XXII. évfolyam ■ 2017/3. szám

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

Békés ünnepet, boldog új esztendőt kívánunk minden kedves olvasónknak.

Hogy van ez?

A nyáron, egyszer csak elfogyott a DTaP-vakcina. Oké, mondtuk, ez előfordul. Országos szállítási gondok, mint később kiderült. Amikor rákérdeztünk. De hogyan fordulhat elő az, hogy az oltóorvosokat egyszerűen elfelejtik minderről előre tájékoztatni? Az információhiány, a szülői tájékoztatás elmaradása nemcsak a kötelező védőoltási rendszerbe vetett hitet, de a mi hitelességünket is fenyegeti.

Nehéz azt is megmagyarázni egy általunk korábban nem kis munkával meggyőzött, influenzaoltás iránt már elkötelezett szülőnek, hogy ha eddig volt, most miért nincs az országban patikai forgalomban egyetlen influenzavakcina sem a 3 év alatti gyermekek számára.

Így, mivel egy járványügyi szempontból jelentős korcsoport kimarad az olthatók köréből, a kétéves totyogó, biológiai fegyverként fertőzheti a család immunológiailag sérülékeny tagjait.

Lehet persze oltást igényelni az alkalmazási előírásban nem szereplő korcsoport számára is, az„off label"alkalmazás azonban egyedi hatósági engedélyezéshez kötött.

Ez azt jelentené, hogy az egyre zsúfoltabb rendeléseken, miközben azt sem tudjuk, hogy szorítsunk három percet arra, hogy az oltás fontosságát elmagyarázzuk, még egyenként, minden egyes oltandó gyermek részére kérvényt is kellene írnunk. Adminisztráljunk, postázzunk, majd várjunk az engedélyre, amikor a kis pácienst újra visszarendeljük az oltás beadására. Valljuk meg, ez legtöbbünk számára nem látszik életszerűnek.

Sajnos úgy tűnik, hogy a szabadon választható oltások esetében a járványügyi hatóságoknak semmilyen befolyásuk nincs arra, hogy a gyártók és forgalmazók mit és milyen ütemezéssel hoznak be az országba. Van ezért ajánlott védőoltás, ami nincs, vagy csak„off label"adható. Az ellátás akadozása egyes vakcinák esetén (pl. MenB) rendkívüli módon nehezíti az oltások között javasolt intervallumok betartását.

Úgy érezzük, hogy valahol gondok vannak. Korábban volt egy EPINFO nevű rendszeres tájékoztató, ami nagyon hiányzik, és volt egy Védőoltási Tudományos Tanács, ahová az alapellátó gyermekorvosokat is rendszeresen meghívták. Legutóbb talán két éve hívtak.

Nem tudjuk, hogy mindennek mi az oka. Nem a mi dolgunk a felelősök keresése. Csak reménykedünk abban, hogy nem végleg romlott el valami, ami eddig jól működött.

TARTALOM

- Vendégünk volt Ónodi-Szűcs Zoltán 2–3
- A megújuló alapellátás 4–6
- EASAC-állásfoglalás a homeopátiával szemben 7
- EESZT 8–9
- Együtt az antibiotikumrezisztencia-krízis megfékezéséért. 10–11
- Orvos és védőnő, SBO és ügyelet: együtt vagy külön? Gyermeksportorvosi licence? 12–13
- Kerekasztal-megbeszélés a gyermekellátásról 15–17
- Igazolás, igazolás, igazolás. 18–21
- Miért fontos a serdülők meningococcus elleni oltása? 22–23
- A szepszis felismerése és területi ellátása 26–28
- Újdonságok Medscape-ről.... 29
- Csecsemőtáplálás-szimpózium 30
- Tiltakozás 30
- Hibát nem csak másködet el.. 31
- Czinner Antal-díj 31
- Influenza és védőoltás ... 34–35
- Praxisok 35–36

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2017-ben:

Nestlé BEBA · BioGaia · gsk · Humana · NUTRICIA Early Life Nutrition · Pfizer

Van jövőképünk – van jövőnk

Vendégünk volt Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár

A miénk a legszebb hivatás a világon, mutassuk hát meg a fiatal kollégáknak, már a szakképzésük alatt! Tegyünk mellé szakmai fejlődési lehetőségeket, kiszámítható életpályamodellt, és egyre több fiatal kolléga számára válik majd a gyermek-alapellátás vonzó perspektívává, miközben a szakmai és gazdasági lehetőségek körének szélesítésével mi magunk is jobb körülmények között nyújthatunk többet pácienseinknek. Ha mind ezek mellett még a praxisszerkezetet is rugalmasabbá tehetnénk, akkor a helyi viszonyokhoz igazodva egyre több gyereket láthatna el gyermekgyógyász szakorvos, már az első vonalban. Hogy mindez nem csak egy rózsaszín álom, arra reményt ad, hogy Ónodi-Szűcs Zoltán államtitkár úr szinte pontról pontra támogatta terveinket.

A gyermek-alapellátás elsorvadása vagy megerősödése, azaz jövője, alapkérdés. A megerősödés érdekében fontos célok elérésének szakmai kereteit fogalmazza meg a „Megújuló gyermek-alapellátás" című dokumentum, amelyet Póta György elnök úr mutatott be a HGYE XXIII. őszi konferenciáján.

A rendezvényt megtisztelte jelenlétével Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár úr, aki előadásában számos kérdésre tért ki.

Elsőként a finanszírozást említve kiemelte, hogy az elmúlt években jelentős emelkedés történt, ami ugyan nem elegendő, de az irányt jól érzékelteti. Egyetértett azzal, hogy aki többet dolgozik, nagyobb teljesítményt nyújt, az magasabb díjazást is kapjon. De határozzunk meg egy jobb indikátorrendszert – kérte –, hogy ne csak átalánydíj jelleggel, „rezsitámogatásként" kapják meg a kollégák az emeléseket. Nyitott volna arra, hogy ezt a szakmával átbeszélve, egyetértve alakítsuk ki.

Bár az egyetemi autonómiát tiszteletben kell tartani, kész azon javaslatunk képviseletére, hogy a szakorvosjelöltek a kötelező házi gyermekorvosi gyakorlatukat valóban az alapellátásban töltsék. Fontos volna, hogy leendő kollégáink megismerjék ennek a munkának kihívásait, szépségeit. Ami az utánpótlást illeti, tervezik egy valóban támogató ösztöndíjrendszer kialakítását.

A betegbiztonság érdekében felülvizsgálatra szorul az, hogy mi az a tevékenységi portfólió, ami bizonyos szakvizsgával elvégezhető, és mihez van szükség további akkreditált vizsgára vagy licencre. Viszont a vizsga magában nem elég – emelte ki – folyamatosan mellé kell tenni egy betegszámot is ahhoz, hogy valaki az adott készséget, jogosultságot fenntartsa. Ahogy repülőt sem vezethet az, akinek nincs meg a kötelezően előírt repülési óraszáma – tette hozzá.

