrációs munka miatt?

(Szimpla válasz, megválaszolt 443x, Nem megválaszolt 0x)

Válaszok	Válaszok	Arány
Igen	88	19,86%
Nem	105	23,7%
Nem tudom felmondani, mert része az önkormányzati szerződéseimnek, így csak a házi gyermekorvosi, háziiorvosi ellátási szerződéssel együtt tudnám felmondani	250	56,43%



A táblázat kiválóan szemlélteti azon párhuzamosságokat, melyektől nem várható egészségnyereség, ezáltal ok nélkül terhelik az ellátórendszert. Mivel az alapellátó praxisokban, még inkább a praxisközösségekben a kötelező preventív feladat nem látható el rendszeres fizikális vizsgálat, anamnézisfrissítés és a szakorvosi leletek értékelése nélkül, nincs szakmai indoka ugyanezen feladatok iskolai ismételt, orvos általi elvégzésére.

Védőoltások

A gyermek 6 éves korig valamennyi védőoltását a választott házi gyermekorvosától, háziiorvosától kapja meg. Korábban a 6 éves korban esedékes oltásokat is az iskolában, iskolaorvosi ellátás keretében adták be; a változtatás jó döntés volt. A praxisokba áthelyezés nem rontotta az átoltottságot, nem okozott túlzott kényelmetlenséget a szülőknek, a gyermekek pedig sokkal nagyobb biztonságban érzik magukat a szülő jelenlétében. A korábban az általános iskola első osztályában végzett immunizálásban valaki 6 évesen, más 7 vagy akár 8 évesen részesült. A praxisokba áthelyezés egységessé tette az oltottak életkori csoportját. Érdemes megfontolni a többi, jelenleg iskolai osztály-

Az ifjúság-egészségügyi gondozás orvos és védőnő együttes munkájából áll, célja a kiskorúak harmonikus testi és lelki fejlődésének elősegítése. Ennek során biztosítani kell az egészségnevelést, az életkorhoz kötött kötelező védőoltásokat (**primer prevenció**), az életkoruknak megfelelő szűrővizsgálatokat (**szekunder prevenció**).

Tevékenység	Helyszín	
	házi orvos praxisban	iskola orvos iskolában
Az óvodás korú gyermekek vizsgálata járvány és a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló miniszteri rendelet szerinti fertőző betegség esetén	Praxisban minden betegséggel, járványveszély esetén a jogszabálynak megfelelő intézkedés (18/1998. NM)	Óvodát ellátó orvos elérhetősége ismeretének birtokában az orvos szükség szerinti értesítése után. Rendszeres óvodai orvosi megjelenés nincs
Primer prevenció: rizikószűrés	Praxisközösségek kiemelt feladata meghatározott tevékenységekkel, bővülő prevenciók rendelési idővel	
Szűrővizsgálatok (szekunder prevenció), teljes fizikális vizsgálat	0–6 (7) éves korig életkori kötelező szűrővizsgálatok, ennek keretében teljes fizikális vizsgálat 14 éves korig évente, utána 3 évente törzskarton kitöltésével együtt	2., 4., 6., 8., 10., 12. évfolyamon, azaz 2 évente
Kórelőzmény és családi anamnézis ismételt felvétele, az anamnézis alapján veszélyeztetett gyerekek kiszűrése, szakorvosi ellátásra irányítása	Anamnesztikus adatok törzskartonból közvetlenül elérhetők, törzskartonkitöltéssel együtt 14 éves korig évente, utána 3 évente	Adatok szülőtől bekérendők, szülővel személyes kapcsolattartás nincs, vizsgálat 2 évente
Az orvos a törvényes képviselő részére az orvosi vizsgálat eredményéről leletet ad	Folyamatos személyes kapcsolattartás, EESZT-ben szülő számára is hozzáférhető	EESZT-ben rögzítés nincs, leletadás iskolaév végén vagy esetlegesen

Tercier prevenció: ezen gyermekek egészségesek közötti integrált oktatása esetén orvosi vélemény adása	Folyamatos krónikus gondozás szakrendeléssel egyeztetve, telemedicinális konzultációs lehetőség szülővel, szakrendeléssel	A krónikus beteg, valamint a testi, szellemi, érzékszervi fogyatékos tanulók háziorvossal egyeztetett fokozott ellenőrzése , kiemelt gondozása szakrendelések, gondozóintézetek igénybevételével. Anamnézis szülőtől beszerzendő, EESZT-hez hozzáférés jelenleg nincs, vagy igen korlátozott számú intézményben van
A testi, érzékszervi, értelmi és beszéd-fogyatékossgot megállapító szakértői bizottság elé utalás esetén a bizottság részére a tanuló egészségi állapotára vonatkozó adatok közlése	Szülői, pedagógusi jelzésre, kérésre teljes körű anamnesztikus és betegségre vonatkozó adatok kiadása rendelkezésre áll saját dokumentációban	Szülőtől beszerzett dokumentumokra alapozva
Az átfogó gyermekfogászati program szervezésében való közreműködés és végrehajtásának ellenőrzése		Iskolai fogorvos feladatkörébe utalandó
A külön jogszabály szerinti 16 éves kori záró állapotvizsgálat elvégzése az iskolai védőnővel együttműködve		
Alkalmassági vizsgálatok elvégzése		Iskolai feladat, ifjúság-egészségügyi vagy üzemorvosi szakvizsga fontossága!
Közegészségügyi és járványügyi feladatok		
Az iskolai életkorhoz kötött és kampányoltások elvégzése és dokumentálása	Életkorhoz kötött kötelező oltások 0–6 éves korig és tankötelezett, de iskolába nem járó tanulók kampányoltása	Kampányoltások
A járványügyi előírások betartásának ellenőrzése, fertőző megbetegedések esetén járványügyi intézkedések elrendelése, a megtett intézkedésekről a járási hivatal értesítése		Az ellenőrzés gyakorisága nincs meghatározva, pontosítás szükséges
A nevelési-oktatási intézményben folyó étkeztetés ellenőrzése		Az étkeztetés-ellenőrzés az NNK megfelelő szervének kompetenciája, az étkeztetés higiéniai ellenőrzése védőnői hatáskörbe utalandó
Közegészségügyi-járványügyi hiányosságok észlelésekor javaslattétel a hibák megszüntetésére, valamint a járási hivatal értesítése		Iskolavédőnői kompetencia is elégséges
Elsősegélynyújtás		Az iskolaorvosi rendelési időben
Részvétel a nevelési-oktatási intézmény egészségnevelő tevékenységében	Egyéni egészségnevelés alapellátási feladat, 0–6 éves korban, illetve tanköteles, de iskolába nem járó páciensek esetében kiemelten területi védőnői	Közösségi egészségnevelés iskola-egészségügyi feladat, kiemelten védőnői

Környezet-egészségügyi feladatok		
Az intézményi környezet – tanterem, gyakorlati helyiségek, tornaterem, egyéb kiszolgáló helyiségek – ellenőrzése, a hiányosságok észlelése, intézkedések megtétele		Nincs nevesítve, milyen szempontok szerint kellene ellenőrizni, iskolaorvosnak ehhez nincs kompetenciája, sem intézkedési hatásköre
A tanulók gyakorlati oktatásával kapcsolatos munkahelyi körülmények figyelemmel kísérése		Iskolaorvos igen javasolt ifjúság-egészségügyi, vagy foglalkozás eü. szakvizsga

hoz kötött védőoltás praxisokba való áthelyezését életkor szerint. A szinte teljes körű átoltottságot az EESZT informatikai hátterével biztosítani lehet.

A kampányoltásoknak járványveszélyes helyzetekben van indokoltságuk, ebben hosszú távon is szerepe kell legyen az iskola-egészségügynek. A kötelező és ajánlott, életkor szerint esedékes oltások beadásának szervezésében és ellenőrzésében – második ellenőrző vonalként – hosszú távon is fontos lehet az iskola-egészségügy szerepe.

A következő Hírvivőben szó lesz a praxisközösségek feladatáról, nemzetközi kitekintést adunk az iskola-egészségügy működéséről az ECPCP és a WHO információi alapján, foglalkozunk a dokumentációs kérdésekkel a kötelező EESZT-csatlakozás kapcsán, végezetül elemezzük a humánerőforrás-hiányt a gyermek-alapellátásban, illetve ennek vetületét az iskolaorvoslásra, s a jövőre vonatkozó javaslatokat fogalmazzuk meg.

EGYESÜLETI HÍREK | BRAUN HELGA ROVATA

Díjazottak

Dr. Póta György csepeli házi gyermekorvos, a HGYE korábbi elnöke, jelenleg tanácsadó elnöke a gyermekgyógyászat, valamint általában a gyermekegészségügy és a társasági élet területén végzett munkája elismeréseként Bókay János-émlékéremben részesült 2021 nyarán.



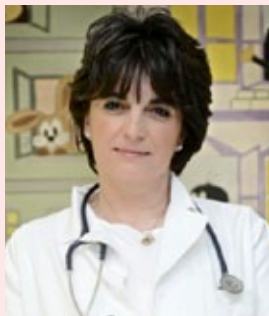
Dr. Muzsai Géza győri házi gyermekorvos, a HGYE vezetői tagja harmincéves gyermekgyógyászati, valamint a gyermekgyógyításért és annak fejlődéséért végzett tevékenységéért Batthyány-Strattmann László-díjban részesült 2021 nyarán.



Gratulálunk a díjazottaknak!

Braun Helga |

Küldetésünk a magas színvonalú gyermekgyógyítás



A Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet főigazgató-főorvosával, dr. Nagy Anikóval beszélgettünk kezdetekről, múltról, jelenről, jövőről. Honnan hová tart a gyermekgyógyászat, mik a közeli és távolabbi célok?

A magyar gyermekgyógyászat szakmai centrumának, a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézetnek a főigazgatója lassan 10 éve. Hol kezdte a pályáját, hogyan került az intézmény élére?

Szolnokon, a Verseghy Ferenc Gimnáziumban érettségiztem, ezt követően a Szegedi Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán summa cum laude eredménnyel végeztem. Erre nagyon büszke vagyok, mert a szegedi ma is az ország legjobb felsőoktatási intézménye. Az egyetemi évek alatt demonstrátor voltam az Élettani Intézetben, ahol prof. dr. Jancsó Gábor mellett részt vehettem neurobiológiai kutatásokban, elsősorban a kapszaicinszenzitív primer szenzoros neuronok vizsgálatában. Sokat tanultam, szép eredmények létrehozásában működhettem közre, és nagyon érdekelt ez a munka, de az volt az álmom, hogy klinikus legyek, hogy gyermekeket gyógyítsak. A szegedi gyermekklinikán kezdtem el dolgozni, majd adódott egy lehetőség a Heim Pál Gyermekkorházban, amely nagyon vonzott, és rendkívül boldog voltam, amikor osztályos orvosként felvettek. Azóta sok év telt el munkával, ügyelettel, tanulással. Három szakvizsgát tettem le a csecsemő- és gyermekgyógyászat, a gasztroenterológia és az egészségügyi finanszírozás területén. 2002-től a Heim Pál Gyermekkorház endoszkópos laboratóriumának vezetőjeként öt nemzetközi posztgraduális kurzust végeztem el Amszterdamban, Genfben, Madridban, Párizsban és Koppenhágában. Az endoszkópos vizsgálatok technikáját tanultam azért, hogy tökéletesítem a csecsemőkön és gyermekeken végzett vizsgálatokat. Számos fiatal gyermek-gasztroenterológusnak adhattam tovább tudásomat, elsősorban a percután endoszkópos gasztrosztóma és az enterális táplálás területén. A gyermekkorban történő kapszulaendoszkópos vizsgálatokat a Heim Pál Gyermekkorházban irányításommal vezettük be elsőként hazánkban. Az aktív klinikai tevékenység mellett a Nyu-

gat-magyarországi Egyetem Lámfalussy Sándor Közgazdaságtudományi Karán közgazdász-másoddiplomát, 2003-ban okleveles Európa-szakértői, 2005-ben orvos-közgazdász és egészségügyi menedzseri diplomát szereztem. Szakterületem a morbiditási és mortalitási vizsgálatok, a fekvőbeteg-ellátó intézmények hatékonysági, teljesítménymérési vizsgálatai, valamint a gazdasági hatékonysági vizsgálatok voltak. 2005-ben lettem a Heim Pál Gyermekkorház orvosigazgatója, 2012-ben a főigazgató főorvosa.

Mire a legbüszkébb az eltelt tíz évből?

Sokat fejlődött a kórház ez idő alatt. A legfontosabb feladatulnak a gyermekek gyógyításának magas színvonalát tartjuk, amihez egyrészt nagyon magas szintű szakmai tudást kell biztosítanunk valamennyi specialitásban, amelyben gyógyítunk, másrészt a kollégáknak folyamatosan tanulniuk, képezniük kell magukat. Az utóbbi években sikerült elérni, hogy iskolateremtésünk számos szakmában erősödött, és kollégáimmal együtt ott vagyunk a vezető európai szakemberek között. Professzoraink, habilitált és PhD-végzettségű kollégáink száma folyamatosan emelkedik. Intézményünk 2018-tól Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet néven működik, és a gyermekgyógyászat területén az Emberi Erőforrások Minisztériuma irányítása alatt országos módszertani feladatokat is ellát. Ma már a HOGYI-ban folyó gyógyító tevékenység minősége és színvonala is az egyik legmagasabb Európában. Az elmúlt évek alatt számos új tevékenység is elindult, például az ECMO, a művesekezelés, a plazmaferézis, az MR-központ, a sztrókközpont, az endoszkópos laboratórium, az epilepsziaközpont, a pszichiátria, új európai akkreditációjú alváslaboratórium épült. Szinte minden szakmában az egész országból fogadjuk a gyermekeket, gyermekművelődési osztályunk a legnagyobb forgalmú. Sok szakmában folyamatos ügyeleti ellá-

tást biztosítunk. Az említett szakmai fejlesztések mellett sikerült modernizálni a teljes radiológiai gépparkot, digitális röntgenberendezéseket, új CT-t üzemeltünk be. Valamennyi épület külső energetikai felújítása is megtörtént 2015-ben. 2019-ben egy új épületben a gyermekek számára megfelelő, nemzetközi díjat nyert környezetben új MR-t építettünk fel. Folyamatosan tökéletesednek az orvosi műszerek, sok eredményt értük el a minimálinvazív eljárások terén. Sikerral vettünk részt a COVID-19-járvány elleni védekezésben, új PCR-laboratóriumot is kialakítottunk.

Mik a legfontosabb céljai, terve a következő tíz évre?

Az utóbbi néhány évben a gyermekbaleseti és sürgősségi programon dolgozunk kollégáinkkal, amely az EFOP kiemelt kormányprogramja. Célja, hogy szakmailag és infrastrukturálisan is megújítsa a gyermekbaleseti és -sürgősségi ellátást hazánkban. A két új szakma születéséhez az ország vezető gyermekgyógyász, sürgősségi és gyermekbaleseti szakembereivel előkészítettük már a szükséges javaslatokat. Emellett jelentős infrastrukturális fejlesztés is elkezdődhet, amelynek során megújulhatnak a vidéki egyetemek gyermekklinikái, és két új épületet tervezhetünk a HOGYI részére is, amelyekre nagyon nagy szükség van a következő évtizedek modern gyermekgyógyászatának megalapozásához. A gyermekbaleseti és sürgősségi program mellett nagyon fontosnak tartom a Nemzeti gyermekegészségügyi program elindítását, ez lehetőséget nyújthat a modern gyermekgyógyászat struktúrájának kialakításához, amelyben a gyermek-alapellátó, a szekunder és a tercier központok gyermekgyógyászai közelebbi munkakapcsolatba kerülhetnek, így egymás munkáját segítve javíthatják a gyermekellátás színvonalát.

Bemutatná az intézményt, a működését?

A Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet ágyszámát és az ellátott gyermekek számát tekintve Európa legnagyobb önálló gyermekkórháza. A gyermekgyógyászati szubspecialitások közül minden szakma megtalálható. Összesen 7 telephelyen, 28 fekvőbetegosztályon, 588 ágyon, 82 ambulancián 32 500 fekvőbeteg- és 450 000 ambuláns ellátás és körülbelül 2 millió beavatkozás történik évente, melyből 697 000 laboratóriumi vizsgálat és 128 000 képalkotó vizsgálat. Az Üllői úti központi telephelyen található főként az akut ellátási és/vagy nagy diagnosztikai és terápiás igényű osztályok, összesen 15 aktív fekvőbeteg-ellátó és 4 rehabilitációs osztály. Ez a telephely a Közép-magyarország régió és sok szempontból az ország gyermek-sürgősségi és baleseti központja. Folyamatos ügyeletet biztosít a gyermek-sürgősségi ellátásban, a gyermekbaleseti ellátásban, külön az 1 év alatti súlyos sérültek ellátásában, a gyermeksebészeti ellátásban, az akut gyermekpszichiátriai ellátásban, itt található a gyermektoxikológiai központ, a sav- és lúgmart gyermekek endoszkópos nonstop ügyelete, a légútiidegentest-ügyelet, a budapesti központi fül-fájósügyelet, az altatásos CT-ügyelet, az MR-központ és a 16 év alattiak sztrókiügyeleti központja is. Országos hatáskörű az ECMO-központ, az intenzív ellátás, a kézsebészet, a bőrgyógyászat, a toxikológiai és anyagcseresz-

tály, a fül-orr-gégészet, a szemészet, az MR-központ, a pszichiátria, az infektológia. A Madarász utcai telephelyen a koraszülött-ellátás, a csecsemő- és gyermekbelgyógyászat, a gyermeksebészet, a fogyatékosfogászat, a gyermekintenzív és a krónikus lélegeztetési osztály található. A Rottenbiller utcai egységben a Smile Center gyermekfogászat, gyermek-fogszabályozás, -szájsebészet, a Delej utcai telephelyen a gyermekpszichiátria és a pszichiátriai rehabilitáció működik. A Gyermek téri telephelyen gyermekfogászati prevenció és autistaellátás, a Faludi utcában mentálhigiénés központ működik. A Gyöngyösi úti telephelyen európai akkreditációjú gyermek-alváslaboratóriumot alakítottak ki.

Mekkora területet látnak el, hány gyermek tartozik ide?

A területi ellátási kötelezettség szakmánként változó, de általában III-as progresszivitási szinten a Közép-magyarország régióra terjed ki, vagy országos.

Hogyan élik meg a koronavírus járvány okozta nehézségeket?

A HOGYI a COVID-19-járvány elleni védekezésben sikeresen vett részt mint országos hatáskörű járványkórház. Amellett, hogy COVID-19-fertőzött gyermekeket, édesanyjukat és fiatal felnőtteket gyógyítottunk meg sikeresen, a nem fertőzött gyermekek ellátása is folyamatosan zajlott. A naponta az ügyletekre beérkező 200-300 gyermek szűrése, vizsgálata és szükség szerinti elkülönítése biztonságosan és fegyelmezetten zajlott. Nagyon büszke vagyok a kollégáimra, mert egymást segítve igazán jó csapatot alkottak, ha arra volt szükség, önként jelentkeztek minden megoldandó feladatra, és emellett több mint 50 000 lakos beoltásával is segítették a vírus elleni küzdelmet.

Mit gondol a 12–18 éves fiatalok koronavírus elleni beoltásáról?