Belátható időn belül el kell készíteni valamennyi szakma kompetencia alapú minimumfeltétel-rendszerét. Intézményesített módon, szakértőkkel és forrással felvértezve folyik már a munka, de várják a munkához a házi gyermekorvosok képviselőit is, hisz' náluk a szaktudás, náluk a tapasztalat.

Hogy miként nézzen ki a gyerekellátás struktúrája? Ezt szakmai érvek mentén kell megtervezni, mert a modellek nagyon eltérőek Európában. A szakmának kell abban állást foglalnia, velük együtt kell majd eldönteni, hogy mi a további jó irány. Ha van olyan érték, amely hozzáadott értékként jelenik meg az ellátásban, amellyel közelebb lehet vinni a lakossághoz egy ellátást, akkor elfogadásának nem lehet akadálya. Erre a célra biztosan lehet majd forrást is biztosítani.

A védőoltások izgalmas kérdései között kihívást jelentenek a határainkon túlról behurcolható fertőző betegségek. A behurcolt kanyarómegbetegedéseket követő epidemiológiai vizsgálatok során kiderült, hogy az egészségügyben dolgozó kollégák 10–20%-a nem védett. Így felmerül a határ mentén, vagy akár az egész országban a negatív szerológiájú egészségügyi dolgozók kanyaró elleni újraoltása, ahogyan Ukrajna kapcsán, a határon túliak vakcinával történő segítése is.

A gyermekek védőoltási köre bővülhet, napirenden van ezért újabb ajánlott vagy kötelező oltások befogadása a támogatotti körbe, vagy magába az oltási sorba. Lehet, hogy térítésmentes lesz a varicella elleni vakcina, de lehet, hogy csak a szeronegatívakat fogjuk oltani 16 éves koruk előtt. A Meningococcus B kapcsán gondolkodnak a jelenlegi nulla támogatási szint megemelésén, ennek mértékét költségvetési lehetőségek határozzák meg. Az oltóanyagok eseti hiányának elkerülése céljából a jövőben igyekeznek hosszú távú megállapodásokat kötni a gyártókkal. Államtitkár úr egyetértene azzal, ha nemcsak a vakcinát, hanem az oltás beadását is támogatná az állam. Egyetért a HGYE-vel abban, hogy nem lehet ez külön alku tárgya a szülő és az orvos között.

„Ami népegészségügyileg jelentős kérdés (pl. a gyermekkori elhízás), és aminek alapellátásban történő kezelésével jelentős egészségnyereség érhető el, arra lehet és kell is forrást találni. Ha tudunk olyan jól körülhatárolható projekteket prezentálni, amelyeket meg lehet fogni és lehet finanszírozni, akkor bizonyosan tudunk ezekhez is támogatókat találni". Ezzel a biztatással felérő kéréssel zárta felszólalását Ónodi-Szűcs Zoltán államtitkár úr.

A felszólalást ismertette: Dr. Havasi Katalin

A házi gyermekorvos kérdez – az államtitkár válaszol

A délután talán legizgalmasabb részében a teremben ülők sms-ben feltett kérdéseit Kollár László kollégánk közvetítette.

Négygyermekes apaként és egyben a kormány tagjaként, hogy látja a gyermekorvosok helyzetét?

Az alapellátásra igen jelentős figyelem fordult az utóbbi években, ha nem is külön a gyermek-alapellátásra. Ha az van a kérdés mögött, hogy van-e szándék ennek a jól működő rendszernek vegyes praxisba történő „bedarálására", akkor állíthatom, hogy ilyen nincs. Azt gondolom, hogy akkor működik jól ez az ország, ha a gyermekellátást gyermekszakorvos végzi. A kérdés inkább az, hogy hogyan lehet ezt jobban működtetni, és hogyan lehet visszaadni azt a presztízst, amit ebben a teremben és a praxisokban mindenki elvár. De hiába lesz bármennyi pénz, ha nem érzi az ifjú kolléga, hogy van hova kifutni, hogy licencekkel, új kompetenciákkal tágulhatnak majd a lehetőségei, akkor semmilyen ösztöndíjjal, semmilyen ígérettel nem lehet idecsábítani senkit.

Voltak mélyinterjús vizsgálatok, amelyekből kiderült, hogy a fiatal kollégák számára az egyedüllét nagyon riasztó. Ha segítséget kaphatna a mentortól, vagy kollegiális vezetőtől, ha tudna kihez fordulni, ha gondja van, ha nem egyedül kellene dolgoznia, hanem másokkal szövetségben, akkor sokkal könnyebben választanák ezt a lehetőséget. Ennek a kérdésnek a megoldásában szívesen gondolkodnék együtt Önökkel.

Ha már említette: régóta várat magára a kollegiális vezetői rendszer életre hívása.

A rendszer tervezete már elhagyta az államtitkárságot, a kabinetet is megjárta, rövidesen meg kell jelennie.

Speciális tehertétele a gyermek-alapellátásnak, hogy ha az orvos visszavonul, rövid idő után meg is szűnhet a praxis, mert vegyes praxissá alakítja az önkormányzat. Segítene ezen a gondon, ha moratóriumot hirdetnének erre az átalakításra.

Az a gond, hogy a kérés 2/3-os törvényt érint, hisz' önkormányzati jogokat kellene csorbítani. Érdemes ezzel a kérdéssel az ajtót döngetni, de a megoldás csak április után remélhető. Általános parlamenti elszántság kell a módosításhoz, ami politikailag kevésbé kiélezett helyzetben nagyobb eséllyel érhető el, legyen bármilyen színű is a parlament.

Életmentők voltak a 130 000 Ft-os támogatások. Most úgy érezzük, hogy a nagy baj valamelyest elhárult, de van-e terv arra, hogy az alapellátásban megjelenjenek olyan pénzösszegek is, amelyek minőségi változást hozhatnak?

Minden olyan ügy, ami módszertani szempontból kidolgozott, aminek végeredménye mérhető, megfogható, az finanszírozható. Várjuk ezeket a projekteket, ezen múlik az egész. A gond ott van, hogy az elmúlt időszakban azt látta a politika, hogy az egészségügy egy feneketlen bendő, öntik bele a pénzt, és még sincs eredménye. A 4x130 ezer forintért nem kért senki semmit, szinte „rezsitámogatásként" érkezett. A következő növekmények előfeltétele az, hogy tudjunk válaszolni arra, hogy mit miért kérünk.