Nagyon fontos, hogy a már oltható gyermekek megkaphassák a védőoltást, mert sokkal nagyobb lehet a kockázata egy fertőzésnek még akkor is, ha tünetmentesen vagy enyhe tünetekkel zajlik. A HOGYI-ban közel 60 súlyos állapotú, MIS-C-s gyermeket gyógyítottunk meg, akik a betegségük előtt három-négy héttel tünetmentesen vagy enyhe tünetekkel átestek COVID-19-fertőzésen. Ezen kívül is sok poszt-COVID-problémával is találkozunk. A nem oltott gyermekek megbetegedési esélye a következő időszakban növekedhet, és a betegség terjesztésében is nagy szerepet játszhatnak.

Hogy látja az alapellátás átalakítását, miben fog változni a gyermekek ellátása?

Remélem, hogy hatékonyan tudja majd segíteni az új struktúrára a gyermek-alapellátó tevékenységet, valamint hogy növekedni fog ennek a gyönyörű szakmának a vonzereje és a gyermek-alapellátók száma. Fontos, hogy erősödjének a szakmai kapcsolatok a gyermekgyógyászok között, a kórházi központok és az alapellátók között, szorosabb szakmai kapcsolatok alakuljanak ki a betegek követési lehetősége, a konzultációs lehetőségek, a továbbképzés területén, és frissüljenek az egyetemes szakmai eljárás rendek is. Lényeges, hogy ahol csak lehet, gyermekgyógyászok lássák el a gyermeket. Azokon a területeken pedig, ahol felnőttágyorvosok vállalják a gyermekek

ellátását is, különösen fontos, hogy ők is folyamatosan frissíthessék a gyermekgyógyászati ismereteket, és szoros konzultatív kapcsolati lehetőséget kapjanak gyermekgyógyásztól.

Mennyire szoros a munkakapcsolat a házi gyermekorvosokkal?

A HOGYI-ban arra törekszünk, hogy minél szorosabb legyen a kapcsolat. A továbbképzéseinkre a házi gyermekorvosokat is rendszeresen meghívjuk, a szakmai problémákat akár egyénileg, esetmegbeszélés szintjén, akár a Házi Gyermekorvosok Egyesületén keresztül igyekszünk egyeztetni. Az utóbbi években kiváló együttműködés alakult ki a házi gyermekorvosokkal, sokakat név szerint is ismerünk. A COVID-19-járvány alatt nemcsak a szakmai, hanem az emberi kapcsolatok is tovább erősödtek, talán ennek is köszönhető, hogy a gyermekek ellátása országosan nagyon szervezeten és időben zajlott, mindenkivel kapcsolatba tudtunk kerülni, és segíteni tudtuk, akinek problémája volt. Ebben a HGYE szervezettsége is sokat segített.

Ha jól tudom, néhány alapellátó gyermekorvos is dolgozik a Heim Pál sürgősségi osztályán...

Így van. Mivel a HOGYI sürgősségi osztálya mellett központi háziiorvosi ügyelet működik, ott rendszeresen dolgoznak gyermek-alapellátók is. Fontos, hogy az alapellátó ügyelet közelebb kerüljön a gyermek-sürgősségi ellátáshoz. Jól tudunk együttműködni, és sokat tanulunk egymástól. Egységesedik a gondolkodásmód, a gyakorlat, összehangolódnak az eljárásrendek. Van olyan kolléga, aki közvetlenül a sürgősségi ellátásban is részt vesz. Mindannyian igazi csapattagok.

A szakma régi vágya a Gyermek Alapellátási Módszertani Központ létrehozása. Reményeink szerint rövidesen látható is lesz a működése. Milyen feladatai lesznek, mi lesz a legfontosabb feladata egy ilyen szakmai egységnek?

A HOGYI Módszertani Igazgatóságának felügyelete alatt alakult meg nemrégiben az Emmi felkérésére a Gyermek Alapellátási Módszertani Központ, amely célul tűzte ki, a gyermek-alapellátási tevékenység szakmai, módszertani segítését. Sok feladat van ezen a téren: az eljárásrendek egységes megújítása, elérhető képzések szervezése, az alapellátók napi tevékenységének segítése konzultatív lehetőségek biztosításával, modern eszközparkra tett javaslattal, a szakmai kapcsolatteremtés informatikai hátterére tett javaslatokkal stb.

Mely témakörök, feladatok lesznek az elsők? Milyen módszertani anyagok készítését tervezik?

November 13-án, 20-án és 27-én rendezzük meg az őszi HOGYI Akadémia gyermekgyógyászati továbbképzését, amely akkreditált 50 pontos kötelező képzés is. Ebben a ma legfontosabb témákban tervezünk előadásokat, és ahol lehetséges, friss eljárásrendeket is szeretnénk átadni. Szeretettel várjuk a gyermek-alapellátók jelentkezését is. Emellett a gyermekbaleseti és sürgősségi ellátás programján belül számos megújult diagnosztikai és terápiás ajánlás születik a következő időszakban, amelyeket szeretnénk a gyermek-alapellátóknak is eljuttatni. Ezekkel kapcsolatban a HOGYI Akadémia már online képzéseket is indított, számuk a közeljövőben várhatóan nőni fog.

A COVID-19-fertőzéssel, a MIS-C-vel és a poszt-COVID-ellátásokkal kapcsolatos anyagok folyamatosan frissülnek, ezen a területen fontos a szoros kapcsolat, hogy naprakész információval rendelkezzenek a gyermekeket gyógyítók. A HGYE is nagyon aktív, jól használható, magas színvonalú anyagot készített ezen a területen. A következő időszak egyik fontos szakmai kérdése lesz a gyermek-alapellátási ügyeletek szervezése is.

Hamarosan megkezdik működésüket a szoros praxisközösségek az alapellátásban. Tudnak-e nekik szakmai támogatást nyújtani? Ha igen, milyen formában, tartalommal?

A praxisközösségek megalakulásával az alapellátók segíthetik egymás munkáját, javulhat az ellátott területek betegellátásának minősége. Elsősorban a gyermek-alapellátás magas szintű végzéséhez szükséges, folyamatosan bővülő ismeretanyag megismerésében, az új tudományos ismeretek klinikai gyakorlatba való bevezetésében, a diagnosztikai és terápiás algoritmusok folyamatos frissítésében, gyermekgyógyászati konzultációban tud segítséget nyújtani a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet gyermek-alapellátási módszertani központja. Ezenkívül természetesen minden olyan kérdésben támogatást nyújt, amelyben felkérést kap az Emmitől vagy amit a gyermek-alapellátók fontosnak tartanak.

A népegészségügyi programban hogyan vesz részt az intézet?

A Nemzeti gyermekegészségügyi programban a HOGYI módszertani vizsgálatokat végez a gyermekfekvőbeteg- és gyermekjáróbeteg-ellátás területén a meglévő kapacitások jobb kihasználtsága, a betegutak, a humán erőforrás-ellátottság javítása érdekében. Emellett folyamatosan epidemiológiai vizsgálatokat végez, vezeti a gyermekgyógyászattal kapcsolatos regisztereket, segíti a szakmai képzést és az információátadást a gyermekgyógyászat területén, szűrővizsgálatokat kezdeményez és szervez, amiben számít a gyermek alapellátók aktív közreműködésére is. Ezenkívül a gyermekek egészséges életmódra nevelésében, a rendszeres játékos mozgásra, testedzésre és egészséges táplálkozásra való ösztönzésben is aktív szerepet vállal, ami különösen a COVID-19-járvány utáni időszakban fontos. Kompetenciája szintjén segíti a gyermekgyógyászat fejlesztését minden területen, amire nagy szükség is van, mert a mai gyermekgyógyászat is felgyorsult, nemcsak a beérkező információk és tudományos eredmények áradata miatt, hanem azért is, mert sokkal gyorsabban tudunk gyógyítani, mint elődeink, amihez magas szintű szervezettség, tudás, megfelelő technikai felkészültség, a minimálinvazív és digitális technikák elterjedése és modern infrastrukturális háttér is szükséges. Ez fogja megalapozni a következő évtizedek gyermekgyógyászatát.

A kemény, felelős vezetői munka mellett jut-e idő másra? Mi a kedvenc időtöltése? Van-e hobbija? Mennyi idő jut a családra?

A COVID-19-járvány alatt különösen sok időt töltöttem az intézetben, remélem, hogy most sikerül kicsit többet együtt lenni a családommal és a két gyönyörű unokámmal. A maradék szabadidőmben könyvet szerkesztek, írok, kutatok, és ha még mindig marad idő, akkor néha festek is.

Gyermekkori végbél-, gát- és keresztcsonttájéki eltérések a gyermeksebész szemszögéből

A gyermekek nagy számban érkezik gyermeksebészetre „altesti” problémákkal. A leggyakoribb eltérések banálisak, kezelést nem is igényelnek. A legtöbb, kezelést igénylő kórkép ma már a fejlett és egyre fejlődő gyermek-gasztroenterológia tárgyköre (pl. obstipáció, véres széklet, IBD). A nagyobb sebészeti ellátást, műtétet igénylő betegségeket, veleszületett rendellenességeket legtöbbször már újszülöttkorban felismerik, és megfelelő centrumban ellátják (pl. anorektális malformációk, Hirschsprung-betegség), így e kórképek nem képezik a jelen közlemény témáját.

Anamnézis

A betegek vizsgálata során a következő célzott kérdéseket érdemes feltenni (Krickenbeck-féle kérdőív):

- Bélmozgás:
 - sürgető székelési inger (igen/nem)
 - székletvisszatartási képesség (igen/nem)
 - Soiling (székletszennyezés)
 - soha
 - előfordul (1-2-szer hetente)
 - gyakori
 - napi szociális probléma
- Székrekedés
 - van székrekedés (igen/nem)
 - diétával kontrollált (igen/nem)
 - diétával és laxatívumokkal kontrollált (igen/nem)
 - beöntésekkel kontrollált (igen/nem)
- Vizeletürítés
 - húgyúti infekció(k) (igen/nem)
 - vizelés közben feszülés érzés, fájdalom (igen/nem)
 - éjjeli bevezetés
 - soha
 - előfordul (1-2-szer hetente)
 - gyakori
 - napi szociális probléma

Természetesen e kérdések tisztázása mellett a részletes anamnézis, hetero- és családi anamnézis felvételére is minden esetben szükség van.

Fizikális vizsgálat

Az általános gyermekgyógyászati fizikális vizsgálaton felül kiemelkedően fontos az alábbi szervek, szervrendszerek, testtájak részletes vizsgálata:

- Hasi státusz (rezisztencia, scybalá, terime)
- Külső nemi szervek (pénisz, vagina, klitorisz, herék (komplex fejlődési rendellenesség)
- Az ánuszt pozíciója: ebben nagy segítséget jelent az anális pozíciós index (API – 1. ábra). Ez az ánuszt és nemi szerv (vagina vagy szkrótum) közötti távolság (AN) és a nemi szerv és coccyx közti távolság (NC) hányadosa (AN / NC = API). Lányoknál ez 0,44 és 0,46, fiúknál 0,53 és 0,58 között normális. Lányokban 0,34-nál, fiúkban 0,46-nál kisebb API esetén anteponált ánuszt nyílásról beszélünk.
- Rektális digitális vizsgálat: egyéni mérlegelés alapján, válogatott esetekben indokolt, pl. obstipáció, polipgyanú, hematomaképzés. Fissura ani esetén nem javasolt!

Perianális abszcessus, fisztula

Legtöbb esetben fiúkban alakul ki, és spontán regresszióra hajlamos. A perianális tályog diagnosztikájában alapvető a fizikális vizsgálat: duzzadt, érzékeny, eritemás terület, beolvadás esetén fluktuáció. Nem egyértelmű esetben ultrahangvizsgálatot kell végezni. Amennyiben csak induráció van, lokális kezelés (fertőtlenítő, gyulladáscsökkentő oldatok, krémek), gondos higiénia, esetleg szisztémás antibiotikus kezelés javasolt. Amennyiben tályog alakul ki, szintén választható a konzervatív kezelés. Ha néhány nap alatt nincs regresszió, feltárás javasolt. Az oncotomiát alapvetően narkózisban végezzük, így az adekvát ellátás és az esetleges fisztula felkeresése is biztosítható. Recidív esetekben gondoljunk IBD lehetőségére is! A tályogból később fisztula maradhat vissza, de konzervatív kezelés mellett

legtöbbször spontán regresszió alakul ki. Amennyiben ez mégsem történik meg (fisztula-abscessus recidivák), nar-kózisban a sipoly kiirtása javasolt.

1. ábra:

Az ánuszt és nemi szerv (vagina vagy szkrótum) közötti távolság (AN) és a nemi szerv és coccyx közötti távolság (NC) hányadosa (AN / NC = API)



Fissura ani

Legtöbbször obstipáció okozta kemény széklet talaján kialakuló végbélnyálkahártya-berepedésről van szó. Amennyiben nincs obstipációra utaló semmilyen eltérés, idegentest okozta sérülés és szexuális abúzus lehetősége is eszünkbe kell hogy jusson. Fizikális vizsgálat során az ánuszt tájékozva kissé széthúzva általában jól látható a berepedés, a rektális digitális vizsgálat ilyenkor nem javasolt. Sok esetben a fissúra mentén kis caruncula, „őrcsomó” is felfedezhető. A fissúra ellátása a széklet rendezésén alapszik, emellett fontos a gondos anális higiénia, hámosító krémek helyi alkalmazása.

Polypus ani

Véres széklet vagy székéles kapcsán előeső terime képében találkozhatunk vele. Hasznos, ha az előeső polipról fénykép készül, mert időnként a hosszú nyél miatt rektális digitális vizsgálat során sem tapintható az elváltozás (2. ábra). Olyan is előfordul, hogy a polip leszakad, és a széklettel távozik. A kórkép diagnosztikájában a rektális digitális vizsgálat mellett a rektoszkópia vagy kolonoszkópia segíthet. A rektális polip eltávolítása indokolt endoszkópos, vagy ha ehhez túl disztálisan helyezkedik el, műtéti úton. Gasztroenterológiai vizsgálat a ritka, familiáris adenomatous polyposis kizárása miatt minden esetben javasolt.

2. ábra:

Szülő által mobiltelefonnal készített kép az éppen előeső polypusról. Az elváltozás a rektális digitális vizsgálat során nem volt tapintható, műtéti úton távolítottuk el



Gyulladásos bélbetegség (IBD) perianális jelei

Hazánkban is meredeken emelkedik a gyermekkori IBD incidenciája. A kórkép diagnosztikája és kezelése is alapvetően a gasztroenterológia tárgykörébe tartozik. Fontos azonban, hogy bizonyos perianális sebészeti eltérések esetén gondoljunk rá.

- Ismétlődő, akár többször operált perianális fisztula, tályog. Sajnos előfordul, hogy a makacs, recidív perianális abscessust a sebész rendre feltárja, közben a beteg egyre csak fogy, egyre sápadtabb, és csak a sokadik feltárás után merül fel szisztémás betegség lehetősége.
- Skin tag, amely gyakran az egyetlen perianális fizikális eltérés.
- Véres széklet, fogyás, tapintható hasi terime, pozitív családi anamnézis, sápadtság esetén mindig gondoljunk IBD-re is!

Aranyér

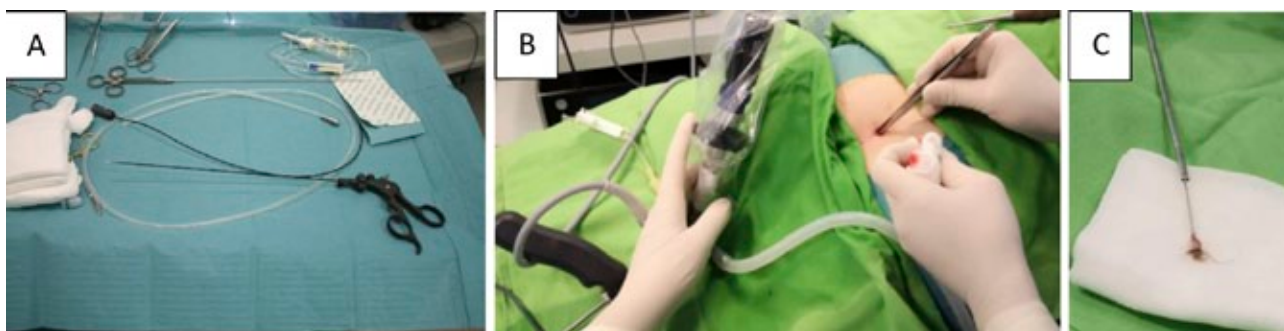
A felnőttkorra jellemző aranyér gyermekkorban ritka kórkép. Gyermekkorban általában csak külső aranyeres csomók jelentkeznek. Hajlamosító tényező a rossz anális higiénia, a székrekedés és bármilyen hasi nyomásfokozódással járó állapot. Hasi ultrahangvizsgálat az esetleges térfoglaló folyamat kizárása végett javasolt. Kezelése alapvetően konzervatív: a széklet rendezése, az anális higiénia javítása, ülőfürdő, heparintartalmú krémek, kúpok alkalmazása. Műtéti ellátása ritkán indokolt. Akut ellátást igényelhet a gyulladt vagy trombotizált nodus.

Anteponált ánuszt

Az anteponált ánuszt diagnózisa (1. ábra) lányokban 0,34-nál, fiúkban 0,46-nál kisebb API esetén mondható ki. Ezekben az esetekben ha nem észlelhető is jelentős szűkület, a végbél lefutása nem szabályos, ami következményes obstipációt, nehezített székürítést eredményez-

3. ábra:

A: A fistuloscopos eszközpark; B: A fisztulanyílás tágítása csipesszel, bal oldalon a fistuloscop; C: fistuloscopos kefével eltávolított szőr és debris



het. A végbélnyílás gyakran teljesen vagy részlegesen a záróizomzaton kívül helyezkedik el, ami széklettartási problémát okozhat. Lányoknál ugyancsak gondot jelenthetnek a hüvely és a húgycsőnyílás közelsége miatt ismétlődő húgyúti fertőzések. Ilyenkor fontos a sphincterkontrakció vizsgálata: körkörös vagy csak közel körkörös? Amennyiben ez nem dönthető el, elektrostimulációs vizsgálat indokolt. Fontos felderíteni az esetlegesen társuló malformációkat: nyelőcsőatrézia, pitvari vagy kamrai sóvényhiány, Fallot-tetralógia, húgyúti fejlődési rendellenességek, gerincfejlődési rendellenességek, Down-kór vagy bármilyen ritkább szindróma. Alapvetően konzervatív kezelés, gondozás indokolt: székletrendezés, Hegar-sorozattal végzett tágítás. Műtéti ellátást csak igen ritkán, a konzervatív kezelésre refrakter esetekben tartunk indokoltnak (cut back vagy Pena-típusú műtétek, pl. ASARP).