Egyre több a nagy praxis, egyre jobban sújt bennünket a minket már eddig is túlzott arányban érintő degresszió. Minél több munkát vállalunk, annál nagyobb a büntetésünk.

Azért gondolkozzunk el! Ha elkezdem emelni a határt, akkor egyre több olyan helyet

látunk majd, ahol nem betölteni akarják az üres praxisokat, hanem összevonni egy másikkal. Abban kérem a közös bölcsességet, hogy nehogy olyan ösztönzőket hozzunk létre, amelyek ebbe az irányba hatnak, mert akkor egyre kevesebb orvos dolgozik majd kétszer annyit, másfélszer annyi pénzért. Ez komoly fenyegetettség! Már most is sok olyan levelem van, ahol arról panaszkodik a fiatal orvos, hogy hiába pályázza meg a jelentős letelepedési támogatást az OEP-nél, nem hajlandó vele szerződést kötni az önkormányzat, mert „jó" az az ellátás, amit az összevont praxis nyújt. A minőségi betegellátás szempontjából én inkább annak a pártján vagyok, hogy a rendes praxist kellene jól finanszírozni.

Szerintünk a nagyobb praxis nagyobb befektetés, és több lehetőséget jelent a páciensek számára is. A 700 fős praxis lesz az etalon vagy a 2000 fős?

Meg fogjuk beszélni, ez nem az én döntésem lesz. Csak nem szeretnék arra menni, amerre a floridai házi gyermekorvos barátom példája mutat, aki olyan jól csinálta, hogy most már három alkalmazottja van. Nem tartom jó jövőnek az alkalmazotti létet. Azt gondolom, hogy a szakmai és a gazdasági döntésnek egy kézben kell maradnia.

Az említett pluszpénzekkel, a nagyobb létszámú praxisokkal, egyre többen csúsznak ki az iparűzési adóra vonatkozó kedvezményből. Van lehetőség a szabályozás átgondolására?

Meg fogom próbálni. Azt már sikerült elfogadtatni, hogy tegyék adómentessé a praxis-adásvétel során keletkező jövedelmeket, képviselni fogom az iparűzési adó rendezésére irányuló kérésüket is.

Iskolaorvoslás vagy iskola-egészségügy – hol tart ez a folyamat?

Nem állítom, hogy ideális, ami Magyarországon most iskola-egészségügy címén működik. Azt gondolom, hogy a következő évek egyik nagy feladata annak a „népegészségügyi szolgálatnak" vagy intézetnek a létrehozása, amely magában foglal minden olyan facilitást, ami az alapellátást szolgálja és a lehetőségeit maximalizálja. Ebben nyilvánvalóan benne vannak az alapellátó orvosok, az iskola-egészségügyi orvosok, és persze segítséget kell majd kapnunk a többi, nem orvosegyetemet végzett szakembertől is. Erről egy külön workshop keretében nagyon szívesen beszélgetnék sok emberrel, mert engem is izgat, hogy ki mit gondol erről.

Duális finanszírozás, NEAK és az önkormányzatok… Nagyon komoly visszásságok vannak ezen a területen.

Igen, de mint említettem, a 2/3-os törvények érintése most lehetetlen kategória. Ha azonban van jó cél, és van ehhez garancia, módszertan és tudás, akkor kiállunk mellette. Nem hiszem, hogy úgy ismernének, mint aki nem vágja bele a fejszéjét bármibe.

Köszönjük a válaszokat, reméljük, hogy jövőre is találkozunk!

Lejegyezte: Dr. Havasi Katalin

Megújuló gyermekorvosi alapellátás

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete 2017 őszén Megújuló gyermekorvosi alapellátás címmel elkészítette összefoglaló dokumentumát, amely a szakma átfogó jövőképét vázolja fel. Nyilvános bemutatására az őszi konferencián Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán egészségügyért felelős államtitkár jelenlétében került sor.

MISSZIÓ

Egyesületünk számára fontos. hogy a házi gyermekorvoslást megújítani szándékozó, modern, proaktív, öndefiníción alapuló programmal rendelkezzen. Célunk, hogy segítsük szakmai és szakpolitikai partnereinket helyzetünk, céljaink jobb megismerésében, összességében felvázolni egy élhető, vonzó pályaképet, és egy korszerű alapellátó gyermekorvosi szisztémát. Ez a program a házi gyermekorvosok közösségének ajánlata a magyar társadalom, a szülők számára, a gyermekek egészségének megóvására, fejlesztésére. A programot Pátri László alelnök szerkesztésében a HGYE vezetősége állította össze.

MIÉRT FONTOS A GYERMEKORVOS?

A magasabb minőségű és a gyermekek igényeit jobban kielégítő gyermekorvosi alapellátás előnye a házi gyermekorvos minden szerepkörében megmutatkozik. A feladatok közül ki kell emelni az első orvosi döntésben (first contact care) vállalt gyermekorvosi szerepet. Elmélyült gyermekgyógyászati tudást igényel a ritka kórképek felismerése, vagy a krónikus betegek gondozása is. Az elkerülhető gyermekhalálozás csökkentéséről a következő olvasható a dokumentumban: „Négyéves életkortól a gyermeknépesség körében a balesetek jelentik a vezető halálokot. E tevékenységben a gyermekkel, családjával, óvodai-iskolai közösségével egyaránt rendszeres kapcsolatban lévő házi gyermekorvos kulcsszereplő." Magas szintű diagnosztikus gondolkodást igénylő tevékenység a gyermekek kóros fejlődésének idejében történő kiszűrése, a korai intervenció elindítása. Az utóbbi évtizedekben felismert és tudományosan bizonyított összefüggések szerint a felnőttek népegészségügyi terhet jelentő betegségei is nagyrészt a gyermekkorban gyökereznek, ezért ott lehet igazán hatékonyan megelőzni őket. A figyelemnek és a pénznek a gyermekegészségügybe történő befektetése hosszabb távon a középkorú felnőttek egészségi állapotában is javulást eredményezhet. A nemzetközi viszonylatban is kiváló nemzeti védőoltási program végrehajtásában, a magas oltottsági arányokban vitathatatlan szerepe volt és van a házi gyermekorvosi rendszernek.

JÖVŐKÉP

„A HGYE elsődleges célja az országos lefedettségű, megújulásra, szakmai fejlődésre képes gyermekgyógyászati alapellátó hálózat biztosítása. Meggyőződésünk, hogy így garantálható a gyermeknépesség számára a hazai hagyományoknak, településszerkezetnek megfelelő, hozzáférési korlát nélküli,

alapellátó szakorvosi ellátás a területen." – fogalmazza meg a program. Javasolja a gyermekgyógyászat, az alapellátás és a népegészségügy találkozását is jelentő házi gyermekorvosi rendszer önálló alrendszerré alakítását, a területi sajátosságokhoz alkalmazkodó rugalmas és eklektikus ellátási modellek alkalmazását, a fehér foltokon a centralizált ellátás megteremtését (mikrotérségi központok). „Az ellátó szerkezetnek meg kell felelnie a terület demográfiai, morbiditási viszonyainak is" – állapítja meg.

KÖRKÉP AZ ELLÁTÁSRÓL

A praxisok száma az elmúlt évtizedekben a kezdeti 1600-ról napjainkra 1500-ra csökkent. A gyermekorvos és a háziorvos által ellátott 0–18 évesek számaránya változatlanul 75–25%. A házi gyermekorvosi rendszer munkaerőhelyzetéről mindent elmond az, hogy ma 45% a 60 év feletti gyermekorvosok aránya. Az elöregedő rendszer mellett a másik gond, hogy kevés a fiatal házi gyermekorvos. Tehát nemcsak a munkaerő pótlása, hanem a fiatalítás is halaszthatatlan feladattá lépett elő. „A következő 10 évben e generáció visszavonulása elkerülhetetlen, ami drámai hiányokhoz vezet olyan településeken is, ahol ezt jelenleg elképzelhetetlennek tartjuk" – szögezi le a dokumentum a 70 éven felüliek visszavonulásával előálló helyzetről. A gyermekorvosi praxisok területi eloszlásáról, a fehér foltok kialakulásáról a következőket olvashatjuk: „A praxisok te-

rületi eloszlása nagyon egyenetlen. Önmagában a betöltetlen házi gyermekorvosi praxisok száma a jövőbeni ellátás szempontjából nem mérvadó, hiszen nem minden önkormányzat kíván a továbbiakban házi gyermekorvosi praxist működtetni még ott sem, ahol ezt a gyermeklétszám egyébként lehetővé és indokolttá tenné. A valóságos helyzetet ezért a tartósan betöltetlen, a vegyes praxissá átalakított, továbbá a felosztott gyermekorvosi praxisok együttes száma jellemzi. Másik oldalról az ellátó szisztémánk korszerűtlen szétforgácsoltságát jelzi, hogy az elmúlt évtizedek megváltozott demográfiai viszonyai miatt éppen azokon a területeken működnek likviditási gondokkal küzdő, egészen kis praxisok is, ahol a gyermekorvosi alapellátás kisebb számú gyermekorvosi praxissal is megnyugtatóan biztosítható lehetne."

A praxisok számával, az átlagos praxislétszámmal, a praxisok területi eloszlásával, a házi gyermekorvosok korfájával jellemezhető gyermekorvosi rendszert alapvetően a finanszírozás eszközeivel lehet befolyásolni. A finanszírozás az utóbbi években jelentősen, 40%-kal emelkedett, de sajnos az is megállapítható, hogy „a házi gyermekorvosi praxisok a finanszírozásukat illetően lassú lecsúszásban vannak." A dokumentum ennek okaként a születésszám csökkenését, korábbi nagy létszámú korcsoportok felnőttkorba érését, a külföldre költöző, a hazai finanszírozásból kieső gyermeknépesség kiesését jelölte meg. „A házi gyermekorvosi rendszer demográfiai sérülékenységét sem a praxistörvény, sem a praxisfinanszírozás nem kezelte megfelelően" – olvasható.

SZAKMAI MEGÚJULÁS

A szakmai megújulás alapeleme a házi gyermekorvosi kompetencia kiterjesztése. Ehhez oktatásra alkalmas curriculum megalkotása szükséges. Erről a dokumentum a következőket írja: „Ez egy speciálisan összeállított és rendszeresen gondozott, tanítható ismeretanyag, és nem csak egy leegyszerűsített („lebutított") klinikai gyermekgyógyászat. Ez jelenthetné az általános gyermekgyógyászati szakvizsgára ráépíthető házi gyermekorvosi szakvizsga tananyagát is. Fontosnak tartjuk a szakmai irányelvek rendszerszerű megújítását is. A kiterjedtebb kompetenciát szolgálná a kollégák által megszerezhető speciális szaktudások, licencek, szakvizsgák alkalmazási lehetőségének biztosítása is. Mindezek irányítására szakmai és tudományos háttérként fel kell állítani a házi gyermekorvoslás módszertani központját. „A kompetenciaemeléshez támogató finanszírozási környezetre van szükség (személyzet, tudás, műszer)" – állapítja meg a program. A rendszer populációs szintű hatékonyságát növelnék, a felnőttek egészségi állapotát javítanák a gyermekkorra adaptált népegészségügyi programok is. A házi gyermekorvosi indikátorrendszer sérülékenységét csökkentené, ha az indikátorok számát – a felnőttekéhez hasonlóan – 16-ra emelnék.

SZAKFELÜGYELŐK, KOLLEGIÁLIS VEZETŐK

A kollegiális vezetők rendszeréről az alábbiakat írja a dokumentum. „A házi gyermekorvosok szakmai munkáját napjainkban senki sem ellenőrzi." A háziorvosok/házi gyermekorvosok szakmai támogatására, irányítására, ellenőrzésére nagy szükség van. Erre a feladatra a 2015. évi CXXIII. alapellátási törvény által megteremtett kollegiális vezetői rendszert hatékony eszköznek tartjuk. „A korábbi városi/megyei/országos szakfelügyeleti rendszer megszüntetése után kialakított eseti szakfőorvosi rendszer feladata a panaszesetek kivizsgálása, az általános minőségügyi szempontok kialakítása lett. Ez különbözik a kollegiális vezető feladatkörétől. Megfontolandó a két rendszer harmonizálása, a párhuzamosságuk megszüntetése."

SZAKVIZSGÁK, LICENCEK

A házi gyermekorvoslás szakmai megújulását szolgálná az általános csecsemő- és gyermekgyógyászati szakvizsgára ráépíthető házi gyermekorvosi szakvizsga. Az egyesület szakvizsgákra és a licencekre vonatkozó javaslatairól az alábbiak olvashatók: „A házi gyermekorvosi szakvizsga magas szinten jeleníti meg a szakma identitását, garantálja a szélesebb kompetenciacsomaggal való működést, megfelelő finanszírozási feltételek mellett növeli a szakma vonzerejét. A fakultatívan megszerezhető többletismeret a szakmai színvonal emeléséhez vezet, lehetővé teszi a definitív ellátások arányának növelését, és a járó- és fekvőbeteg-ellátásra jutó terhelés csökkenését. A házi gyermekorvosi licencek létrehozása a szükséges minimumfeltételek megállapításával, a szakterületek közötti kompetenciahatárok rögzítésével, valamint a megfelelő finanszírozással előfeltétele a házi gyermekorvosok önkéntes, egyéni motiváción és érdeklődési körön alapuló kompetenciabővítésének. A további szakvizsgák alkalmazásának alapellátási törvényben rögzített elveivel egyetértünk." A krónikusan beteg gyermekek otthon ápolásának meg kell teremteni a képzési és az eszközfeltételeit. A gyermekek sportorvosi ellátása egyaránt igényli a gyermekgyógyászati és a sportorvosi jártasságot. „A tevékenység végzése ideális esetben az alapellátási rendeléstől elkülönülő időben és külön díjazás ellenében valósuljon meg" – javasolja a program.