Rektális prolapszus

Ez a ritka kórkép csecsemő- és kisdedkorban fordul elő leggyakrabban, az életkori csúcs egyéves korban észlelhető. Főleg fiúk érintettek. Két típusát különböztetjük meg: a mukozális és a komplett (a fal minden rétegét tartalmazó) végbélelőesést. Prediszponáló tényező a megemelkedett hasúri nyomás, a hasmenéses betegség, a cisztás fibrózis, a malnutrició, a medencefenék-izomzat gyengesége. Kezelése alapvetően konzervatív: krémes kesztyűben végzett óvatos repozíció. Ismétlődő esetekben a gátizomzat erősítése, vécére szoktatás, illetve prediszponáló kórkép kutatása fontos (CF – hasi tumor). Sebészeti ellátás ritkán indokolt: szubmukozális scelorisatio, rektopexia (laparoszko-pos).

Sinus pilonidalis

Az ülő életmód, a túlsúly, a dús, rigid szőrzet a legnagyobb rizikófaktora ennek a nehezen kezelhető, recidivára hajlamos betegségnek. A besüppedő szakrális szőrszálak mentén follikulitisz alakul ki, majd vákuumeffektus miatt ezek a mélybe fordulnak, és ott nőnek, gyűlnek. Emiatt akut gyulladás, tályog vagy krónikus, sipolyozó forma alakul ki. Akut esetben incízió és drenázs szükséges. A krónikus formát kezelhetik konzervatív módon: fokozott higiénia, szőrtenítés (lézeres, tartós), rendszeres fertőtlenítés. Amennyiben a konzervatív terápia ineffektív, műtéti ellátás in-

dokolt. Számtalan megoldás létezik: kimetszés, primer zárás drénnel vagy anélkül, vákuumkezelés (VAC), lebenyelforgatás (Karydakís flap), marsupializáció és nyitva kezelés, sacral pitting.

A Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet Sebészeti és Traumatológiai Osztályán hazánkban egyedülálló módon endoszkópos műtétet is végzünk (PEPSiT). Ilyenkor fistuloscoppal a járatot minimálisan invazív technikával „belülről” irtjuk ki (3. ábra). Ennek az úgynevezett fast track surgery módszernek nagy előnye a rövid, egynapos kórházi tartózkodás, a minimális a posztoperatív fájdalom. Betegünk két nappal a műtét után visszatérnek a hétköznapi aktivitáshoz, iskolába tudnak menni. Sajnos bármilyen műtétet alkalmazunk, a recidiva előfordulása 15–20%. A műtét mellett fontos a megelőző és a posztoperatív konzervatív kezelés (l. fent) és a súlykontroll is.

Obstipáció, véres széklet: sebészet vagy gasztroenterológia?

Ahogy a korábban felsorolt számtalan kórképnél láttuk, a perianális elváltozások kialakulásában az obstipációnak legtöbbször szerepe van. Ezek a hétköznapi és gyakori eltérések alapvetően az alapellátó kollégák és a gyermekgasztroenterológusok hatáskörébe tartoznak. Fontos a krónikus obstipációban szenvedő gyermekek esetében a gyermek pszichológiai gondozása is. Sebészként a differenciáldiagnosztikában, illetve ritkán a műtéti ellátásban lehet szerepünk adekvát kivizsgálást követően. Nem kérdés, ha terápiarezisztens obstipáció vagy igazolt IBD, Meckel-diverticulum esetén keresnek meg, a mi feladatunk a műtét elvégzése. Fontos, hogy fissura ani, aranyér esetén is a konzervatív kezelésen van a hangsúly, nem a műtétin. Akut esetben (pl. perianális tályog) érdemes sebészre bízni a döntést: konzervatív vagy műtéti kezelést részesítsünk előnyben?

**HEIM PÁL ORSZÁGOS GYERMEKGYÓGYÁSZATI
INTÉZET SEBÉSZETI ÉS TRAUMATOLÓGIAI
RENDELÉSRE IDŐPONT:**

06-1 / 459-9100 1317-es vagy 1348-as mellék

(A felhasznált irodalom elérhető a szerkesztőségben.)

Hematuria az alapellátó gyermekorvos gyakorlatában

Esetleírás

Nyolcéves gyermeket 3 napos, mérsékelt lázzal járó felső légúti hurut kapcsán a reggeli vizeletben észlelt barnás-vöröses elszíneződés miatt hoznak vizsgálatra. A rendelőben tesztcsíkkal megvizsgálva a behozott vizeletet, vér (++++) és kevés fehérje (+) mutatható ki benne. A gyermek anamnézisében korábban csak banális légúti infekciók szerepeltek. A családban vesebetegsége utaló anamnesztikus adat nem szerepel. Fizikális vizsgálattal a hurutos tünetektől eltekintve nincs kóros. Vérnyomása 100/75 Hgmm.

Legfontosabb eldöntendő kérdések:

- Mi a véres vizelet oka, forrása?
- Milyen részletességű kivizsgálás szükséges az adott esetben?
- Mi lehet a hosszú távú kimenetel?

Általános megfontolások – miről beszélünk?

Epidemiológia, hematuriához vezető állapotok

Néhány vörösvértest élettani körülmények között is megjelenhet a vizeletben, ez nem tekintendő feltétlenül kórosnak. Gyors tesztek használatakor a > 10 vvt/μl, automata számlálóval mérve > 2000 vvt/ml, a vizeletüledék mikroszkópos vizsgálatkor pedig 400-szoros nagyítás mellett > 3–5 vvt/μl esetén beszél-

lünk valódi hematuriáról. A hematuria mikroszkópos és makroszkópos formában jelentkezhet.

A mikroszkópos hematuria gyakran csak szűrővizsgálat kapcsán válik ismertté. Előfordulására nincsenek pontos adatok, az iskoláskorú gyermekek mintegy 0,5–5 százalékában kimutatható.

A makroszkópos hematuria incidenciája 1-2 ezrelékre tehető. Okozhatja a vese „belgyógyászati” betegsége (gyulladás, ritkábban örökletes glomerulopátiák – 1. táblázat) vagy a pyelonban, húgyutakban található lézió – ennek megfelelően beszélünk glomeruláris, illetve húgyúti hematuriáról.

Első lépéseinkkel tehát e két nagy csoport elkülönítésére kell törekedjünk. Előfordulhat azonban, hogy a nem invazív diagnosztikus lépéseink végén sem találjuk meg a hematuriat kiváltó okot. Ilyenkor mérlegelni kell, hogy az invazív eljárások (vesebiopszia, cisztoszkópia) mennyivel visznek közelebb a diagnózishoz, illetve elvégzésüknek van-e terápiás következménye. A legnehezebb az izolált, mikroszkópos hematuria okának kiderítése. Szerencsére az esetek többségében ez jóindulatú, jó prognózisú elváltozás. Az időszakos kontroll azonban ezekben az esetekben is elengedhetetlen.

Az alábbi felsorolásban látható kiváltó tényezők következtében lázas, hurutos időszakokban a hematuria gyakorisága megnövekedhet (IgA-nefropátia, illetve húgyúti infekciók gyakoriságának fokozódása).

1. táblázat: Hematuriához vezető állapotok

Glomeruláris okok	Húgyúti hematuria	Hematológiai okok
<ul style="list-style-type: none"> • akut nefritisz szindróma • IgA-nefropátia • posztstreptococcális GN • egyéb primer nefritiszek (pl. membranoproliferatív GN) • szisztémás betegségekhez társuló nefritisz (pl. SLE, Schönlein–Henoch-purpura, vaszkulitiszek) • hereditær nefropátia • Alport-szindróma • vékony bazális membrán betegség • hemolitikus urémiás szindróma 	<ul style="list-style-type: none"> • vesetrauma • infekció (a húgyutakban, ill. a perineumon) • obstrukció (hidronefrózis) • kövek • hiperkalciuria • policisztás vesebetegség • Wilms-tumor • éreltérések • diótörő-malformáció (a bal vena renalisnak az aorta és az arteria mesenterica superior közé szorulása következtében a vena mesenterica superior a bal vena renalisra benyomatot képez) • hemangióma a húgyutakban • renális primer vagy szekunder arteriovenózus shunt 	<ul style="list-style-type: none"> • hemofília • hemolitikus anémiák • antikoagulánsok • trombocitopénia, trombocitaaggregáció-gátlók • artéria, ill. vena renalis trombózis

Kórélettani háttér

Glomeruláris hematuria esetén a vörösvérsejtek a glomeruláris bazális membránon átjutva kerülnek a primer vizeletbe, majd végighaladva az egész glomeruluszon mechanikai és morfológiai károsodásnak vannak kitéve. A glomeruláris hematuriát ezért az úgynevezett diszormf vörösvérsejtek jellemzik: a vörösvérsejtek nagysága különböző, membránjuk töredezett, ezért mikiegér- (egy nagyobb központi sejttesten két apró, fül-szerű hólyagcsa), földimogyoró- és további bizarr alakot vesznek fel. Nagy nagyítással vizsgálva a glomeruláris hematuria jól elkülöníthető az izomorf (egymáshoz hasonló) vörösvérsejtek tartalmazó húgyúti hematuriától.

A tömény vizeletben a vörösvérsejtek zsugorodhatnak, úgynevezett buzogányalakot vesznek fel. Ezt a fiziológiás alakváltozást nem szabad összetéveszteni a diszormf glomeruláris vörösvérsejtekkel.

Jellegzetes panaszok – mit kérdezzünk?

Az anamnézis felvételekor ki kell térni az esetleges familiaritásra (Alport-szindróma, vékony bazális membrán betegség, policisztás vesebetegség), illetve a közvetlen kórelőzményre (felső légúti hurut, esetleges impetigo, egyéb bőrlajosságok, vaszkulitiszek).

A hematuria önmagában a leggyakrabban tünetmentes, általában csak fájdalmas kiváltó ok (pl. vesekő) kapcsán jelentkeznek klinikai panaszok. Ilyenkor tisztázni kell a fájdalom fellépésének idejét, jellegét. Gyakori, hogy a betegek, illetve szüleik tévesen vesefájdalomként ítélik meg a mozgásszervi, gerincfájdalmakat.

Mindig kérdezzünk rá az ürített vizelet mennyiségének esetleges változására (poliuria, oliguria). A gyakori fejfájás, homályos látás hipertóniára utalhat.

Feltétlenül tisztázandó kérdések:

- ✓ A családban előfordult-e vérrelés, vesebetegség, vesekövesség, vérzékenység, sükettség?
- ✓ Feltűnt-e már korábban is a vizelet elszíneződése?
- ✓ Történt-e valamilyen baleset, trauma a gyermekkel a közelmúltban?
- ✓ Volt-e az elmúlt hónapban lázas betegsége?
- ✓ Előfordult-e bizonytalan hasfájás, gyakori fájdalmas vizelés, fejfájás, kiütés, ízületi fájdalom vagy duzzanat?

Prezentációs tünetek – mit keressünk?

Tekintettel a szerteágazó etiológiára, a prezentációs tünetek nagyon különbözők lehetnek.

A posztinfekciós nefritisz leggyakoribb oka napjainkban az IgA-nefropátia. Gyakran a légúti hurutos betegség 2–3. napján észlelik a makroszkópos hematuriát, húlszerű vizeletürítést. Emellett a nefritisz tünetei lehetnek súlyosak hipertóniával, masszív proteinúriával, ödémával, vesefunkció-beszűküléssel, de leggyakrabban enyhék, és a fenti tünetek csak jelzetek: néhány napig tartó mérsékelt vérnyomás-emelkedés, mérsé-

kelt, múló proteinuria, kismértékű szérumkreatinin-emelkedés. Az esetek egy részében az akut szak észrevétlen marad, és rutin-vizeletvizsgálat kapcsán észlelik a hematuria fennállását.

A posztstreptococcális glomerulonefritisz mára ritkává vált, itt a hurutos tüneteket követő lappangási időszak 2 hét, szemben az IgA-nefropátiában észlelt néhány nappal.

Húgyúti fertőzés esetén a tüneteket általában a lokális fájdalom uralja (perineális, a hólyagra, illetve a vesetájra lokalizálódóan).

Vesekövesség nagyobb gyermekben a felnőttekéhez hasonló tüneteket okoz (kólika), kisebb gyermeknél a visszatérő húgyúti fertőzés, „hasfájás”, vizeleskor észlelt összehúzódzkodás, sírás hívhatja fel a figyelmet a kövességre.

A hidronefrózis gyakran első prezentációs tünete a minimális traumára bekövetkező makroszkópos hematuria. Ugyancsak hematuriát okozhat a policisztás (autoszóm-domináns) vesében egy ciszta megrepedése, ez azonban inkább a 2–3. dekádban jelentkezik.

Meg kell még említeni az úgynevezett diótörő-jelenséget, mely a bal vena renalisnak az aorta és az arteria mesenterica superior általi leszorításának következménye. Makroszkópos hematuria, illetve ortosztatikus proteinuria esetén ezt mindig gondosan ki kell zárni. Felismerése sok további kellemetlen vizsgálatról kímélheti meg a beteget.

A hematológiai eltérések okozta hematuria diagnózisa – amennyiben az alapbetegség ismert – magától adódik. Trombózisprofilaxisként alkalmazott gyógyszerek esetében gondolnunk kell a hematuriát kiváltó hatásukra.

Betegvizsgálat

Elvégzendő alapvizsgálatok:

- gondos fizikális vizsgálat
- megfelelő technikával végzett vérnyomásmérés
- a vizelet megtekintése, ellenőrzés tesztsíkkal

Területen elvégezhető kiegészítő vizsgálatok:

- megismételt vizeletvizsgálat, az üledék mikroszkópos vizsgálata, kalcium/kreatinin hányados
- vizelet mikrobiológiai vizsgálata
- vérvizsgálat (vérkép, ureanitrogén, kreatinin, elektrolitok, összfehérje, albumin)
- hasi és kismencedei ultrahangvizsgálat

A fizikális vizsgálat során különös gondossággal kell vizsgálni a hasat, a vesetájat (ballotálás), illetve a genitáliákat. Nemeszser előfordul, hogy visszatérő infekciók hátterében adhesio cellularis labii minoris áll, ennek oldása pedig végérvényesen megszünteti a panaszokat.

A pelenkán észlelt narancsvörös elszíneződés fiatal csecsemők esetén gyakori, urátkristályok okozta ártalmatlan jelenség. Kisfiúkon a meatus irritációja gyakori, szintén ártalmatlan. A véres pelenka oka leggyakrabban trauma, a genitális területek

manipulációjának következménye (pl. labialis adhesio szétválasztási kísérlete, preputium erőltetett hátrahúzása). A szexuális abuzus lehetőségére is gondolni kell.

Különös gondossággal keressük az egyéb vesebetegségekre utaló tüneteket, a szem körüli és végtagödémát, esetleges trauma nyomait. Szisztémás betegségekre utalhat a kóros fogyás, a sápadtság, az anémia, az ízületi duzzanat, a rash.

A fizikális vizsgálat mellett fordítsunk kellő figyelmet a helyes technikával végzett vérnyomásmérésre.

A vizelet elszíneződésével jelentkező beteg vizsgálatához mindig hozzátartozik a vizelet megtekintése is. Törekedjünk a reggeli első, középsugaras vizelet vizsgálatára. Hozott vizeletlet bemutatása esetén is, főként ha vért tartalmaz, mindig vizsgáljuk meg a frissen ürített vizelet színét, tisztaságát is, és ellenőrizzük tesztcsíkkal a vér jelenlétét. A zavaros, „piszkos”, tea-, kólaszínű vizelet glomeruláris eredet gyanúját veti fel. A húgyutakból származó makroszkópos hematuria esetén a vizelet egyneműen piros vagy rózsaszín, gyakran alvadékokat tartalmaz.

A vizelet vizsgálata

A laboratóriumi vizsgálatok egy része az alapellátó gyermekorvosi rendelőben gyorsan és biztonsággal elvégezhető. A korszerű vizeletesztcsíkok a hematuria és a proteinuria kimutatása mellett a leukocituriára is specifikusan érzékenyek, alkalmazásukkal az elsődleges diagnózis az esetek nagy részében felállítható.

A vizelet elszíneződése nem jelent mindig makroszkópos hematuriát, ezért ellenőrizzük, hogy valódi hematuriáról vagy csak az ételben lévő festék, esetleg valamilyen gyógyszer okozta vizeletelszíneződésről van szó. Tipikus, hogy reggelre a lázcsillapító okoz vöröses elszíneződést a vizeletben. Az álhematuria tesztcsík használatával kizárható.

A vizeletesztcsík a vörösvérsejteken kívül szabad hemoglobint és mioglobint egyaránt kimutat. A vizeletben jelen lévő nagyobb mennyiségű redukáló anyag (pl. aszkorbinsav) azonban téves negatív eredményt adhat.

Néhány álhematuriát okozó gyógyszer, élelmiszer:

- Gyógyszer:
 - fenazopiridin, ibuprofén, szalicilát
 - szulfaszalazin
 - klorokin, metronidazol, rifampin
 - fenolftalein
 - fenotiazin
 - deferoxamin
- Festékek, zöldség-gyümölcs:
 - cékla, fekete ribizli
 - ételszínezék (italok)
 - urát
 - homogentizinsav, melanin, porfirin
 - methemoglobin

Meg kell állapítanunk, hogy a hematuriát kíséri-e proteinuria. Ennek megítélése gyakran nem könnyű, mert a masszívabb húgyúti hematuria során – természetéből adódóan – a vér mellett plazmafehérje is kilép a vizeletbe. Ilyen esetben ismételt vizsgálatra, illetve kvantitatív fehérjemeghatározásra lehet szükség. Izolált hematuriáról akkor beszélhetünk, ha legalább három, eltérő időben vett vizeletmintában egyéb eltérés nélkül jelentős mennyiségű vér van.

Törekednünk kell annak megítélésére, hogy glomeruláris vagy húgyúti hematuriáról van szó. Ezt a vizeletüledék mikroszkópos vizsgálatával tehetjük meg. Ehhez a vizeletvizsgálatban bizonyos jártasságra van szükség. Sajnos a differenciálás nem mindig könnyű, különösen, ha nincs megfelelő mennyiségű vörösvérsejt a vizeletben (néhány vörösvérsejt esetén a diszmorfiát nehéz megítélni). Amennyiben a vizeletben vörösvérsejt-cilinderek is jelen vannak, ezek mindenképpen glomeruláris eredetre utalnak (az ürített fehérje a gyűjtőcsatornában az ott lévő vörösvérsejtekkel együtt képezi a cilindereket).

További vizsgálatként felmérjük a kalciumürítést a vizeletben, mert krisztalluria állhat a mikroszkópos izolált hematuria hátterében. A normális kalciumürítés 0,1 mmol/kg/nap alatt van (gyűjtött vizeletben), vagy a porciós vizelet kalcium/kreatinin hányadosa 0,6 mmol/mmol alatti értéket vesz fel. A tápszert fogyasztó csecsemőkben, kisdedekben ez az érték fiziológiásan is magasabb lehet (0,8–1 mmol/mmol).

Képalkotó vizsgálatként a részletes, jó felbontású hasi ultrahang az első választás. Ez felvilágosítást ad a vesék méretéről, szerkezetéről (gyulladásban a szerkezet lehet hiperreflektív, a vese lehet duzzadt vagy krónikus esetben fibrotikus). Megmutatja az esetleges fokális léziókat, továbbá a hidronefrózist, az obstruktív uropátiákat, a köveket, a cisztikus és egyéb urológiai rendellenességet, a tumort.

Amennyiben a vese funkcionális megítélésére is szükség van, dinamikus, illetve statikus veseszintigráfia végezhető. Csak kivételes esetben lehet szükség intravénás urográfira vagy további képalkotásra (MR, CT – utóbbi sugárterhelése igen számottevő, ezt az indikáció felállításakor figyelembe kell venni).

Ellátás – mit tegyünk?

A vizeletvizsgálat során észlelt, lázas betegséget követő mikroszkópos, izolált hematuria nem igényel azonnal intézeti kivizsgálást. 4–6 héten keresztül ismételt vizeletvizsgálatokkal célszerű ellenőrizni a hematuria megszűnését, amennyiben ez biztonsággal megállapítható, további diagnosztikus vizsgálatokra vagy speciális kezelésre nincs szükség.

Természetesen a húgyúti infekciók, vesekövesség stb. kezelése ilyenkor a megfelelő ellátási protokoll szerint történjen.

Intézeti kivizsgálás javasolt az alábbi esetekben:

- makroszkópos hematuria
- a hematuria mellett proteinuria is kimutatható
- beszűkült vesefunkció, oliguria
- hipertónia
- ödéma, egyéb vesebetegségre utaló tünet
- a hematuria 4–6 hetes szoros követés után sem szűnik
- pozitív ultrahanglelet
- a családban vesebetegség fordult elő
- sükettség

Ezekben az esetekben a hematuria differenciáldiagnózisa és a megfelelő kezelés megkezdése szakintézeti feladat. Intézeti szinten a betegellátás természetesen az etiológia függvénye.

Amennyiben a hematuria izolált, proteinuria nem kíséri, az etiológiai diagnózist gyakran nem tudjuk felállítani. Mivel az izolált hematuria prognózisa jó, további invazív diagnosztika (biopszia, cisztoszkópia) általában nem indokolt, de a szoros követés igen (ismételt vizeletvizsgálat a hematuria perzisztálásának felmérésére, a proteinuria esetleges megjelenésének, a vérnyomásnak az ellenőrzése).

Enyhe, akut posztinfekciós nefritiszben az ágynyugalom és a tüneti kezelés (sószegény diéta, vérnyomáscsökkentő adása, kímélő életmód) a teendő. A kiváltó ok eliminálása nehéz. IgA-nefropátiában amennyiben az akut shubok visszatérnek, légúti hurutos betegséghez köthetők, és a tonsillák gócszerepe feltételezhető, infekciómentes időszakban tonzillektómia elvégzése mérlegelhető.

Posztstreptococcalis glomerulonefritiszben a nefritisz kialakulásakor általában már nem mutatható ki streptococcus, ha azonban sikerül kimutatni, penicillininterápia szükséges. A súlyos, illetve szekunder nefritiszek ellátása specializált intézetben történjen: a folyadékforgalom meghatározása, diuretikus, antihipertenzív kezelés a tüneti terápia része. Súlyos vesefunkció-beszűküléssel járó állapotokban (rapid progresszív glomerulonefritisz), valamint 4–6 hét után nem javuló súlyos nefrozonefritisz esetén vesebiopszia indokolt. A szövettantól függően immunosuppresszív terápia (plazmaferézis, szteroid, iv. szteroid, ciklofoszfamid, ciklosporin-A) lehet indokolt.

Alport-szindrómában az X-recesszív öröklődésment miatt elsősorban a fiúk betegszenek meg. A kezdeti izolált mikroszkópos hematuriahoz 4–6 éves kor fölött fokozódó proteinuria társul. Ekkor kezd kialakulni a belsőfül-eredetű halláskárosodás is. A betegek a második dekád előtt általában veseelégtelenné válnak, ezért vesepótló kezelést igényelnek. A veseátültetés prognózisa esetükben kiváló. A betegek rendszeres audiológiai kontrollra szorulnak (hallókészülék). Egy részükben fénytörési zavar is kialakul (keratokónusz), emiatt szemészeti ellenőrzésük is szükséges.

Az Alport-szindrómában szenvedő lányok hordozók. Azonban az X-kromoszóma véletlenszerű inaktivációja miatt

a lányok mintegy 10 százalékában szintén előfordulhat többé-kevésbé súlyos vesefunkció-beszűkülés.

A vékony bazális membrán betegséget ma az autoszomális recesszív öröklődésmentet mutató – a klasszikusnál sokkal ritkább – Alport-szindróma heterozigóta formájának tartjuk. A prognózis a heterozigótákban általában jó, azonban rendszeres kontrollt igényelnek.

Húgyúti fertőzések kezelése a preszumptív diagnózison alapuló, majd szükség esetén célzott antibiotikus terápia. A recidíva megelőzésére vizsgálni és szükség esetén kezelni kell a háttérben megbúvó esetleges malformációkat.

Vesekövességben az akut ellátást követően (görcsoldás, bő folyadékbevitel) amennyiben hiperkalciuria kimutatható, megfelelő diétás tanácsadás szükséges. A korábbi vélekedéssel ellentétben hiperkalciuriában a diétás kalciumbevitel megszorítása inkább káros: amennyiben nem kerül megfelelő mennyiségű kalcium a béltraktusba, fokozódik az oxalát felszívódása, ami növelheti a kőképződés kockázatát. Javasolt a kiegyensúlyozott kalciumbevitel, lehetőség szerint tejtermék formájában. Kerülendő a kalciumtartalmú pezsgőtabletták bevétele. Mivel a sóbevitel fokozza a kalciumürítést, diétás sómegszorítás javasolt. A folyadékbevitel bőséges és egyenletes legyen, kerülendők a cukros üdítők. A diétás oxalátbevitelt korlátozni kell (sóska, spenót, rebarbara, fekete tea, csokoládé). Masszív hiperkalciuriában a csontok ásványianyag-tartalma csökkenhet, ezért oszteodenzitometriás vizsgálatot végzünk. Jelentősen csökkent denzitás esetén hipotiazid és kálium-citrikum adása mérlegelendő. A hipotiazid a kalciumürítés csökkentésével részben a kőképződés veszélyét csökkenti, részben hosszú távon csökkentheti az oszteoporózis kockázatát.

Policisztás vesebetegségben a vesetájékot érő trauma lehet a kiváltó tényező. Amennyiben egy-egy nagyobb ciszta bevérzéséről van szó, akkor ennek intervenciós radiológiai ellátása (leszívás, szklerotizáló kezelés) jön szóba.

A diótörő-jelenség általában jóindulatú elváltozás, idővel szűnnek a tünetek, feltehetően a testméret változásával, illetve a vese zsíros tokjának megerősödésével. Néhány esetben azonban a masszív hematuria miatt a véna stenteléséről, illetve autotranszplantációról is beszámoltak.

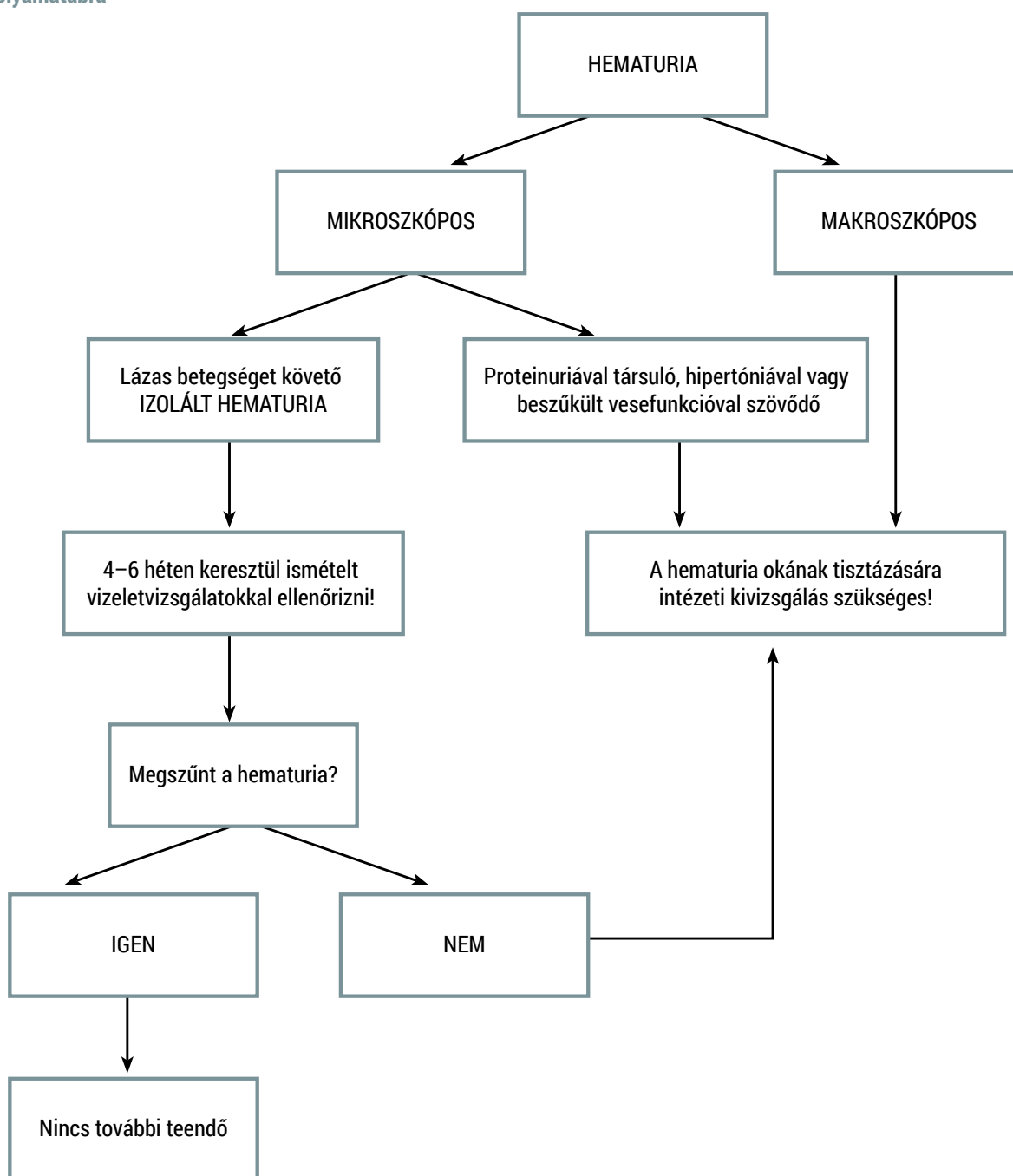
Az esetbemutás befejezése

A vizeletvizsgálat masszív diszomorf hematuriát, 0,9 g/die proteinuriát mutatott. A vizeletben kimutathatók voltak vörsvérsejt-cilinderek.

A szérum kreatinin értéke kezdetben elérte a 100 mikromol/litert. Szérum komplement- (C3, C4) értéke normális volt. A torokbakteriológia normál flórát mutatott, az AST értéke normális volt. Gégészeti vizsgálat során azonban hipertrófiás, nagy, lakunáris tonsillákat találtak, melyekből detritusz volt extrahálható.

Diagnózisunk: akut posztinfekciós glomerulonefritisz.

1. folyamatábra



Szupportív terápiaként ACE-gátló (ramipril)terápiát indítottunk, mely proteinuriával járó állapotokban csökkenti a fehérjeürítést, és igazolható a vesefunkció-romlást gátló szerepe IgA-nefropátiában is.

Néhány nap után a vizelet makroszkóposan feltisztult, a mikroszkópos hematuria még 4 hétig perzisztált. További diagnosztikát (biopszia) nem végeztünk. Felhívtuk a szülők figyelmét, hogy következő lázas betegség idején történjen vizeletvizsgálat (hematuria újbóli megjelenése?)

Az első betegséget követően légúti hurutok kapcsán fél éven belül két alkalommal észleltünk ismét makroszkópos hematuriót. A második alkalommal a szérumkreatinin értéke 120 mikromol/literig emelkedett, majd normalizálódott. Vesebiopszia történt, mely az IgA-nefropátiát igazolta

3 glomeruluszban (a vizsgált 18-ból), globális szklerózis volt látható. Mivel a gévészeti vizsgálat ismételt felvette a tonsillák gócszerepét, tonsillektómiát végeztünk. Ennek kapcsán egy alkalommal makroszkópos hematuria jelentkezett ismét (a műtét másnapján), mely néhány nap alatt lecsengett. Az ACE-gátló kezelést folytattuk.

Jelenleg a gyermek jól van, hematuriója nincs, vesefunkciója stabil. Az utóbbi fél évben nem volt beteg.

Prognózis: a tonsillektómia eredményessége a betegség szanálása szempontjából bizonytalan. További megfigyelés dönti el, hogy elegendő volt-e a beavatkozás. Egyelőre folytatjuk az ACE-gátló kezelést, és rendszeresen, 3 havonta ellenőrizzük.

Dr. Rósa Ágnes | alpellátó gyermekorvos, Csongrád-Csanád megyei házi gyermekorvosi kollegiális szakmai vezető, Szeged

Gyermekkori kardiovaszkuláris rizikószűrés és -gondozás praxisközösségben

Az utóbbi évek, évtizedek alapellátást érintő projektjei a svájci projekt, a TÁMOP 6.2.5-B (Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben), az EFOP 1.8.2-17 (Az alapellátás és népegészségügy átfogó fejlesztése) és a Három generációval az egészségért (3G) projekt kivétel nélkül a felnőttkori, népegészségügyi szempontból kiemelten fontos krónikus nem fertőző betegségek (azaz a keringési megbetegedések, elsősorban a magasvérnyomás-betegség, a diabetes mellitus, a mozgásszervi betegségek, az oszteoporózis, a daganatos betegségek, a depresszió, a COPD) felnőttkori felismerésére és gondozására fókuszáltak. Gyermekkori konkrét szakmai tevékenység valójában csak a legutóbbi 3G projektben volt meghatározott, illetve az EFOP 1.8.2-17-es pályázatokban már megjelent egyfajta szakmai tartalmi javaslat szintjén.

Belátható, hogy a legköltséghatékonyabb krónikus betegség az, amely ki sem alakul. Ezért a prevenció szempontjából az első 18 év nem hagyható figyelmen kívül. Nagy szükség van a betegségek minél korábbi, már születéstől kezdődő felkutatására, de még inkább kialakulásuk megelőzésére.

A prevenció tevékenység négy szinten valósul meg. Ideális esetben élhetünk a primer prevenció eszközeivel, hogy a kockázati státusz felvételével egyénre szabottan tudjunk intézkedéseket tenni és támogatást nyújtani ezek életmódszerű alkalmazásában.

A primer prevenció módszere az egészségnevelés, amely hangsúlyosan a védőnő jogszabályban meghatározott feladata. Az egyéni egészségnevelés az a forma, amelyben esetenként a háziorvos, házi gyermekorvos is részt vehet. A közösségi egészségnevelés viszont nem háziorvosi alapellátási feladat, ez az egészségfejlesztési irodák kompetenciája és hatásköre.

A szekunder prevenció a már kialakult, de tüneteket még nem adó kórállapotok felismerése vagy aktív felkutatása, amelyben kiemelt szerepe kellene hogy legyen a páciens önvizsgálatának. A szekunder prevenció a prevenciónak az a formája, amely 18 éves életkorig részben a kötelező szűrővizsgálatok rendszerén keresztül is meg tud valósulni – több-kevesebb sikerrel –, hiszen jogszabály írja elő büntetés terhe mellett, hogy a szülők kötelessége a vizsgálatokon való résztvételt biztosítani.

A tercier prevenció a már kialakult betegségek szövődményeinek megelőzésére irányul, azaz a krónikus gondozás folyamata.

Megemlítendő még a háziorvosok, alpellátók világszervezete (WONCA) által bevezetett **kvaterner prevenció** fogalma, amely lényegében azoknak az ellátásoknak a kiküszöbölésére törekszik, amelyek egy krónikusan gondozott beteg esetében kevesebb haszonnal járnak, mint amennyi megterhelést jelentenek számára.

Mit is teszünk most a 18 év alattiak prevenciójában?

A szekunder prevenció keretében végezzük az életkorhoz kötött kötelező szűrővizsgálatokat, amelyek ideális esetben orvos és védőnő egymást kiegészítő, egymásra épülő tevékenységéből állnak jogszabályban meghatározott időszakokban.

Tekintettel arra, hogy a szűrővizsgálati sor védőnői tevékenységgel kezdődik, eredményének ismerete nélkülözhetetlen a háziorvos, házi gyermekorvos számára, ezért a hatékony és eredményes működéshez folyamatos információáramlásra lenne szükség a két szolgáltató között. Sajnos jelenleg ez korántsem valósul meg, nem utolsósorban a védőnői szolgálat és az iskola-egészségügy EESZT-hez való csatlakozásának kése következtében.

A vizsgálatok jelenleg a betegségek felkutatására irányulnak, a kockázati tényezők felkutatására nem, vagy csak érintőlegesen.

Ahhoz, hogy a későbbi krónikus betegségek kialakulását megelőzzük, nem elégséges ezek szubklinikus tüneteinek kutatása, kockázati tényezőket is kell keresni, azaz a primer prevenció tevékenységét kellene erősíteni.

Milyen kockázati tényezőket lehet, kell keresni gyermekkorban?

A kardiovaszkuláris rizikófaktorok egy része, elsősorban az alkati, viselkedés- és életmódbeli rizikótényezők, nemcsak közvetlenül kardiovaszkuláris betegségek kialakulásához vezethetnek, hanem olyan kórélettani állapotok kialakulásához is, amelyek később szintén kardiovaszkuláris rizikótényezőkké válnak.

Az úgynevezett tradicionális rizikófaktorok mellett újabb kutatások alapján ebből a szempontból is figyelembe veendő és hangsúlyosak az alvási szokások, a szorongás, a stressz és a képernyő előtt töltött idő ismerete és értékelése (1. ábra).

Hogy mennyire fontos az élettani tényezők mellett a dohányzás, a táplálkozás, a fizikai aktivitás, azt az Amerikai Szívgyógyászati Társaság (AHA) 2003 és 2010 között zajló vizsgálatának eredménye is jelzi, amelyben 8961 2–11 éves gyermek kardiovaszkuláris egészségét (CVH) vizsgálták.

Kardiovaszkuláris (CV) rizikó szempontjából hét fő egészségi mutatót azonosítottak, és megállapították, hogy a gyerekek 11 éves életkorukra négy rizikótényező területén már nem tartoztak 100%-ban az ideális kategóriába, hanem csak az alábbi felsorolásban látható százalékos arányban. Különösen megdöbbentők a táplálkozással kapcsolatos eredmények, amelyek azt mutatják, hogy egyetlen gyermek sem táplálkozott a vizsgált értékek alapján egészségesen.

1. ábra:
A kardiovaszkuláris betegségek tradicionális rizikótényezői gyermekkorban



ALKATI

- Életkor
- Nem
- Családban érelmeszesedés

VISELKEDÉS/ÉLETMÓDBELI

- Táplálkozás
- Mozgás
- Dohányzás
- Perinatális hatások

ALVÁSI SZOKÁSOK

- Szorongás
- Stressz
- Képernyőidő

ORVOSI KÓRÁLLAPOTOK

- 1TDM
- 2TDM
- Krónikus vesebetegségek

ÉLETTANI

- Vérnyomás
- Vércsír
- Elhízás
- Kóros glukózanyagcsere és inzulinrezisztencia

A CV rizikó szempontjából azonosított hét fő egészségügyi mutató gyermekek és serdülők körében (Life's Simple 7):

- Dohányzás
- Testtömegindex (67–77%)
- Fizikai aktivitás
- Egészséges táplálkozás (0–0,1%)
- Összkoleszterin (60%)
- Vérnyomás (88–93%)
- Éhgyomri vércukor

Az Amerikai Orvosi Egyesület (AMA) ajánlása alapján az evidenciák szintjén is megfogalmazható az életmód, a mozgás, az étkezés minősége és a családi étkezési szokások, valamint a testméretek rendszeres ellenőrzésének szükségessége.