SZERKEZETI MEGÚJULÁS

A humán erőforrás helyzete és a gyermekgyógyászat tudományának fejlődése a széttagolt ellátószerkezet helyett ma már a nagyobb praxisokra és a szakmai együttműködésre alapozott, a helyi körülményekhez alkalmazkodó, flexibilis ellátószerkezetek létrehozását egyaránt igényli. Erről azt olvashatjuk: „Elsődleges célunk, hogy alapellátási szinten a 0–19 éves korosztály az egész ország területén beutaló nélkül, mindennap hozzáférhessen a gyermekgyógyász szakorvosi ellátáshoz. Az esetenkénti konzultánsi szerepet (MSZSZ) nem tarjuk támogatásra érdemes alternatívának."

PRAXISÁTALAKÍTÁSI MORATÓRIUM

A házi gyermekorvosi rendszer fennmaradását illetően rendkívüli fontossággal bír az egyesület határozott állásfoglalása a gyermekorvosi praxisok vegyes praxissá alakításának folyamatáról:

„Az akadozó utánpótlás miatt kialakulóban van az a hibás gyakorlat, ami a megüresedett házi gyermekorvosi praxis tevékenységét gyorsan háziorvossal (vegyes praxis) kívánja biztosítani. Ez az adott területen a házi gyermekorvoslás megszűnését eredményezi, ami a gyermekek ellátásának színvonalában visszalépést jelent. Míg egy felnőtteket (is) ellátó háziorvosi praxis betöltését annál magasabb összeggel támogatja az állam, minél több éve betöltetlen, addig egy házi gyermekorvosi praxis, ha nincs szerződött orvosa, már 6 hónap után megszüntethető, és a területet ellátó felnőtt- vagy vegyes praxisba beolvasztható. Ezek a praxisok meg sem jelennek a betöltetlen praxisok statisztikáiban, vagy a több éve betöltetlen praxisok támogatásában. Az egyszer megszüntetett házi gyermekorvosi praxis soha többé nem alakul vissza! A vegyes praxissá alakítás „jó" a háziorvosnak, mert megkapja a gyerekek után járó finanszírozást, „jó" a tb-nek, mert megspórolja a területi díjat, és „jó" az önkormányzatnak, mert egy gonddal kevesebb. Egyedül a gyereknek rossz, mert gyermekellátásban kevésbé képzett orvosok látják el (4 hónap kontra 5 év gyermekspecifikus képzési idő!). Az eredmény: kevesebb prevenció, kevesebb korai diagnózis, kevesebb védőoltás, több antibiotikum a vegyes praxisokban. A Házi Gyermekorvosok Egyesülete a következő megoldást javasolja: „Vezessenek be moratóriumot a megüresedett házi gyermekorvosi praxisok átalakítására, a gyermekkörzetek vegyes körzetté alakítására. A gyer-

mekkörzetekre és a területen élő gyermekekre szánt finanszírozás integritását legalább 5 évig tartsák meg. A gyermekgyógyászati szakvizsgával rendelkező helyettes(ek) degresszió mentesen, a területi díjjal együtt kapja (kapják) meg a praxis teljes támogatását, hiszen az állam ezt a forrást eredetileg is az ott élő gyerekekre szánta, és ez a forrás biztosíthatja a megfelelő képzettségű helyettesítést."

KAPCSOLATRENDSZER

A védőnőkkel kapcsolatban a közös tanácsadásokat, a közös szakmai irányelvek készítését, a módszertan egységesítését és az informatika szerepét emeli ki a program. Az iskola-egészségügyi ellátásról a következő a véleménye a HGYE vezetésének: „Az iskolaorvosnak elsősorban prevenciós, azaz egészségnevelési, járványügyi (kampányoltások), dietetikai és egészségügyi tanácsadói feladatai vannak." A finanszírozás emelése elsősorban a részállású iskolaorvosok esetében nem halasztható."

ÖNKORMÁNYZATOK SZEREPE

A duális finanszírozás jogszabályi körülményei között az egyes önkormányzatok megtehetik, hogy az állami finanszírozásra apellálva, rendkívül eltérő tulajdoni, finanszírozási viszonyok között működtetik a házi gyermekorvosi rendelőket. E kérdés megoldására javasolja az egyesület a következőket: „Célszerű lenne a jogszabályi háttér kialakítása az egyes települések között a természetben, engedményekben (pl.: IPA) vagy forrásátadással nyújtott önkormányzati támogatás egységesítésére."

A PRAXISOK FINANSZÍROZÁSA

A praxisok pénzügyi felzárkóztatásával érhető el a stabil, középosztálybeli egzisztencia, a praxisjog értékének helyreállítását biztosító praxisfinanszírozás, a középtávon kiszámítható életpályamodell. A megfelelő javadalmazás emellett „megakadályozza a rendszer kiszáradását, a kollégák elszivárgását, sőt lehetővé teszi az ellátórendszer egészséges önreprodukcióját, azaz tartalmazza a praxisjog költségének középtávú (5 év alatti) kitermeléséhez szükséges forrásokat is." A hátrányos helyzetű térségek ellátásának elősegítésére innovatív megoldásokat és megfelelő finanszírozási alapot javasol a program. A fakultatív többletteljesítményt megfelelő finanszírozással kell elismerni. A többletkompetencia megszerzésének elősegítésére az egyesület pályázati alapot tart szükségesnek.

„A lépcsőzetesen emelkedő finanszírozási pálya jelenlegi gyakorlatát – az évente biztosított szabadon felhasználható 130 000 Ft/hó többletfinanszírozás rendszerét – megfelelőnek tartjuk, ennek folytatását kívánatosnak ítéljük." Az egyesület javasolja a degresszió szerepének újragondolását. A degressziós határt emelni, a rezidensek fogadását ösztönözni kell. A praxisok eszközbeszerzésére vonatkozóan a dokumentum megállapítja: „A jól bevált eszközbeszerzési pályázat folyamatossá tétele garanciát jelentene a megfelelő állagú eszközpark fenntartására. A finanszírozható eszközök listájának meghatározásánál figyelembe kell venni a szakmai sajátosságokat… Javasoljuk a fentieken túl pályázati források megnyitását, így megfelelő indoklással, a helyi igényeknek és szükségleteknek megfelelő eszközök beszerzésére lenne lehetőség." A gépkocsihasználatot a havi átalányköltség bevezetésével, az útnyilvántartási kötelezettség egyidejű megszüntetésével képzeli el az egyesület. Az iparűzési adóról az egyesület vezetése következőképpen vélekedik: „Kívánatosnak tartjuk a közfinanszírozásból kapott, nyilvános elszámolási kötelezettséggel terhelt támogatás iparűzési adó hatálya alóli kivonását – hiszen a szó valódi értelmében nem tekinthető vállalkozói bevételnek (nincs mögötte számla, nem védi az üzleti titok). Természetesen a praxisokat működtető vállalkozások egyéb bevételeire az általános iparűzési adóról szóló szabályozást tartjuk irányadónak. A helyi önkormányzatok számára 20 millió forint értékhatárig lehetséges az iparűzési adó mérséklése, de az évek során emelkedő praxisfinanszírozás miatt ezen összeghatár emelését látjuk célszerűnek."

A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő – NEAK pénzügyi ellenőrzési szerepének egyszerűsítésére a következőket javasolja az egyesület: „Véleményünk szerint az ellenőrzés számára a személyi és tárgyi feltételek (minimumfeltételek) teljesülése garanciát kell hogy jelentsen a praxis üzemszerű működésének biztosítására. Ezért az ellenőrzés általános feladatának ennek garantálását látjuk. Ellenőrzést igényel a célzottan nyert támogatási források (eszközbeszerzés, bértámogatás) felhasználása is. A NEAK és NAV ellenőrzési gyakorlatát a fentiek alapján össze kell hangolni. A Magyar Orvosi Kamara kötelező tagsága mellett indokolatlan a Magyar Kereskedelmi és Iparkamarai tagdíj megléte. Ennek kivezetését javasoljuk." Az egyesület javaslata szerint a nem kötelező védőoltások esetében – az orvos–beteg alku helyett – a térítési díjat normatívvá kellene tenni.

GYERMEKORVOSI ÜGYELETEK

A gyermekek területi ügyeleti ellátásának biztosításáról a program az alábbiakat állapítja meg: „A házi gyermekorvosi ügyelet sem jogi szabályozásában, sem díjazásában nem különül el a felnőtt populáció ügyeleti ellátásától, így törvényi kötelezettség hiányában sok helyen nem biztosított. A gyermekek orvosi ellátása azonban eltérő tudást, készséget igényel, mint a felnőtteké…, ezért törekedni kell, hogy a legszélesebb körben gyermekorvos lássa el ügyeleti időben is a gyermekbetegeket. Az alapellátási ügyelet önálló ellátási forma, amelynek előnyeit meg kell őrizni. Nem támogatjuk azon törekvéseket, amelyek a fekvőbeteg-intézményekbe vagy a sürgősségi osztályokba kívánják integrálni ezt az ellátást." Javasolja a dokumentum a felnőtt- és a gyermekügyeleti finanszírozás különválasztását is.

Finanszírozási szintek az alapellátásban

Finanszírozás formájának megnevezése	Tartalma	Funkciója
Alapfinanszírozás	Jelenlegi NEAK által biztosított díjazás emelkedő pályán	A praxis működésének teljes körű biztosítása
Minőségi többlet finanszírozása	Licencek, szakvizsgák alapján fakultatív végzett többletmunka ellentételezése	Definitív ellátás emelése Szakmai ösztönzés Pénzügyi ösztönzés
Funkcionális teammunka finanszírozása (csoportpraxis, praxisközösség)	Adott területen folytatott fakultatív népegészségügyi aktivitás ellentételezése	A terület népegészségügyi paramétereinek javítása

UTÓSZÓ

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete évtizedek óta küzd a gyermekorvosi alapellátó rendszer fennmaradásáért és fejlesztéséért. Fogadja minden érdeklődő e dokumentumot jó szándékú hozzájárulásnak ahhoz, hogy gyermekeink minél boldogabb életet élhessenek.

Az ismertetést Kálmán Mihály és Pátri László állította össze

A program teljes egészében az egyesület honlapján olvasható (www.hgye.hu).

EASAC-állásfoglalás a homeopátiával szemben

Semmilyen érdemi bizonyíték nincs arra, hogy a homeopátia tényleg használ, az ezt állító tanulmányok tudományosan nem állják meg a helyüket… – rögzíti az EASAC, az európai tudományos akadémiák közös testülete.

Az állásfoglalás deklarálja, hogy a homeopátia alapelvei ellentmondanak a fizika és a kémia törvényeinek, és soha nem jelent meg egyetlen valódi bizonyíték sem, ami igazolná a homeopátiás gyógymódok hatékonyságát. Az alkalmazása így nemcsak hatástalan (pontosabban nem különbözik a placebótól), de veszélyes is lehet, ha ez azzal jár, hogy a beteg nem kap valódi kezelést a problémájára. A vezető európai kutatókból álló testület állásfoglalása azért is fontos, mert európai szinten még nem volt ehhez hasonló súlyú és ilyen egyértelműséggel fogalmazó, félreérthetetlen, közös, konszenzusos álláspont. Előzmények már voltak: Ausztráliában és Amerikában is egyre keményebben nekimegy a hivatalos egészségügy a homeopátiának. Nálunk a kontinensen a svéd tudományos akadémia lett ennek az élharcosa, a Magyar Tudományos Akadémia is őket követve szorgalmazott végre hatékonyabb fellépést és hatósági lépéseket. Most mindez összeurópai szintre jutott.

A Semmelweis Egyetemen többé nem indul a „Bevezetés a homeopátiába" nevű tantárgy – közölte az egyetem rektora, dr. Szél Ágoston. A rektor leszögezte, hogy az orvosképzésben eddig sem szerepelt a homeopátia, csak a védőnőket, dietetikusokat és hasonló szakembereket képző Egészségtudományi Karon volt ilyen tárgyú választható képzés – kreditért. A tárgy néhány évenként indult, így idén is, de most, az európai tudományos akadémiák közös állásfoglalásának tükrében ezt is leállítják, és többé nem is indítják el.

A jövő elkezdődött*

Puskás Zsolt

Hat éve foglalkozom az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér létrehozásával, akkor indult el kifejlesztésének folyamata. Hogy mi is az az EESZT? Fogalmazhatunk úgy, hogy kiemelten nagy mennyiségű különleges személyes adatok, ágazatirányítási információk tömege. De ha azt mondjuk, hogy 170 ezer ágazati dolgozó, 10 millió állampolgár és több száz kapcsolódó rendszer együttese, az is jó meghatározás. A pontos definíció úgy szól, hogy az egészségügyi ellátóhálózat informatikai rendszereinek együttműködését biztosító, jogszabályban meghatározott, központi elektronikus szolgáltatásokat megvalósító, ágazati informatikai infrastruktúra. Korszerű kifejezéssel egy felhő-szolgáltatás, amit a jelenleg is használt informatikai rendszerek fejlesztői beépítenek a saját rendszereikbe, és ezt használják Önök. Lesznek jól érzékelhető szolgáltatások, és lesznek, amelyeket észre sem vesznek.