Az Amerikai Orvosi Egyesület szakértői bizottságának ajánlásai

KLINIKAI AJÁNLÁS	EVIDENCIA
Évente magasság- és súlymérés BMI, BMI% számításával minden gyermeknél	C
Legalább 60 percig mérsékelt vagy erőteljes fizikai aktivitás a hét minél több, lehetőleg minden napján	A
Naponta legfeljebb egy adag édesített ital (pl. gyümölcsle, gyümölcsital, nagy kalóriatartalmú üdítőital, sportital, energiatital, édesített vagy ízesített tej, édesített tea)	B
Képernyőidő napi két órára korlátozása	B
Gyorséttermi fogyasztás legfeljebb hetente egyszer	C
A lehető leggyakoribb közös családi étkezés	C

2012-ben jelent meg az USA Egészségügyi és Szociális Minisztériumának Nemzeti Egészségügyi Intézete és a Nemzeti Szív-, Tüdő- és Vértépcsőszervi Intézet összefoglaló tanulmánya, amely átfogó, evidenciákon alapuló ajánlást dolgozott ki a gyermekellátásban részt vevők részére a gyermekek kardiovaszkuláris egészség-magatartásának napi rutinszerű erősítésére.

Ez az ajánlás is alátámasztja azt az állítást, hogy a gyermekkori CV rizikósűrűs a megjelölt rizikótényezők szerteágazó volta miatt a felnőttkori krónikus, nem fertőző betegségek mindegyikére informatív és alkalmas eszköz lehet az alapellátási törvény szerint a hatékonyabb megelőző ellátások érdekében létrejövő praxisközösségekben.

A TÁMOP 6.2.5-B projekt szegedi munkacsoportja az amerikai intézet ajánlásainak alapján összeállított egy kérdőívet, amelyben a gyermekkori rizikótényezőket nyolc kérdéscsoportban vizsgálja.

1. Perinatális események: antropometria, anyatejes táplálás
2. Passzív, aktív dohányzás (magzati korban is)
3. Gyermek-egészségügyi adatok: antropometria, krónikus betegségek
4. Családi-egészségügyi adatok: antropometria, krónikus betegségek
5. Táplálkozás
6. Mozgás
7. Alvás
8. Szorongás

Minden kérdéscsoportot külön értékelnek, és a szükséges intervenció a kockázati státusznak megfelelően tervezhető. Az egyes kérdéscsoportokban feltett kérdésekre vonatkozó evidenciákat foglalják össze a következő pontok. A kötelező szűrővizsgálatok és a gyermek-egészségügyi törzskarton a perinatális eseményekre vonatkozóan tartalmaz információt, ezek a kérdőív felvételekor kiegészíthetők.

1. Perinatális események

A perinatális események között a gesztációs korhoz képest alacsony születési súly, gyors „behozó” növekedés később centrális elhízást, inzulinrezisztencia, metabolikus szindróma kialakulását segíti elő.

A születési súly és a későbbi vérnyomás közötti kapcsolat fordított irányú.

A kizárólagos szoptatás és a szoptatás időtartama egyértelműen hosszú távú kardiovaszkuláris védelmet nyújt, csökkenti a koleszterinszintet, a BMI-t, a 2-es típusú diabetesz prevalenciáját és az érlemeszesedés lehetőségét (B szintű evidencia).

2. Dohányzás

A dohányzásra vonatkozóan a kérdőív nemcsak az anyai aktív dohányzásra kérdez rá, hanem a várandósság alatt a magzati

életben és a megszületés utáni időszakban a passzív dohányzás elszívására is.

A dohányzási szokásokat 10 éves kortól a gyermekektől is meg kell kérdezni (C szintű evidencia), szemben a gyermek-egészségügyi törzskarton 14 éves életkori határával.

3-4. Egyéni és családi anamnézis

Az egyéni és családi anamnézis jelentőségét emelik ki az alábbi evidenciák, egyben meghatározzák azokat az időpontokat is, amikor ezeket célszerű ismét felvenni.

Egyéni és családi anamnézis születéstől 18 éves korig

Részletes családi anamnézis a CV betegségekről kezdetben és/vagy 3, 9-11 és 18 éves korban.	B szintű bizonyíték Ajánlott
Pozitív családi anamnézis esetén további CV-rizikófaktorok keresése (pl. diszlipidémia, hipertónia, diabetesz, elhízás, dohányzás, ülő életmód).	B szintű bizonyíték Ajánlott
Pozitív családi anamnézis és/vagy CV-rizikófaktorok megléte esetén a család, különösen a szülők vizsgálata CV-rizikófaktorok irányában.	B szintű bizonyíték Ajánlott
A családi anamnézis frissítése minden nem sürgősségi egészségügyi találkozás során.	D szintű bizonyíték Ajánlott
A családi anamnézis használata a CV-rizikó-besoroláshoz.	D szintű bizonyíték Ajánlott

5. Táplálkozás

A táplálkozással kapcsolatos kérdéscsoportba egyszerű, mindennapi gyakorlati kérdések kerültek. Jogosan merülhet fel a kérdés, hogy miért pont ezek a kérdések kerültek be, mennyire banális kérdés az, hogy a gyermek megszózza-e a sült krumplit. Az ajánlások erőssége azt bizonyítja, hogy ezek az egyszerű, mindennapi gyakorlati kérdések mennyire fontosak a megfelelő egészség-magatartás kialakításához és rutinná rögzüléséhez.

Táplálkozás: miért pont ezek a kérdések?

Elfogyasztott folyadék típusa , tej zsírszázaléka	
A cukrozott italok fogyasztásának kerülése mellett kisebb az esély az obezitás kialakulására.	B szintű bizonyíték
Elsődleges ital a zsírmentes,* nem ízesített tej, illetve a víz legyen.	A szintű bizonyíték Erősen ajánlott

*A legfrissebb ESPGHAN-ajánlás alapján a kérdést módosítani szükséges (nem javasolt zsírszegény tej adása)

Korlátozzuk a 100%-os, hozzáadott cukrot nem tartalmazó gyümölcsleveket napi 1,5–2,5 dl-re.	
Zsíradék típusa főzéshez és étkezéshez	
Kerüljük a transzzsírok fogyasztását.	D szintű bizonyíték Erősen ajánlott
A napi zsírbevitel legalább 2/3-át telítetlen zsírokkal biztosítsák.	D szintű bizonyíték Ajánlott
Sózsa-e a gyermek a sült krumplit?	
Alacsonyabb sóbevitel alacsonyabb szisztolés és diasztolés vérnyomás értékkel jár csecsemőkortól kezdve.	
Korlátozzuk a sóbevitelt.	
Napi gyümölcsfogyasztás	
Kenyér típusa	
A gabonataralmú adagok többségére teljes kiőrlésű gabona javasolt.	
Korlátozzuk a finomított szénhidrátok használatát.	
Reggeli rendszeressége	
Gyorséttermek látogatása	
Csipsz, sütemény fogyasztása	
Az energiabevitelt a növekedési igény és fizikai aktivitás határozza meg.	A szintű bizonyíték
A normál súlyú, minimális fizikai aktivitású gyermek kalóriabevitelének többségét a szükséglet alapján kell meghatározni, és csak 5–15% energiabevitel származhat extra energiából. Ez a pluszkalória származhat a megfelelő tápsűrűségű ételhez hozzáadott zsír vagy szénhidrát beviteléből sütemény, csipsz, desszert formájában.	D szintű bizonyíték

6. Mozgás

A mozgásra vonatkozóan a jelenlegi gyermektörzskarton csak 7 éves kor felett tartja indokoltnak a tájékozódást, és csak a gyermek tekintetében. Az adatokból azonban látszik, hogy a család felnőtt tagjainak mozgási szokásai alapvetően befolyásolják, sőt sok esetben meghatározzák a gyermek kialakuló szokásait.

A naponta monitor előtt töltött idő testet és pszichét egyaránt igénybe vevő hatásainak is kiterjedt irodalma van.

Mozgás: az iskolai testnevelésen kívüli testmozgás mennyisége

A család felnőtt tagjainak mozgási szokásai	
Javasolt a rendszeres aerob jellegű mozgás heti 3–4 alkalommal, alkalmanként 40 perc időtartamban mérsékelt vagy erősebb intenzitással.	
Csökkenti a hipertónia, a 2-es típusú diabetesz, az elhízás, diszlipidémia kialakulásának kockázatát minden életkorban és mindkét nemben.	
Ajánlott mozgásforma: dinamikus, aerob jellegű (pl. 4–5 km séta vagy gyaloglás, úszás, kerékpározás, labdajáték), izomerősítéssel (rezisztenciaedzés) hetente 2 alkalommal (a maximális erő 60–80%-án)	
Intenzitás: mérsékelt (4–7 kcal/min), mérsékelt erő (> 7 kcal/min), az életkorból számított maximális szívfrekvencia (220 – életkor) 60–80%-a	
Gyakoriság és időtartam: heti 5–7 × 30–60 perc	
Edzettségi és klinikai állapottól függően alkalmazható magasabb intenzitás és hosszabb időtartam.	
Napi monitoridő	
Az alapellátás biztassa a gyermek- és serdülőkorúakat arra, hogy csökkentsék az ülőfoglalatossággal töltött idő és a képernyőidő (pl. tévé, videójáték) mennyiségét.	B szintű bizonyíték

7. Alvás

Bizonyítékokon alapuló nemzetközi összefoglaló tanulmányok adatai szerint az alvási higiéne nemcsak a fitsségre és a koncentrációképeségre hat, hanem a táplálkozási és mozgási szokásokra is. A túl rövid alvásidő szoros összefüggést mutat a későbbi életkorban mutatkozó elhízással.

Napi alvásmennyiség, az elalvás menete

A rövid alvásidő összefüggést mutat a nem megfelelő táplálkozási szokásokkal.

A napi nyolc óránál kevesebbet alvó serdülőkre jellemző a kevesebb fizikai aktivitás, és jelentősen több időt töltenek a televízió előtt ($p < 0,05$).

A nyolc óránál kevesebbet alvók körében ugyancsak többen vannak azok, akik nem fogyasztanak megfelelő mennyiségű gyümölcsöt, zöldséget, halat. Így körükben kevésbé valószínű, hogy megfelelők az étkezési szokások ($p < 0,05$).

A rövid alvásidő szoros és következetes összefüggést mutat a jelenlegi és a későbbi életkorban mutatkozó elhízással is.

8. Szorongás

A szorongás okozta szomatikus tünetek és az azt kiváltó tényezők felkutatása szintén fontos. Kockázati, az adherenciát, az életmód-változtatást korlátozó tényezők az alacsony szocioökonómiai státusz, a családi stressz, a depresszió.

Milyen gyakran fordul elő szívdobogásérzés ijedtséggel; mellkasi vagy hasi fájdalom; izzadás, remegés; szédülés?
Mi váltja ki ezeket a tüneteket?
Kockázati és az adherenciát és életmód-változtatást korlátozó tényezők:
alacsony szocioökonómiai státusz
a társadalmi támogatás hiánya
a munkahelyi és a családi életben jelentkező stressz, depresszió, ellenséges közeg
D típusú személyiség
További olyan pszichobiológiai mechanizmusok is azonosíthatók, melyek direkt befolyással vannak a CV betegségek patomechanizmusára. (B szintű bizonyíték)

Hogyan történik a CV rizikósűrés a praxisközösségekben?

Ahhoz, hogy a praxisközösségi kardiovaszkuláris rizikósűrésről és rizikógondozásról beszélhessünk, szót kell ejtenünk a védőnők munkájáról, hiszen a védőnői tevékenység nélkülözhetetlen a gyermek-alapellátásban, és a praxisközösség jogszabályi definíciója magában foglalja a védőnői tevékenységet is. Az orvosi munka a szűrővizsgálatok során jórészt erre kellene hogy épüljön, azonban az utóbbi években-évtizedben a két egészségügyi szolgáltatói rendszer igen távol került egymástól, az együttműködés a személyes szoros konzultáció helyett esetleges, elektronikus kapcsolattartással szűkölt. Szükséges lenne tehát újragondolni és meghatározni a két szolgáltató feladat- és felelősségi körét praxisközösségi együttműködési szinten. Enélkül a praxisközösség nem tudja ellátni a jogszabályban meghatározott tevékenységi kört.

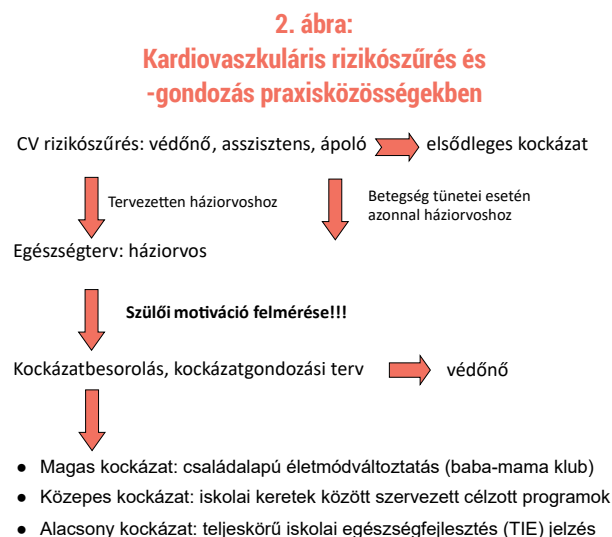
Az EFOP-1.8.2-17 praxisközösségi pályázat keretében rendelkezésre állt a CV rizikósűrés és -gondozás teljes módszertana az érdeklődők számára. Praxisközösségünk élt a lehetőséggel, és a teljes folyamatot megvalósította, hiszen a pályázatban a védőnők bevonása is kötelező elem volt.

A kockázatsűrés folyamat menetét a 2. ábra foglalja össze.

A CV rizikó felvétele először a védőnői kötelező szűrővizsgálatok alkalmával történik meg.

Az alapellátó gyermekorvosnál való megjelenés során végzik el az orvosi vizsgálatot, valamint itt kerül sor a szülői konzultációra az anamnesztikus adatok pontosítására. Az elsődleges besorolás és a fizikális vizsgálat eredménye alapján az alapellátó gyermekorvos dönt a további szükséges vizsgálatokról, illetve előjegyzést ad a prevenciók rendelésre.

Az alapellátó gyermekorvos prevenciók rendelésére a közepes vagy magas kockázatú gyermekek kapnak előjegyzést. Fontos, hogy a gyermeket nevelője, szülője kísérelje el a rendelésre. 14 éves életkor felett is javasolt, hogy a rendelésen legyen jelen a szülő-gondviselő, hiszen sok esetben családi háttérrel kapcsolatos problémákat is kell majd kezelni.



Az előjegyzési időponttal rendelkező gyermekek számára a prevenciók rendelés előtt az alapellátó gyermekorvos úgynevezett egészségtervet készít. A vizitre várakozás során kitöltik a szülői kompetencia-kérdőívet. A vizit elején megbeszélnek az orvos által előzetesen elkészített egészségterv-ajánlatot, az elérendő egészségcélakat. A kitöltött kérdőív áttekintésével közösen felméri, hogy a szülő képesnek érzi-e magát a felmerülő feladatokra, és véglegesítik, hogy egy meghatározott időn belül hová kell eljutni, mit kell elérni. Az egészségtervben meghatározott idő után a szülői kompetencia változásának detektálására ismét kitöltik a kompetencia-kérdőívet.

A beavatkozási területek alapján az egészségterv kockázatgondozási szakaszának kidolgozását a védőnő végzi, és a házi gyermekorvos szakmailag felügyeli.

A kockázati profilban kiemelt területek egészségcéljai és azonosított egyeztetett beavatkozási területei alapján részletes cselekvési terv, úgynevezett kockázatgondozási terv készül, amelyet a közösen elérhető informatikai felületen keresztül az alapellátó gyermekorvos szükség esetén kiegészít, jóváhagy.

Alacsony kockázattal rendelkező gyermekekről a teljes körű iskolai egészségfejlesztés (TIE) helyi felelőse jelzést kap, ezáltal az éppen zajló programokon való részvételük fokozható.

Közepes kockázat esetén iskolai keretek között, az iskolaegészségügy szakembereinek irányításával, célzott egészségnevelési és életmód-változtatási programok, klubok szervezése javasolt a praxisközösségben részt vevő iskola-egészségügyi szolgáltató bevonásával.

Magas kockázattal rendelkező gyermekek esetében a kockázatgondozási terv feladatait családalapú életmód-változtatási támogatással kell megvalósítani, ez védőnői foglalkozások

3. ábra: Védőnői egészségfejlesztő foglalkozás



keretében történik, a speciális ellátási szükségleteket pedig a praxisközösség dietetikus, mozgásterapeuta és egészségpszichológus kollégái irányítják és végzik.

A gondozás alaptevékenységeinek elvégzésére a védőnők központi módszertani képzést kapnak, valamint az életmódszakemberekkel egy munkacsoportban, együtt dolgozva folyamatosan konzultálnak. A foglalkozások nyolc egymást követő alkalommal zajlanak kis csoportos formában, szülői jelenléttel és aktív részvétellel. A védőnői egészségfejlesztő foglalkozás témakörei:

- bemutatkozás, egészség,
- táplálkozás,
- mozgás,
- alvás,
- kapcsolatok,
- tévé, számítógép, telefon,
- egészségügyi oktatás,
- összefoglaló, otthoni feladatok értékelése.

A foglalkozásokat a védőnők kidolgozott, korábban a Szegei Tudományegyetem által akkreditált képzést követően erre a tevékenységre kifejlesztett eszközzel végezhetik. Praxisközösségünk tapasztalata alapján amennyiben a védőnők ezt nagy kedvvel végezték, a résztvevők nagy kedvvel vették igénybe (3. ábra).

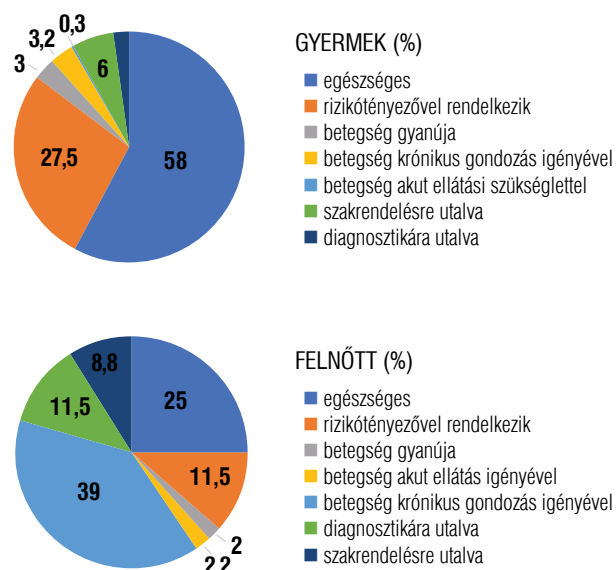
Azt, hogy egyes rizikótényezőket a kötelező szűrővizsgálatok alkalmával milyen arányban lehet felderíteni, ha a CV kérdőívvel is kiegészítjük, a szegedi Prevent-ív Praxisközösségben 5 gyermek- és 5 vegyes praxis páciensei között végzett egészségi állapotfelmérés és rizikósűrítés adatai mutatják, amely adatokat a projekt záró értékelésében rögzítettünk.