Kinek, hogyan, milyen szolgáltatásokat nyújt az EESZT, és milyen a biztonsága? Ezek a fő kérdések.

Elsősorban az egészségügyi szakembereknek és az ágazatirányításnak nyújt intézményi szintű jelentéstovábbítási szolgáltatásokat. Ne gondoljuk, hogy mindenki számára minden látható, mert a hozzáférés csak rendkívül szigorú jogszabályi felhatalmazással lehetséges. Még a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő – NEAK (korábban OEP) is csak szabályozott jogosítványok alapján, korlátozott és kontrollált módon férhet vényadatokhoz, és ugyanez vonatkozik az ágazatirányításra, amikor az engedélyezett egészségügyi szolgáltatók működési nyilvántartásához, vagy a naprakész gyógyszernyilvántartáshoz szeretne hozzáférni.

Biztonságossága a rendszerben tárolt adatok mennyisége miatt a legmagasabb, ötös kategóriájú. Nem lehet olyat csinálni, hogy lehívom azokat, akiknek ilyen vagy olyan betegségük van, vagy ilyen-olyan jellemzővel rendelkeznek. Nincs ilyen!

Az *ellátott* elérheti az összes olyan információt, amit az EESZT róla tárol: a felírt recepteket, beutalókat, leleteket, továbbá minden, vele kapcsolatos adatkezelésről tudomást szerezhet. Mikor, mit, ki hozott létre, ki módosította, törölte, olvasta, vagy próbálta olvasni az ő adatait. Nem tilthatja le, hogy egy róla szóló lényegi információ bekerüljön, de meghatározhatja, hogy ki férhet hozzájuk, minden orvos, csak a kezelőorvos, vagy éppen senki.

Önök, *egészségügyi* szakképesítéssel rendelkező, az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ – ENKK nyilvántartásában szereplő, úgynevezett természetes személyű felhasználók, az alap-nyilvántartási azonosítójukból képzett egyedi azonosítóval léphetnek a rendszerbe. (Az egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező adminisztrátor vagy informatikus másik nyilvántartásban szerepel, tehát másféle azonosítót kap.)

Az *eseménykatalógus*, az ellátási események naplója akkor bővül, amikor valahol elkezdődik (befejeződik) a beteggel a foglalatoskodás, de az adat rögzítése elválhat az ellátási esemény tényleges időpontjától. Azt szeretnénk, hogy a tajszámhoz (vagyis az ellátotthoz) kapcsolódóan az összes olyan információ felkerüljön a térbe, ami az ellátást illetően releváns.

Az *E-kórtörténet* gyakorlatilag az egészségügyi dokumentumok (pl. zárójelentés, diagnosztikai vizsgálatok stb.) tára. A publikálás (az adatrögzítés), a dokumentumok (pl. zárójelentés) betegnek történt átadását követő egy órán belül kötelező, a beteg-dokumentáció ekkor bárhol elérhetővé válik. A házi gyerekorvos tehát már akkor láthatja a vizsgálati eredményt, amikor a beteg mondjuk még csak hazafelé tart a sebészetről, az alapellátásnak ma egyébként nincs publikációs kötelezettsége.

A *receptszolgáltatás* gyakorlatilag a felírás és kiváltás elektronikus leképezése. Továbbra is lehet papíron vényt írni, de az adattartalom a felírás pillanatában felkerül a térbe. (Ekkor megjelenik egy plusz vonalkód a recepten.) Kiváltáskor a patikus azt is rögzíti, hogy mi a ténylegesen kiadott készítmény. A papíralapú felírási igazolás (receptírás) 2018. december végéig mindenki számára, utána már csak a gyermekek részére lesz kötelező.

Az *E-beutaló* révén a szakellátó számára láthatóvá válik, hogy mire kell készülnie a következő időszakban. (Honnan, milyen

*Elhangzott: XXIII. őszi konferencia – 2017. november 11.

beutaló diagnózissal, mennyi beteg érkezése várható?)

Az *erőforrás-publikálás* révén a szabad kapacitásaikról adnak tájékoztatást a szolgáltatók, ami a járóbeteg-szakellátásban komoly ellátásszervezési kihívást jelent majd. Ma, amikor egy bankba, egy kormányablakba, egy hivatalba lehet időpontot foglalni, akkor egy olyan szolgáltatóipar felé, mint az egészségügy, ez jogos elvárás. Várhatóan ágazatpolitikai eszközökkel „terelgetik" majd a szolgáltatókat abba az irányba, hogy ezeket a szolgáltatásokat megszervezzék.

Az *E-profil* az állampolgárok nem, vagy ritkán változó egészségügyi adatait tartalmazza. Rögzítheti a szakrendelés vagy a háziorvos a figyelmeztetéseket, védőoltásokat, megoldott, lezárt vagy inaktív problémákat, korábbi műtéteket, krónikus betegségeket, fogyatékosságot, várandósságot, vércsoportot stb.

A *digitális képtovábbítást* csak a teljesség kedvéért említem, ez ma még a nagy intézmények részére áll csak rendelkezésre. Arról szól, hogyha rólam készül egy kép a Debreceni Egyetemen és legközelebb Veszprémben kerülök ellátásra, akkor a veszprémi radiológus is láthassa a Debrecenben készült MR felvételt.

Természetes, hogy egy ilyen méretű újdonság bevezetésekor rengeteg a kérdés. Hogy adunk-e kompetenciát a szakdolgozónak, vagy hogy a védőnői informatikai rendszer, a néhány éve kialakított ELIR csatlakozásra képes új változata mikor készül el, és még egy sor más kérdés, az szakmai kérdés, vagyis az ágazatirányításra, és nem a számítástechnikára tartozik. Mindig a helyi rendszerek csatlakoznak hozzá, ezért a helyi informatikai rendszereken múlik, hogy miként épül be az EESZT az Önök hétköznapjaiba.

Mi azt hangsúlyozzuk, hogy ez egy korszerű felhő-technológia, ami szolgáltatásokat nyújt, és nem egy új programot ad a kezükbe. Szektorsemleges, amin azt értem, hogy eddig csak a közfinanszírozott szolgáltatóknak kellett belépni, de 2018. november 1-től az összes szolgáltatónak és közöttük a magánszolgáltatóknak is csatlakozniuk kell a rendszerhez.