A praxisközösségi projekt alkalmas volt arra, hogy párhuzamosan értékelhetők legyenek a felnőtt és gyermek páciensek eredményei. Ezek az adatok egyértelműen igazolják a gyermekkori rizikósűrítés és rizikógondozás fontosságát, hiszen az eredmények szerint a gyermekkori 58% egészséges, 27,5% ri-

zikkóval bírós és 3,2% krónikus gondozást igénylő páciensből felnőttkorra feleannyi (25%) egészséges, feleannyi (11,5%) rizikóval bírós, viszont 13-szor annyi (39%) krónikus gondozást igénylő beteg lesz (4. ábra).

A praxisközösségek működésének nem feladata megoldani a házi gyermekorvosi humán erőforrás-hiányt, nem feladata megoldani a gyermekek ügyeleti időben való ellátásának biztosítását, de kiemelt feladata a prevenció hangsúlyosabb megjelenítése, hiszen a krónikus betegségek kialakulásának megelőzését, az egészségnevelést nem lehet elég hamar kezdeni, és nem lehet hatékonyabban végezni, mint a család bevonásával.

4. ábra Egészségi állapot felmérésének eredményei a praxisközösségben gyermek- és felnőttkorban



(A felhasznált irodalom elérhető a szerkesztőségben.)

A Magyar Gyermekorvosok Társasága és a Házi Gyermekorvosok Egyesülete Közös Házi Gyermekorvosi Szekciójának korai hazaadási munkacsoportja

Újszülöttek korai hazaadása

A Magyar Gyermekorvosok Társasága és a Házi Gyermekorvosok Egyesülete Házi Gyermekorvosi Szekciójának állásfoglalása az újszülöttek 24 órás korban való hazaadásáról

Az egészséges újszülöttek születését követő 24 órás korban történő hazaadását szabályozó jogi és szakmai környezet módosításának tervét – annak alapvető koncepcióját tekintve – előremutatónak, a jelenlegi hazai ellátási feltételek melletti általános bevezetését azonban számos szempontból aggályosnak ítéljük. Egy zavartalan várandósság végén időre, normális súllyal, egészségesen születő és a méhen kívüli élethez problémamentesen adaptálódó újszülött gyermeknek és édesanyjának az őket megfelelő gondossággal körülvevő, szeretetteljes, kényelmes és biztonságos családi otthonban van a lehető legjobb helye. A korai hazaadás gyakorlatát azonban kizárólag bizonyos, jól körülhatárolt esetekben tartjuk biztonságosnak.

A korai hazaadás előnyei

A korai hazaadás megfelel a családközpontú szülészeti és neonatológiai ellátás modern szemléletének, javítja a megfelelő kötődés és a kizárólagos, igény szerinti szoptatás kialakulásának lehetőségét. Kétségtelen, hogy ez a pénzügyi és humánerőforrás-hiánnyal küzdő állami kórházak újszülöttosztályainak tehermentesítése szempontjából is előnyös lenne.

A korai hazaadás igénye a szülők részéről gyakran a szülészeti osztályokon korábban átélt rossz tapasztalatok következménye. Az újszülöttosztályokon a családiasabb, barátságosabb feltételek és légkör megteremtése, javítása feltétlenül szükséges az Emberi Erőforrások Minisztériuma családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülöttellátásról szóló hatályos szakmai irányelvvel összhangban (részletesen l. később).

Az utóbbi években folyamatosan és jelentősen emelkedik hazánkban a magánegészségügyi ellátásban zajló szülések száma. Budapesten ma minden hatodik újszülött magánklinikán születik. 2020-ban az újszülöttek 16,7%-a magánegészségügyi intézményben jött világra.^[1] Magánfinanszírozásban a költségek jelentős növekedése minden egyes kórházban töltött nappal ugyancsak hozzájárul a korai hazabocsátás szülők általi preferálásához.

A korai hazaadás kockázata

Az úgynevezett morbiditási rizikó, tehát annak a lehetőségére, hogy egy egészséges egyén bármilyen módon beteggé

váljon, az emberi élet során soha nem olyan magas, mint az első napokban. Megszületéskor a köldökzsinór lezoritásának következtében fellépő drámai élettani változások, a saját légzés, emésztés, keringés beindítása, a táplálkozás, az anyagcsere, a kiválasztás „újratervezése” nem mindig zajlik problémamentesen, és a méhen kívüli élethez való alkalmazkodásnak ez a folyamata még nem fejeződik be 24 óra korra sem. Számos veleszületett fejlődési rendellenességet ismerünk, amely akár az életet is veszélyeztetheti, de csak 24 óra koron túl jelentkeznek.

A szoptatás, az anyatej-elválasztás és az újszülött szopási képességének természetes, összehangolt és meghitt folyamatának beindulása vagy akár az újszülöttkori sárgaság lefolyása sem mindig zavarmentes, ami ugyancsak ebben az időszakban jelenthet problémát. Mindez fokozottan igaz az idő előtt megszületett, császármetszéssel világra jövő vagy bármi más okból egyébként is veszélyeztetett újszülöttekre.

Európai gyakorlat

A fejlett egészségügyi ellátórendszerrel és egészségkultúrával rendelkező nyugat-európai országokban bevett gyakorlat, hogy az egészséges újszülöttek 24 órás életkorban vagy akár ennél korábban (ún. ambuláns szülés) elhagyják édesanyjukkal a szülészeti intézményt. Ezek az édesanyjak azonban hazabocsátást követően sem maradnak felügyelet nélkül újszülött gyermekükkel. Egy, az újszülöttellátásban, a szoptatási tanácsadásban és a mentálhigiénés támogatásban egyaránt speciálisan magas szinten képzett, úgynevezett látogató nővér a hazaadást követő napokban több alkalommal otthonában látogatja az édesanyját, segít a szoptatás beindításánál, ellenőrzi az újszülött állapotát, elvégzi a szükséges szűrővizsgálatokat, és amennyiben szükségessé válik, az édesanya gyermekével együtt bármikor visszavehető a szülészeti intézetbe.

A hatályos hazai szakmai irányelv

Hazánkban 2019 decemberében lépett érvénybe az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülöttellátásról (Egészségügyi Közlöny, LXIX. évf. 20. szám, 2019. dec. 17.), amely a korai hazaadással kapcsolatban is tartalmaz állásfoglalást.

Az irányelv 29. számú ajánlása szerint:

„Miután a szülést követő korai hazaadás, ill. ambuláns szülés jogi, finanszírozási és szervezési feltételeit az állam létrehozta, ajánlott, hogy a szülészeti intézet saját protokollt dolgozzon ki a korai hazaadásra és az ambuláns szülésre vonatkozóan. Ezáltal az egészséges anya és gyermeke 24 órával a szülést követően otthonába távozhat, ha az anya ezt kéri és a feltételek adottak.

A családközpontú ellátás szemléletének megfelelően jelen irányelv készítői támogatják az ún. »korai hazaadást«, »ambuláns szülést« abban az esetben, amikor az anya ezt kéri, és a feltételek adottak. Ennek teljesülését azonban a hazai ellátási viszonyok jelentősen befolyásolják. Az anya és gyermeke korai hazabocsátásra irányuló kérése abban az esetben méltányolható, ha az újszülött egészségi állapotának ellenőrzése az intézeten kívüli szülészeti ellátásról szóló jogszabálynak megfelelő szakmai tartalommal, akár állami, akár magánfinanszírozásban megvalósítható.”

Megjegyzések

1. Az irányelv elsőként **az állam feladatákként** jelöli meg a szülést követő korai hazaadás jogi, **finanszírozási és szervezési feltételeinek megteremtését**. Jelenleg még sem jogi, sem szervezési, sem finanszírozási szempontból ezek a feltételek nincsenek biztosítva (pl. hétvégi, ünnepnapra állapot-ellenőrzés, területen végzett point of care bilirubinmérés, problémás esetek visszavételének lehetősége rooming-in osztályokra stb.). Szükséges, hogy ezeknek a feltételeknek a biztosítását a szülészeti intézetekhez kapcsolódó új szolgáltatói feladatként az egyes feladatkörök pontos személyi, szakmai és tárgyi feltételeinek meghatározásával együtt kidolgozzák.

2. A területre érkező újszülött háziorvosi, házi gyermekorvosi praxisban való ellátása a szabad orvosválasztást követően az újszülött szülői bejelentésével veszi kezdetét. A várandósság ideje alatt a várandósgondozási könyvbe bejegyzett tervezett gyermekorvos-választás nem jelent egyben automatikus bejelentkezést a praxisba. A házi orvos, házi gyermekorvos csak akkor válik az újszülött választott orvossá, amikor a rendelői bejelentkezés az újszülöttel megtörténik, és ezzel egyidejűleg első orvosi vizsgálata és törzskartonjának kiállítása is megvalósul.

A 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 3/A. §-ának (1)–(2) bekezdése szerint: „**A házi orvos választása a választani kívánt házi orvosnál történő jelentkezéssel veszi kezdetét.** Ha a házi orvos a jelentkezést elfogadja, az őt választó személy [...] Társadalombiztosítási Azonosító Jelét nyilvántartásba veszi, és igazolást állít ki a jelentkező személy részére arról, hogy háziorvosi ellátását vállalta. Az igazoláson fel kell tüntetni a házi orvos nevét, a háziorvosi szolgáltató rendelőjének címét és telefonszámát. [...] Az igazolással egyidejűleg a házi orvos a jelent-

kező személyt nyilvántartásba veszi, és kiállítja a »Beteg törzskartonja« elnevezésű nyomtatványt.”

A szülészeti intézményből távozó újszülött alapellátó orvosnál való jelentkezésének ideje a szülők részéről jelenleg nincs kötelező jelleggel rendeletben szabályozva. Az elérendő cél az lenne, ha az újszülött nyilvántartásba vétele és gondozásának megkezdése az alapellátó orvosnál lehetőleg minél korábban, de legfeljebb a távozást követő 7 munkanapon belül megtörténjen, ami elsősorban a szülők kötelezettsége és felelőssége kell legyen.

3. Az ellátási környezet rendezését követően **a szakmai protokollok kialakítását az irányelv a szülészeti intézmények hatáskörébe sorolja**. Véleményünk szerint ez legalább annyira alapellátási, mint amennyire szülészeti vagy neonatológiai kérdés. Az újszülött egészségének biztosítása a hazaadását követő napokban éppolyan komoly, ha nem komolyabb feladatokat ró az ellátórendszerre, mint az első életnapon történő kórházi ellátásuk és hazaadhatóságuk megítélése. A szakmai protokollok kidolgozásába ezért elengedhetetlen az alapellátás képviselőinek (házi orvosok, házi gyermekorvosok és területi védőnők) bevonása.
4. Az irányelv az újszülött egészségi állapotának ellenőrzését korai hazaadását követően az **intézeten kívüli szülésekkel azonos, jogszabályban megfogalmazott szakmai tartalommal** írja elő.

Az intézeten kívüli szülés szakmai szabályai

Az intézeten kívüli szülés szakmai szabályait, feltételeit a 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelet részletesen szabályozza. Az irányelv e jogszabály alkalmazására vonatkozó ajánlása államilag finanszírozott keretek között és struktúrában jelenleg nehezen értelmezhető, ugyanis a fenti jogszabály szerint a tervezetten intézeten kívüli szülés esetében a 2. § (5) bekezdése szerint „**a várandós anya egészségügyi szolgáltatót és felelős személyt választ**”. A 2. § (7) bekezdés szerint „**Az ellátásra vonatkozóan a várandós nő és az egészségügyi szolgáltató megbízási szerződést köt**.”

Ez a szerződött szolgáltató biztosítja az anya és az újszülött ellátását a szülést követő 3 napon, és a szülést követő 72 órán belül értesíti az újszülött házi gyermekorvosát. A rendelet 11. §-a szerint: „Az újszülött ellátását **a születést követő negyedik naptól a házi gyermekorvos** veszi át.” Mindaddig egy, erre a feladatra a szerződött szolgáltató által kijelölt (és a jogszabályban előírt szakmai gyakorlattal és kompetenciákkal rendelkező) „felelős személy” az anya és az újszülött állapotát naponta, az első és a harmadik napon személyes ellenőrzés keretében ellenőrzi. A veleszületett anyagcsere-betegségek szűrővizsgálatainak elvégzéséről, a levett vérminta megfelelő laboratóriumba szállítatásáról az egészségügyi szolgáltató gondoskodik.

Következtetések a korai hazaadásra vonatkozóan

A fentiek értelmében tehát az **anyával szerződő egészségügyi szolgáltató** – korai hazaadás esetén nyilvánvalóan a szülészeti

ti intézmény – feladata lenne az újszülött állapotának naponta, otthonában végzendő ellenőrzését biztosítani a hazaadást követő három napon.

Azzal, hogy a jogalkotó a tervezetten intézeten kívüli szüléshez hasonlóan az újszülött ellátásáért az első három életnapon nem az alapellátást teszi felelőssé, egyértelműen a „normál” 72 órás intézményi ellátásból a korai hazaadás esetén fennmaradó, már intézményen kívül töltött időtartamot fedi le. A jelenleg érvényben lévő jogszabály és az erre hivatkozó ajánlás a szülészeti intézet „szolgáltatói hatáskörébe” helyezi ezt az ellátási feladatot és az ehhez szükséges saját protokollok kidolgozását, az alapellátási terület szolgáltatóit (házi orvost, házi gyermekorvost, védőnőt) itt nem nevesíti.

Az irányelv 29. ajánlása azzal, hogy a korai hazaadás feltételeit a tervezetten intézeten kívüli szülészeti ellátásról szóló jogszabálynak megfelelő szakmai tartalommal azonos módon határozza meg, csak úgy értelmezhető, hogy ezzel feltételezhetően az intézeti ellátás mellett egy plusz, az intézeten kívül is működő szolgáltatói feladatkört is kíván a szülészeti fekvőbeteg-intézmény hatáskörébe sorolni, beleértve a folyamatos ellátás biztosítását a hétfégi és ünnepnapok idejére és eseményeire is, szigorúan szabályozott keretek között, megfelelő szakmai, személyi és tárgyi feltételek, felelős háttérintézmény biztosításával, dokumentációval, a szükséges információk szakszerű átadásával.

Jelenleg a kórházak, szülészeti intézmények egyáltalán nincsenek arra felkészülve, hogy erre a feladatra a kórház ellátási területére, akár vidékre naponta, hétfégén, ünnepnapon is kijáró, megfelelően képzett és felkészült szak személyzetet biztosítsanak. Ez a komplex szolgáltatás megfelelő ellátói kompetenciák, minimumfeltételek, pontosan rögzített feladatkörök és ezekhez rendelt finanszírozás biztosításával alakítandó ki és vezethető be biztonsággal és felelősséggel. Ennek a jogszabálynak az előkészítésében, kidolgozásában az alapellátó csecsemő- és gyermekgyógyászok a házi orvosi és védőnői szolgálat résztvevőivel együtt részt kívánnak venni.

Ambuláns szülés (szülést követő 24 órán belüli hazabocsátás)

Az ambuláns szülés tekintetében a hazai irányelv olyan protokoll kidolgozását írja elő az intézményeknek, amely szerint „az egészséges anya és gyermeke 24 órával a szülést követően otthonába távozhat”, vagyis az ambuláns szülést az irányelv nem támogatja. Ez harmonizál a WHO vonatkozó ajánlásával, amely szerint egészségügyi intézményben a komplikáció nélküli hüvelyi szülés után az egészséges anyáknak és az újszülötteknek a születés után legalább 24 órán keresztül ellátást kell kapniuk a létesítményben. (WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. World Health Organization, Geneva, 2013) A WHO szerint a 24 órán belüli hazaadást követően emelkedhet az újszülött betegsége miatti kórházi visszavételek és a szoptatás korai befejezésének kockázata.

Az ambuláns szülés (24 órán belüli hazabocsátás) általános bevezetését, bár erre a tervezetten intézeten kívüli szülésekhez hasonló módon jogszabályi lehetőség van, a fenti szakmai indokok és az ellátórendszer jelen adottságai alapján nem támogatjuk.

Korai (24 órák koron túli) hazaadás

Meggyőződésünk, hogy tekintettel a 24–72 órás életkorban fennálló kifejezetten magas morbiditási rizikóra, az újszülöttek 24 órák korban való hazaadása nem lehet kizárólag az anya döntése, hanem ez számára egy lehetőség kell legyen, amelynek feltételeit az újszülöttsztyályokon szigorú és pontosan kidolgozott szakmai kautélákhoz kell kötni.

Ezeknek a feltételeknek a teljesülése esetén az újszülött 72 órás életkora előtt is hazaadható, ebben az esetben azonban a fent részletezett hatályos jogszabály és a vonatkozó szakmai irányelv értelmében ez az anya és az újszülött számára nemcsak intézeti, hanem intézeten kívül nyújtott egészségügyi szolgáltatás igénybevételét is jelenti fogja.

Egyértelmű és megkérdőjelezhetetlen a szakmai konszenzus abban a tekintetben, hogy az újszülöttek életük első néhány napján fokozott egészségügyi felügyeletet igényelnek. Nem elegendő tehát az, ha hazaadáskor a neonatológus meggyőződik az újszülött stabilan jó egészségi állapotáról. Minden esetben pontosan meg kell győződnie arról is, hogy a hazaadást követően az újszülött a 24 és 72 órás életkora közötti, intézeten kívüli ellátását melyik egészségügyi szolgáltató fogja biztosítani. Fontos kiemelni, hogy ez ekkor még nem jelenti automatikusan az alapellátóorvos-választás kötelezettségét (de természetesen nem is zárja ki a lehetőséget).

Védőnői ellátás

A területi védőnői ellátást szabályozó 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet szerint a területi védőnő a várandósgondozás során a várandósság megállapításának időpontjától kezdve biztosítja a születendő gyermek fejlődésének folyamatos figyelemmel kísérését, majd ez a védőnői gondozás biztosítva van a gyermek megszületése után is. Az újszülött védőnői gondozásba vétele a 72 órás távozást követően az intézeti védőnő jelzése alapján a hazaadást követő 48 órán belül – szombat, vasárnap vagy munkaszüneti nap esetében az azt követő első munkanapon – megtörténik, ezt követően az újszülött és a gyermekágyas anya szülés utáni további gondozása folyamatos.

Korai hazaadás esetén a közbeeső hétfégi és ünnepnapokon történő látogatás és ellenőrzés azonban jelenleg nincs megoldva. A korai hazaadás potenciális veszélyét elsősorban abban látjuk, hogy a 24 órák korban a szülészeti intézményből eltávozott újszülött mindaddig, amíg leendő házi orvosa, házi gyermekorvosa, területi védőnője nem veszi át a gondozását, lényegében egészségügyi felügyelet nélkül marad. Ez adott esetben – például egy pénteki napon hazaadott újszülött esetében – akár 72 óra is lehet, ezért erre a feladatra feltétlenül indokolt és szükséges egy szü-

lészeti intézményi háttérű szolgáltatás létrehozása, feladatainak pontos definiálása.

Hangsúlyozni kell, hogy sem a 0–4 napos korban kötelező szűrővizsgálatok elvégzését, sem a BCG-oltás beadását jelenleg nem lehet az alapellátás feladatává tenni. Erre sem megfelelő műszer, sem humán erőforrás nem áll rendelkezésre sem a védőnői, sem a házi gyermekorvosi ellátórendszerben. Ezekről minden körülmények között a hazabocsátó szülészeti intézményben mint „háttérintézményben” kell gondoskodni.

Neonatólogiai ellátás ügyeleti időben

Hazabocsátáskor az anyával egyértelműen tisztázni kell, hogy a házi gyermekorvos, háziorvos praxisába való felvétel a rendelői bejelentkezéssel és vizsgálattal kezdődik el dokumentáltan. Hétfvégén, ünnepnapokon vagy a munkaidőn kívül sem az alapellátó orvosok, sem a védőnők nem érhetők el. Az alapellátási ügyeleti ellátás, ami leggyakrabban vegyes (felőtt-gyermek) ügyeleket jelent, jelenleg nincs szakmailag felkészülve az újszülöttek ellátására. A **szülészeti intézmények újszülöttosztályainak folyamatos ambuláns ellátást és szükség esetén az újszülött és édesanyja rooming-in rendszerű újrafelvételét is kell biztosítaniuk** a frissen hazaadott újszülöttek számára.

Következtetések, javaslatok

1. Az egészségügyi ellátórendszerben minden újszülöttet édesanyjához hasonlóan orvosi és szociális értelemben egyaránt páciensnek (azaz „betegnek”) kell tekinteni. (Ebben az értelemben a „beteg” az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy.)
2. Ennek megfelelően minden újszülöttet megillet az elérhető legmagasabb szintű egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés joga a megszületését követően, a szülészeti intézményben és az intézeten kívül egyaránt.
3. Sem aktuális egészségi állapotát, sem biztonságos pszichoszociális adaptációját tekintve nem érhet hátrányos megkülönböztetés egyetlen újszülöttet sem amiatt, hogy egészségügyi intézetben vagy intézeten kívül születik, illetve hogy hány órás vagy napos életkorában távozik a szülészeti intézményből, munkanapon vagy hétfvégén, reggel vagy este, ahogy amiatt sem, hogy közfinanszírozott állami vagy pedig magánegészségügyi ellátás keretében jön a világra.
4. Ennek érdekében a korai hazaadással járó fokozott morbiditási rizikó miatt ennek általános bevezetése előtt nemcsak neonatólogiai, de alapellátási háziorvosi, házi gyermekorvosi és területi védőnői szinten is biztosítani kell a biztonságos megvalósításhoz szükséges szolgáltatási rendszer működését.
5. A korai hazaadás körülményeit, jogi, szakmai és ellátásszervezési részleteit **jogszabályi környezetben** (Emmi-rendelet, szakmai irányelv, módszertani levél) szükséges rendezni.

6. Egy ezzel kapcsolatos jogszabálynak ki kell térnie az alábbi szempontokra:

- Megszületése után hány nap, óra közfinanszírozott kórházi tartózkodás az, ami minden újszülöttnak állandó jogon jár?
- Milyen egészségügyi szakmai, szociális, szervezési stb. feltételeknek kell teljesülniük ahhoz, hogy az újszülött biztonsággal hazaadható legyen?
- Kinek, melyik egészségügyi szolgáltatónak (szülészeti intézet, alapellátó orvos, védőnő, ügyelet stb.) a hazaadást követően hányadik napon hol és mi a feladata?
- Az újszülött állapotának ellenőrzéséért az első 72 órában „felelős személy” vagy „felelős szolgáltató” egyértelmű meghatározása a hazaadás időpontjától függetlenül.
- Az intézeti és területi védőnői ellátás hogyan kapcsolódik be az újszülöttek korai hazaadáskor való ellátásába, figyelembe véve azt a tényt, hogy a védőnői szolgálat jelenleg ügyeleti szintű, munkaszüneti napokra is kiterjedő folyamatos ellátást nem biztosít, és nincs is kötelezve ilyen szolgáltatás végzésére.
- Mi a védőnő és az egészségügyi ellátórendszer többi tagja (neonatólogus, alapellátó orvos, sürgősségi ügyelet) közötti kommunikáció módja (írásos dokumentáció, szóbeli egyeztetések)? Tisztázandó az írásos dokumentáció, annak átadásának, átvételének mikéntje a szolgáltatók között (pl. újszülött-zárójelentés, ambulánslapok, észlelési dokumentumok, valamint a szülő által is igénybe vehető telemedicinális ellátások lehetősége ebben az időszakban).
- Leszögezendő, hogy egy hazaadott újszülöttnél ab ovo nincs háziorvosa. A háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátás jogszabályi kötelezettsége és felelőssége a nála való rendelői bejelentkezéssel és az első orvosi vizsgálattal veszi kezdetét, az ellátás helyszíne pedig az orvosi rendelő, ahol az előírt minimumfelszerelés is biztosítható, és amire a szolgáltató felelősségbiztosítása munkanapokon, rendelési időben érvényes.
- A lakáson végzendő újszülöttkori orvosi vizsgálatokat szakmai szempontból nem tartjuk indokoltnak és támogathatónak sem a szűrővizsgálatok végzése, sem az esetleges betegségek felismerése, diagnosztizálása és megfelelő ellátása szempontjából.
- A BCG-oltás beadását a szülészeti intézet újszülöttambulanciáján kell megszervezni.
- Ugyancsak intézeti feladatként definiálandó a 0–4. napon aktuális legtöbb újszülöttkori szűrővizsgálat elvégzése.

- A szülészeti intézet által kiállított dokumentáció részletes, kötelező tartalmi elemeinek meghatározása szükséges, ideértve minden esetben a biztonságos hazaadhatóság körülményei, pszichoszociális feltételei ellenőrzésének pontos rögzítését is.
 - Probléma esetén a szülészeti intézménybe való visszavétel menete, ideértve az ügyeleti időben történő eseteket is.
7. A jelenleg hatályos szakmai irányelv az újszülött egészségi állapotának korai hazaadását követő ellenőrzését a tervezetten intézeten kívüli szülésekkel azonos, jogszabályban megfogalmazott szakmai tartalommal írja elő. Ennek megfelelően a várandós anya részletesen meghatározott kompetenciákkal és jogosultságokkal rendelkező egészségügyi szolgáltatót és felelős személyt választ, akivel megbízási szerződést köt. Az anyával szerződő egészségügyi szolgáltató feladata az újszülött állapotának naponta, otthonában végzendő ellenőrzését biztosítani a hazaadást követő három napon. A szolgáltatói szerződést tehát még a szülés megindulása előtt, tervezetten meg kell kötni, erről nem a hazaadás napján kell döntést hozni.
 8. Haladéktalanul hozzá kell kezdeni a korán hazaadott újszülöttek állapotának folyamatos területi ellenőrzésében és az édesanyák otthoni megsegítésében, támogatásában részt vevő kompetens szakemberek, „felelős személyek” (látogató nővér, védőnő) megfelelő szintű speciális képzésének (védőnői, laktációs tanácsadói stb. ismeretek) megszervezéséhez.

9. A szülészeti intézmények újszülöttosztályain mindenhol biztosítani kell, hogy szükség esetén a hazaadott újszülöttet édesanyjával együtt rooming-in ellátásba vissza lehessen venni.

Összegezve

A korai hazaadás bevezetéséhez elengedhetetlen, hogy a hatályos jogszabály és szakmai irányelv által meghatározott feltételeket a szülészeti intézmény által koordinált, szakmailag és ellátásszervezési szempontból egyaránt megfelelően körülhatárolt, közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás keretében kell biztosítani.

A születést követő 24 óra után meghatározott feltételek teljesülése esetén az egészséges újszülött hazaadható. A szülészeti intézet hatáskörében – függetlenül attól, hogy a hazaadás a hét melyik napjára esik – egy erre megfelelő személyi és tárgyi feltételeket biztosítani képes szolgálat (szolgáltatói team) működését szükséges megszervezni, amely az újszülött távozását követően a területi védőnő első látogatásáig, illetve a dokumentált házi orvos-, házigyermekorvos-választásig a háttérintézménnyel együtt biztosítja az újszülött intézményen kívüli követését és egészségügyi ellátását.

Az újszülöttek korai hazaadást követő ellátását csak egy ilyen, a szülészeti intézet keretében működtetett és finanszírozott, országosan egységes, jogszabályban, ellátási protokollban rögzített szakmai keretek között, kompetens személyekkel és meghatározott eszközökkel működő, pontosan definiált feladatokért felelős szolgáltatóval látjuk biztonságosnak az ország bármely részében, a szülő kérését, igényét és felelősséget is figyelembe véve.



Házi Gyermekorvosok Egyesülete 2021. évi őszi eseményei

2021. október Szakmai webinár

Témák: gyermekgyógyászati alapellátás különböző aspektusokból

2021. november Őszi konferencia

Témák: iskolaegészségügy, praxisközösség, korai hazaadás

A rendezvényekkel kapcsolatos részletek hamarosan megtalálhatók lesznek a HGYE honlapján (www.hgye.hu), valamint hírlevélben is megkapja a tagság.

Dr. Pölöskey Péter | alapellátó gyermekorvos, Szombathely

Újszülöttek korai hazaadása az alapellátás szemszögéből

Egy kérdőíves felmérés tapasztalatai

Az újszülöttek korai hazaadásával kapcsolatos egyéni és szervezési döntésekre, az újszülöttek egészségét érintő legtöbb kérdéshez hasonlóan, hajlamosak vagyunk úgy gondolni, hogy elsősorban vagy kizárólag a neonatológia feladatkörébe tartoznak. Nem véletlen, hogy a témával kapcsolatos szakmai diskurzusra idehaza is az újszülöttgyógyász-szakma kezdeményezésére került sor az utóbbi hónapokban. Az ezzel kapcsolatos nemzetközi gyakorlatot és szakirodalmat megismerve azonban annyiban mindenképpen megváltozhat kezdeti véleményünk, hogy a születést megelőző felkészülési időszakot és a gyermekorvosi alapellátásba történő tranzíció folyamatát legalább annyira fontosnak gondoljuk az újszülött biztonsága szempontjából, mint azokat a szigorú kritériumokat, melyek alapján a neonatológus szakorvos otthonába bocsáthatja az újszülöttet az egynapos életkor betöltését követően.

Ezért is tartottuk fontosnak, hogy az újszülöttek 24 órás életkorban való hazaadásáról megfogalmazott állásfoglalás megszületése előtt megkérdezzük az alapellátásban újszülötteket ellátó kollégákat a témával kapcsolatos véleményükről. Online kérdőívünket 2021. május 13. és 23. között 998 alapellátó orvos (házi gyermek- és vegyes praxisban dolgozó háziorvos) töltötte ki, jól reprezentálva a praxisok területi és településszerkezeti eloszlását.

Meglévő tapasztalata alapján a kérdőívet kitöltő kollégák 80%-a egyáltalán nem támogatja az újszülöttek korai hazaadását, vagyis az 1-től 5-ig terjedő skálán 1-est vagy 2-est adott az ezzel kapcsolatos kérdésre. A jelenlegi alapellátási infrastruktúrában 10-ből 9 válaszadó 48 órán túl tartja biztonságosnak az újszülöttek hazabocsátását, és e túlnyomó többség fele a még későbbi, 72 órás határt jelölte meg biztonságosnak.

A válaszadók kétharmada szerint fontos, hogy amennyiben megvalósul a korai életkorban való hazaadás, akkor legkésőbb a következő életnapon újszülöttek ellátásában jártas orvos lássa az újszülöttet. Azonban a kitöltőknek csak 14%-a nyilatkozott úgy, hogy e vizsgálat rendszeres elvégzését folyamatosan vállalni tudná. Megoszlott a válaszadók véleménye ezzel kapcsolatban, hogy a hazaadást követő napokban ki feleljen az egészséges, jól lévő újszülött állapotának ellenőrzéséért: 49%-uk úgy gondolja, hogy a neonatológiai osztály, ambulancia, 48%-uk szerint pedig a házi gyermekorvos felügyelje a hazaadott újszülötteket. Legtöbbjük szerint ez mindkét esetben a védőnők bevonásával kell hogy történjen.

Abban már nagyobb egyetértés mutatkozott, hogy váratlan problémák (táplálási zavar, állapotrosszabbodás, sárgaság) jelentkezése esetén az újszülött vizsgálatáról az újszülöttszótálynak, ambulanciának kellene gondoskodnia – a kitöltők 75%-a gondolja így. Nagyon szomorú képet fest a válaszadók csaknem 80%-ának azon véleménye, hogy a kórházból újszülöttel haza-térő szülők egyáltalán nem vagy csak nagyon kis arányban rendelkeznek azokkal az ismeretekkel, amelyek az újszülött otthoni biztonságát garantálhatják. Csupán 5%-uk gondolja úgy, hogy a szülők többségének ez irányú ismeretei kielégítőek. Megoszlik a válaszadók azon véleménye, hogy mennyire érzik fontosnak a korai újszülött-hazaadás feltételrendszerének mielőbbi kialakítását. Az 1 és 5 között adható pontszám súlyozott átlaga 2,88 volt.

Az újszülöttek korai életkorban való hazaadásának – esetleg későbbiekben kialakítandó – pontos szakmai és szervezési feltételrendszere a kérdőív kitöltésekor még nem ismeretes. Az alapellátásban dolgozó kollégák véleményüket elsősorban a mostani infrastruktúra, a betegutak és a személyi feltételrendszer ismeretében fogalmazták meg, melyet akár rövid távon is lényegesen megváltoztathat a praxisközösségek jelenleg kialakítás alatt álló rendszere.

Nem hagyható figyelmen kívül, hogy az alapellátásban, de a védőnői ellátásban is meglévő tartós és nagyon jelentős szakemberhiány kedvező változása rövid időn belül nem várható. Nehezen látható jelenleg, hogy a gyermekorvosi alapellátás kialakult működési rendszerébe hogyan illeszthető be például egy hirtelen romló állapotú kétnapos újszülött ellátása, de akár a jól lévő babák hétvégi biztonságos állapotkövetése sem oldható meg. Az ügyeleti ellátás átalakítására, amely az újszülöttek állapotkövetését is befolyásolhatja, éppen ezekben a hetekben indult egy pilot program. A szülői egészségértés növelése, a szülőpárnak az újszülött, csecsemő ellátására való hatékony felkészítése, valamint az ezzel kapcsolatos kompetencianövelés évtizedek óta rendezetlen adóssága a gyermekegészségügynek.

Feltehetően mindez szerepet játszott abban, hogy a kérdőív kitöltői határozott és elutasító választ fogalmaztak meg az újszülöttek korai hazaadásának támogatásával kapcsolatban, kiemelten jelezve esetleges nehézségeiket az újszülöttek folyamatos állapotkövetésével, az akut állapotrosszabbodás ellátásával, a területi és szociális különbségek megoldatásával, valamint a kompetens szülői partnersereppel kapcsolatban.

Dr. Sándor György | házi gyermekorvos, Pécs

Főpróba után, előadás előtt

Mit várhatunk a praxisközösségben végzett munkától? Mennyiben változik a megszokott munkarend? Nagyobb lesz a terhelés, rengeteg adminisztrációval jár a változás?

A jelenleg alakuló praxisközösségekkel (PK) kapcsolatban rengeteg kérdés merül fel, ezek közül csak néhányat említettem meg. Érdemi tapasztalat, előzmény nélkül persze nehéz pontos válaszokat adni. Hiba lenne azonban azt állítani, hogy előzmények egyáltalán nincsenek, hiszen több pályázati programban működtek praxisközösségek (EFOP, Három generáció), és az itt szerzett tapasztalatok arra biztosan elegendők, hogy ne kezeljük teljesen ismeretlenként a kialakuló új együttműködési formákat. A jelen összefoglalóban Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése (EFOP 1.8.2-17 – VEKOP 7.2.3-17) pályázatban, praxisközösségben végzett munka során szerzett tapasztalataimat osztom meg.

A pályázat keretében működtetett praxisközösségekben a konzorciumot önkormányzat vezette, és a pályázati adminisztráció egy erre szerződött társaság (menedzsment) kezében volt. Az EU-s pályázat szigorú és összetett adminisztrációs elvárásainak és a sokrétű – munkajogi, könyvelési – feladatainak ismeretében erre magától értetődően szükség volt.

A pályázat teljes felépítését, szervezését, munkajogi háttérét, lebonyolítását és annak nehézségeit több okból sem részletezem. Egyrészt nem releváns a jelen összefoglaló témája és célja szempontjából, másrészt nem hasonlítható össze sem más pályázattal, sem más alapon szerveződő praxisközösségek működésének részleteivel. A nehézségek háttérében ott van természetesen a pandémia is, amely nem egyszer és egyszer sem rövid időre nehezítette vagy akadályozta a pályázat zökkenőmentes lebonyolítását. A szervezeti felépítés rövid ismertetése után a pályázat teremtette lehetőségeket, az elért eredményeket, az ezzel járó terhelést és a tanulságainkat foglalom össze.

A praxisközösségünkben felnőtt-, vegyes praxisok, illetve egy gyermekorvosi és egy fogorvosi praxis alkotta a konzorciumot. A praxisok orvosai mellett asszisztens, illetve egészségfelelős dolgozott, jellemzően ezeket a feladatokat a praxis saját munkatársai látták el. A praxisok orvosai közül került ki a PK szakmai vezetője, a munkáltatói jogokat a konzorciumot vezető település polgármestere birtokolta, az adminisztratív feladatokat a menedzsment fogta össze. A pályázati munka szervezését és felügyeletét a népegészségügyi koordinátor biztosította.

A praxisközösségben végzett munkát a befektetett munka és az előállított érték (haszon?) összevetésével lehet a legszemléletesebben értékelni. A felsorolásban a közlemény célját szem előtt tartva kiemelem azokat a tapasztalatokat, melyeket a saját kárunkon tanulva gyűjtöttünk.

Lássuk először a ráfordítást, a befektetett munka részleteit. A pályázat gerincét a népegészségügyi adatgyűjtés, az **egészségi állapot felmérő kérdőívek (EÁF) kitöltése és feldolgozása** jelentette. Az elsődleges cél a kardiovaszkuláris rizikó felmérése volt, hangsúlyozottan az egészség tudatos életmód kialakulását meghatározó családi körülmények, attitűdök (testmozgás, étkezési szokások) felméréseivel. Az EÁF adattartalma megegyezik a törzskartonéval, így egy füst alatt a praxis „hétköznapi” kötelezettségeinek egy részét is teljesítettük. Az adatgyűjtés egy részét a statisztikai előkészítés során random kiválasztott páciensek bevonásával végeztük, és esetükben ezt a pályázati program végén megismételtük. A páciensek többségét szabadon választottuk ki és kértük fel az adatgyűjtésre. A szülők hozzáállása pozitív, támogató volt, elenyésző arányban utasították vissza a kérést. A kérdőíveket a szülők döntő többsége e-mailben kapta meg a feladat részletes leírásával együtt, és online gyűjtöttük be az adatokat. Személyes megjelenést az első megbeszélés és a bejegyző nyilatkozat aláírása igényelt, és szükség esetén az adatok ellenőrzése után találkoztunk, amennyiben javítani, pontosítani kellett. Az adatokat ellenőrzés, feldolgozás után rögzítettük, és továbbítottuk a projektmenedzsmentnek és rajta keresztül a pályázati központnak.

A legfontosabb tanulság volt, hogy a szigorú határidők miatt folyamatos kapcsolatot kellett tartanunk az adatgyűjtést vállaló szülőkkel. Ez az udvarias, de kellően határozott biztatás elengedhetetlen volt a pontossághoz. Minden lazításnak ára volt: többletmunka, kapkodás. A gyermekorvosi praxis előnye, hogy a résztvevő szülők magától értetődően és könnyedén használtak minden szükséges eszközt, programot, így az online kommunikáció zavartalan volt. Az idősebb és az idős generációval dolgozó felnőttpraxisokban ez lényegesen nagyobb munkát jelentett. A módszertan kialakítása közös tanulási folyamat volt, amely magában foglalta a kitöltési útmutató kidolgozását, a telefonos egyeztetések kötelező tartalmának írásos rögzítését és a tűpontos munkamegosztást az asszisztenciával (ki mikor és mit írat alá, mit és hol rögzít, tárol), valamint természetesen a dokumentációs rend kialakítását. Sokat megtudtunk az adminisztrációs készségeink fejlesztésre szoruló területeiről, és új együttműködési formákat tanultunk meg.

A **prevenációs rendelés** bevezetése, a szűrések és a preventív szemlélet alkalmazása egy gyermekorvosnak nem jelenthet és nem jelentett nehézséget. Ami új volt, az az e célra dokumentáltan elkülönített rendelési idő és az azonnali konzultáció lehetősége. A praxisközösség alkalmazásában álló **gyógy-**

tornász és dietetikus szolgáltatása a mozgásszervi problémák és a túlsúly, elhízás mint népbetegségek esetében hiánypótló jelentőségű. A **fogorvosi** szűrés elérhetőségét, az előzőkhöz hasonlóan, felesleges hangsúlyozni. A gyógyító munkát érintő új lehetőségek közül ez volt a legizgalmasabb számomra. Az együttműködés feltételeit, részleteit a kezdetektől személyre, azaz praxisra szabva, együtt alakítottuk ki. A PK dokumentációját alkalmazva utaltuk be a pácienseket gyógytornára vagy dietetikai tanácsadásra. Az együttműködés jellege lehetővé tette együttes foglalkozások (rendszeres test-súlycsökkentő torna, klub, tájékoztató előadás) szervezését is. A szülők és a gyerekek számára is újdonság volt a preventív szemlélet ilyen érvényesülése, mi pedig egyértelműen hatékony eszközöket kaptunk az említett állapotok kezelésében, illetve a jól ismert komplikációk megelőzésében. Természetesen ezen a ponton hangsúlyozni kell, hogy mindez időt és energiát, szervezést igényelt, de cserébe más szintű orvos-beteg-szülő kapcsolatot éltünk meg.

A prevenció és a tájékoztatás, az edukáció kiemelt jelentőséggel bírt a pályázati programban. A finanszírozás változatos és jól használható lehetőségeket teremtett **rendezvények** szervezésére. Ez az esetünkben elsősorban iskolai egészségnapok szervezését, illetve az azokhoz csatlakozást jelentette. Rengeteg témát érintettünk, a teljesség igénye nélkül: Mit és mennyit igyunk (ebbe a témába becsempésztük az egészséges eliminációs működés jellemzőit is); Egészséges alvási szokások; Képernyőidő, az online tér veszélyei; Online kommunikáció és viselkedés, digitális intelligencia; A koronavírus-járvány, a megelőzés lehetőségei; Járványok, védőoltások.

Ez utóbbi a pandémia alatt kiváló alkalom volt az iskolások védőoltásokkal kapcsolatos – egyébként kifejezetten érett, kritikus és józan – véleményének megismerésére és hiteles információk, ismeretek átadására. A finanszírozás lehetőséget teremtett az egészséges étkezési szokásokat bemutató cateringszolgáltatásra is. Összességében a rendezvények javították a kapcsolatot az iskolaorvosként ellátott iskolával, és hagyománnyá vált az egészségnapok közös tematizálása és szervezése, ami a prevenció és az egészségnevelés kiváló eszköze lesz hosszabb távon is.

A pályázati indikátorok továbbképzések teljesítését is szükségessé tették.

Az eddig részletezett feladatok teljesítése, a rendezvények szervezése természetesen jelentős mennyiségű munkát adott. A rendszeres PK-összejövetelek, megbeszélések a közös célok mentén szerveződtek, és lehetőséget adtak a jó gyakorlatok, tapasztalatok átadására is. Nem volt könnyű folyamat a hatékony együttműködés kialakítása, hiszen eltérő populációval dolgozó és eltérő háttérrel rendelkező praxisok dolgoztunk egy közös cél megvalósításán a nem kevés „hétköznapi” feladat megoldása mellett.

Mit adott a pályázat keretében végzett praxisközösségi munka?

Elsőként közösséget, csapatot. Magától értetődően ismertük egymást szakmai vagy privát kapcsolatrendszerünkben, de

egy ilyen egymásra utaltságban végzett munka egészen más igényt jelentett. Minden nehézség, vita, egyeztetés (ezekből akadt bőven) mellett a közös cél szem előtt tartása és a kölcsönös tisztelet a pályázat teljes három éve alatt megmaradt, és alapja volt az eredményes együttműködésnek. Nem kétséges, hogy szervezései, adminisztrációs kérdésekben a saját, praxison belüli együttműködésünk is nagy kihívásoknak lett kitéve, és sokat fejlődött ennek köszönhetően.

A szakmai többlet, haszon jelentős volt. A részletes előzményi adatok, a családi előzmények felmérése, megismerése a teljesített adminisztratív kötelezettségen túl rengeteg információt adott a pácienseink családi hátteréről és a családok egészs tudatosságáról. A prevenciók rendelkezés üzenete és tanulsága egyértelmű: a problémákra, a krónikus betegekre, illetve a veszélyeztetett páciensek csoportjaira szánt minőségi idő elengedhetetlen a gyermekorvosi működésünk hatékonyságának növelésében. Nem kérdéses, hogy meg kell találni az erre szánnakó időt is a mindennapi működésünkben, aminek a kihívásait mindannyian jól ismerjük. A PK-hoz csatlakozó szakemberek bevonásával hatékonyabb megelőző és terápiás lehetőségeket kínálhattunk fel a célcsoportokba tartozó pácienseknek. A rendelőt elhagyva a rendezvények, programok, betegklubok, falunapok új terepet jelentettek, és kifejezetten élveztük ezt az egészségnevelő tevékenységet. A pályázat részét képező eszközbeszerzések sok változtatás, átalakítások után végül megvalósultak, és a beszerzett eszközök hosszú távon is szolgálhatják a praxis működését, összhangban a pályázati célokkal.

Az előttünk álló, a most formálódó praxisközösségek szemszögéből nézve levonható tanulságok a következők. Összességében a pályázat biztosította extra finanszírozásért megdolgoztunk, a feladatokat elvégeztük. Bizom benne, hogy az előttünk álló ellenőrzések kapcsán hasonló vélemény formálódik majd. Ne sajnáljuk, ha az előttünk álló praxisközösségi pályázatok adminisztrációs terhei az ígéretek szerint lényegesen kisebbek lesznek! Ez alapvető szükséglet, hiszen a pályázati feltételek teljesítése külön adminisztrációs apparátust igényelt, amit egy „tisztá” praxisközösség nem tud fenntartani. A praxisközösségi munka legnagyobb hozzáadott értéke a közösség. Élni lehet és kell a közös munka adta lehetőségekkel és előnyökkel. Az első pillanattól kezdve egységes, pontos és szigorúan vezetett, karbantartott adminisztráció jelentőségét rövid idő alatt megtanultuk, és hasznosítani fogjuk az előttünk álló praxisközösségi feladatokban is. A társszakmák, szakemberek bevonása és PK keretein belüli alkalmazása rengeteg lehetőséget rejt magában, különösen akkor, ha bővíteni lehet a bevonható szakemberek és kompetenciák körét. A ráfordított idő kritikus tényező, hiszen a feladatok teljesítése és a magasabb szintű ellátás a megszokottnál több munkát igényel.

Az összefoglaló címére és az első sorokban összegyűjtött kérdésekre utalva a praxisközösségi munkában az eddigi tapasztalataim alapján a lehetőséget látom a magasabb színvonalú és szakmai tartalmú csapatmunkára. Erre készülünk.

Módosult az 53/2021 (II. 9.) Korm. rendelet a praxisközösségekről

A praxisközösségekről szóló 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet két alkalommal is módosították az utóbbi hónapokban – a változtatásokat a 277/2021. (V. 26.) Korm. rendelet 19–23. §-a, valamint a 422/2021. (VII. 15.) Korm. rendelet tartalmazza. E jogszabályváltozások egyfelől rugalmasabb keretek révén segítik az egyesült, integrált vagy konzorciumi (a továbbiakban: szoros) praxisközösségek megalakítását, valamint lehetőséget biztosítanak a több szakvizsgával rendelkező szoros praxisközösségi tagok e szaktudásának könnyebb kiaknázásához. Az alábbiakban e módosításokat kérdések és válaszok formájában vesszük sorra.

Az 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet változásai a 277/2021. (V. 26.) Korm. rendelet 19–23. §-ai alapján

Hány praxis lehet a szoros praxisközösség tagja? Egy járáson belül csak szomszédos praxisok léphetnek be szoros praxisközösségbe?

Az eredeti rendelet a szoros praxisközösségben minimálisan részt vevő praxisok számát 5-ben határozta meg, a praxisközösségben részt vevő praxisok felső határát nem definiálta. A módosítás nyomán a „kollegiális praxisközösségen belül egy telephelyen, vagy egy járáson belül egymás közelében működő egészségügyi alapellátási körzetekben legalább 5, legfeljebb 10 háziorvosi, illetve házi gyermekorvosi szolgálat részvételével a magasabb szintű egészségügyi szolgáltatás nyújtása érdekében a következő szakmai együttműködési formák hozhatók létre és vehetők nyilvántartásba.”^[1]

Fogorvosok beléphetnek szoros praxisközösségbe? Ha igen, milyen feltételek mellett lehetnek praxisközösségi tagok?

A szoros praxisközösségben „5 háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatonként, illetve 5 háziorvosi vagy házi gyermekorvosi szolgálatonként további egy fogorvosi szolgálat is részt vehet”. Mivel a szoros praxisközösségnek összesen legfeljebb 10 praxis lehet a tagja, „ezzel a praxisközösség legfeljebb 12 szolgálatból is állhat”.^[2]

Egy praxis hány szoros praxisközösség tagja lehet?

„Egy szolgálat egy[szoros] praxisközösségben vehet részt.”^[2]

Ki lehet szoros praxisközösség tagja?

A módosításnak köszönhetően lényeges újdonság, hogy állami vagy önkormányzati tulajdonban lévő praxisjoggal rendelkező praxisok is beléphetnek szoros praxisközösségbe.

A módosítás kizárja az „orvosbárók” praxisközösségekben való részvételének lehetőségét.

A szoros praxisközösségi szolgáltató tagja „kizárólag a praxisközösséghez csatlakozó valamely szolgálat által ellátott alapellátási körzet tekintetében területi ellátási kötelezettséggel rendelkező

- praxisjoggal rendelkező személy (illetve egyéni vállalkozó) vagy
- az a) pont szerinti személy – közeli hozzátartozóival egybeszámított – közvetlen vagy közvetett minősített többségi befolyásával működő egészségügyi szolgáltató vagy
- állami vagy önkormányzati fenntartású egészségügyi szolgáltató lehet”.^[2]

Méltányolható-e, ha a szoros praxisközösség alapítása földrajzi vagy más okból nehézséget jelent?

A szoros praxisközösséget megalapítani kívánó praxisok „kérelmére indokolt esetben [...] meghatározott feltételek alól a praxiskezelő határozott vagy határozatlan időre felmentést adhat. Az így kiadott felmentés időtartama alatt a [szoros] praxisközösségi formák létrehozhatóak, nyilvántartásba vehetőek és működtethetőek. A határozott időre adott felmentés – indokolt esetben – meghosszabbítható.”

A praxiskezelő a szoros praxisközösség „alapító dokumentumának tartalmára vonatkozóan az érvényes létrehozás és működés feltételeként kötelező előírásokat tehet közzé”.^[2]

Ellenőrzik-e a szoros praxisközösségek tevékenységét?

„A praxiskezelő, illetve a területi kollegiális szakmai vezető az (1) bekezdésben és a 2. §-ban foglaltak teljesítését ellenőrizheti, és hiányosság esetén határidő megjelölésével felhívja a praxisközösséget a nyilatkozatban vállaltak teljesítésére és annak igazolására.”^[3]

Milyen módokon szűnhet meg egy szoros praxisközösség?

„Ha a praxisközösség kéri, vagy a (4) bekezdés szerinti felhívásban foglaltakat a kijelölt határidővel nem teljesíti, a praxiskezelő a praxisközösséget törli a nyilvántartásból.”^[3]

Hogyan lehet kilépni szoros praxisközösségből?

„Ha a szolgáltató kéri, vagy a (3) bekezdés szerinti felhívásban foglaltakat a kijelölt határidővel nem teljesíti, a praxiskezelő a praxisközösségi tagságot megszüntetheti.”^[4]

Az egészséges-tanácsadás is lehet prevenciós rendelés? Milyen időtartamban kell prevenciós rendelést tartani?

A prevenciós rendelés „tanácsadással is teljesíthető”.^[5]

A szoros praxisközösséghez tartozó szolgálatonként „hetente legalább 4 óra [...] prevenciós rendelésen felül praxisonként 2000 fő (bejelentkezett) létszám feletti, praxisközösségben egybeszámított minden további 500 fő után hetente legalább további egy óra időtartamban prevenciós rendelést biztosít”.^[6]

Az 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet változása a 422/2021. (VII. 15.) Korm. rendelet alapján

Kell-e beutaló abban az esetben, ha a szoros praxisközöségi szolgáltató szakorvosi szakképesítéséhez kötött tevékenységet végez a praxisközösségben?

A háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgáltató vagy az e rendelet szerint létrehozott praxisközöségi szolgáltató „beutaló nélkül jogosult elvégezni azon szakorvosi szakképesítéshez kötött tevékenységeket a praxisközösség betegei részére, amelyek vonatkozásában működési engedéllyel rendelkezik”.^[7]

Jogsabályi háttér:

1. 2277/2021. (V. 26.) Korm. rendelet, 20. § (1)
2. 277/2021. (V. 26.) Korm. rendelet, 20. § (2)
3. 277/2021. (V. 26.) Korm. rendelet, 21. §
4. 277/2021. (V. 26.) Korm. rendelet, 23. § g)
5. 277/2021. (V. 26.) Korm. rendelet, 22. §
6. 277/2021. (V. 26.) Korm. rendelet, 23. § h)
7. 422/2021. (VII. 15.) Korm. rendelet

EGYESÜLETI HÍREK | BRAUN HELGA ROVATA

Az ügyeleti rendszer átalakulásáról

A HGYE tájékoztatója - I. rész

Az utóbbi időszak számos változást hozott az alapellátásban dolgozók életébe. A reformok következő pontja az alapellátási ügyelet átszervezése, amely rég megérett a strukturális és finansziális átalakításra. Tekintettel arra, hogy az ügyeleti rendszer módosulása a házi gyermekorvosokat is nagyban érinti, a HGYE hírlevélsorozatban nyújt tájékoztatást a témával kapcsolatban.

2021. július 1-jén elindult az új sürgősségi ügyeleti modellprogram Hajdú-Bihar megyében. Ennek lényege, hogy mind a felnőtt-, mind a gyermek-alapellátási ügyelet szervezése és működtetése a helyi önkormányzatok helyett az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) hatáskörébe került a megyében.

Az egészségügy teljes átalakításának egyik legfontosabb pillére az alapellátás átszervezése, ennek pedig lényeges pontja az alapellátási ügyelet tervezett reformja. A párhuzamosan futó rendszerek (háziorvosi ügyelet, mentés, sürgősségi ellátás) fenntartása helyett egy egységes ügyeleti és sürgősségi rendszer kialakítását tervezik, amelyet jövőre a tervek szerint az egész ország területén bevezetnek.

Az elképzelés lényege, hogy az ügyeleti ellátás szervezése az OMSZ hatáskörében történjen, járási szinten szervezve. A járási központokban orvosok, diplomás mentőtisztek és felsőfokú képzettségű ápolók látják el a betegeket. A páciensek segítségkérései a korábbi ügyeleti centrumok helyett a mentőszolgálat központi számára futnak be, itt a diszpécser végzi az elsődleges beteg-tájékoztatót, és irányítja tovább a beteget a kapott információk alapján. Az azonnali segítségre szorulóhoz mentést szervez, vagy ha a páciens járóképes, akkor pedig egy ügyeleti pontra ad neki időpontot. A tervek szerint az

új ügyeleti rendszerben megnő a helyben elvégezhető vizsgálatok és ellátások köre is, így csökkenhet azon esetek száma, amelyeket tovább kell küldeni fekvőbeteg intézménybe.

Ennek az elképzelésnek a kipróbálása-kiépítése kezdődött meg Hajdú-Bihar megyében. A rövid határidőkre tekintettel az új ügyeleti szisztémára történő váltás inkább egy folyamat, a teljes átállás még nem történt meg. A modellprogram egy évre szól. Az ez idő alatt leszűrt tapasztalatok fogják az alapját képezni az új szisztéma országos szintű bevezetésének, minden megyében a helyi adottságok figyelembevételével. Így lényeges a körültekintő kialakítása, illetve értékelése.

Különösen vonatkozik ez a gyermekek ügyeleti ellátására, hiszen a fentebb ismertetett rendszert elsősorban a felnőtt betegek ellátására tervezték meg. Fontos lenne átgondolni és figyelembe venni a gyermekellátás speciális vonatkozásait. Mivel kevesebb a gyermek-alapellátásban dolgozó gyermekgyógyász és az ügyeleti probléma is, a gyermek-ellátást a felnőttektől függetlenül, illetve nem járási szinten lenne érdemes megszervezni. Ideális esetben érvényesülni kell annak az elvnek, miszerint a gyermekeket csecsemő- és gyermekgyógyászok, illetve gyermek-egészségügyi képzettséggel rendelkező szakdolgozók lássák el. Ennek érdekében párbeszéd indult az OMSZ képviselői és a megyei gyermek-alapellátás között, bízva abban, hogy együttműködve sikerül egy életképes gyermekügyeleti rendszert életre hívni a megyében.

Hírlevelünk következő számában, valamit weboldalunkon beszámolunk az átszervezés gyermekgyógyászati vonatkozásának részleteiről, azokról az elvekről, elképzelésekről, amelyeket a vezető gyermekgyógyászati szakmai szervezetek megfogalmaztak mint megvalósítandó célokat a reform kapcsán.