Egy elektronikus világ elektronikus rendszere, tisztán elektronikus folyamatokkal, különböző hozzáférési technológiákkal, amelyekre olyan új szolgáltatások épülhetnek, mint pl. a telemedicina. Az új szolgáltatásokat a visszajelzések, az igények alapján építjük be, folyamatosan. Nemcsak egy kommunikációs csatorna, ahol a szolgáltatók egymás között kommunikálhatnak, cserélhetnek adatokat, hanem egy új szint, egy új útnak a kezdete.

Hisszük, hogy elindulásával a jövő kezdődött el.

KÉRDÉSEK, VÁLASZOK

- **Meddig kapunk haladékot a csatlakozásra? Mikor kezdjek azon izgulni, hogy megbüntetnek?**
  Csak jogszabály van, szankció nincs! A csatlakozási folyamatot megkezdettek aránya ma 99%. Hogy sikerül-e 100%-ban a csatlakozás, az nagymértékben függ az informatikai rendszerszállítókon. Látjuk, ha hibáznak, elemezzük a gondokat, napi kapcsolatban vagyunk velük. Ennek is van egy tanulási görbéje, aminek most még az elején vagyunk.

- **Mi van, ha az EESZT nem elérhető?**
  Attól még a helyi rendszer működik, továbbra is rendelkezésre áll. Ha helyre áll a kapcsolat, a tárolt adatok felmennek a rendszerbe.

- **Ha nincs nálam a személyim?**
  Ha újra lesz személyi, rögtön beküldi a rendszer a rögzített adatokat.

- **Miért nem elég a tajszám, miért kell még egy személyi azonosító is?**
  Ez közigazgatási kérdés, hogyha ők ezt „megugorják", akkor felőlünk elég lehet a tajszám.

- **A nagyobb adatforgalom miatt kell-e nagyobb csomagot vásárolnom az internet-szolgáltatótól?**
  Nem. Ezek nagyon-nagyon pici adatcsomagok. Egy normál internetböngésző töredéke, amit ezek használnak.

- **A mikrobiológiai vizsgálatok adatai felkerülnek a térbe?**
  Igen, kötelezővé tettük november 1-től.

- **Az E-beutalónak van-e időbeli felhasználási korlátja?**
  Ugyanannyi, mint az eddigi beutalóknak.

- **Sok digitális eszközt használok, amiben adat keletkezik...**
  Ezeknek az eszközöknek a csatolása, adatainak direkt bejuttatása szerepel a fejlesztéseink között.

- **A háziorvos által rögzített ellátási esemény részletei felkerülnek a rendszerbe?**
  Az alapellátásnak az EESZT felé csak eseménykatalógus-beküldési kötelezettsége van, saját dokumentációja tehát nem megy föl automatikusan. Elküldheti, de nincs kötelezve a publikálásra.

- **Ha kapok egy szakellátásban keletkezett leletet, azt nekem is be kell írnom?**
  Nem, mert a szakellátás kötelezett a beírásra.

Együtt az antibiotikumrezisztencia-krízis megfékezéséért

Beszámoló a HGYE XXIII. őszi konferenciájának Pro Junior szekciójáról

Dr. Danilo Lo Fo Wong, a WHO programmenedzsere ismerteti a WHO globális, az antibiotikumrezisztencia-krízis megfékezését célzó programját a HGYE XXIII. őszi konferenciáján

Komoly veszélyre figyelmeztet az Egészségügyi Világszervezet (WHO): az antibiotikum-rezisztencia (AR) jelenleg évente 700 000 ember életét követeli. Ez a szám 2050-re elérheti az évi 10 milliót is, s így – megelőzve a rákos megbetegedéseket – az AR vezető halálozási okká válhat.

Az antibiotikumrezisztencia-krízissel világszerte számos nagy szervezet foglalkozik, a WHO egy akciótervet is kidolgozott a folyamat megfékezésére. A teljes programot, a globális stratégiát és a lokális teendőket Magyarországon elsőként november 10-én, a Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének szokásos évi, őszi konferenciáján mutatta be Dr. Danilo Lo Fo Wong, a WHO antibiotikum-rezisztencia-krízissel foglalkozó programmenedzsere.

A WHO antibiotikum-rezisztencia elleni akciótervének csak akkor lesz eredménye, ha a helyi szervezetek és segítségükkel az érintettek, például az orvosi szakma és az antibiotikum-kúrában részesülők is cselekednek. *Itthon elsőként a Házi Gyermekorvosok Országos Szövetsége áll az ügy élére – jelezte a konferencián Dr. Póta György, az egyesület elnöke.*

ELSŐ LÉPÉS: ORSZÁGOS KUTATÁS

Mivel az antibiotikum-rezisztencia legfőbb oka a helytelen és túlzott antibiotikum-használat, első lépésként, az okok feltárására a HGYE az antibiotikum-kezelés okozta mellékhatásokat és azok megelőzését vizsgálta. Dr. Póta György, a HGYE elnöke ismertette a Pro Junior elnevezésű, a Házi Gyermekorvosi Szekció által irányított, országos lefedettségű, nemzetközi összehasonlításban is nagy esetszámú kutatás céljait és hátterét. A mintegy 100 házi gyermekorvos és 1000 beteg részvételével lezajlott, idei vizsgálat rámutatott, hogy *a gyermekek több mint egynegyede az antibiotikum-kúra során nem kap ún. szupportív, vagyis az antibiotikum okozta mellékhatások kockázatát csökkentő terápiát, amely gyakorlat az antibiotikum-szedési fegyelmet ronthatja.*

A Pro Junior kutatás másik fontos, az alkalmazott probiotikum megválasztásával kapcsolatos tanulságairól Dr. Réthy Lajos PhD allergológus, immunológus és Dr. Karoliny Anna gyermekgyógyász, gyermek-gasztroentero-

A WHO ANTIBIOTIKUM-REZISZTENCIA ELLENI AKCIÓTERVE

A globális akcióterv célja, hogy a lehető leghosszabb távon biztosítsa a fertőző betegségek sikeres kezelésének és megelőzésének folyamatosságát – hatékony és megbízható gyógyszerekkel, amelyek minősége biztosított, használata átgondolt és felelősségteljes, és amelyek mindenki számára elérhetőek, akinek szüksége van rájuk.

A fenti célok elérése érdekében a globális akcióterv öt stratégiai feladatot határoz meg:

1) Az antimikrobiális rezisztencia tudatosítása és megértésének elősegítése
2) Ismereteink elmélyítése adatgyűjtés és tudományos vizsgálatok segítségével
3) A fertőzések terjedésének csökkentése
4) Antimikrobiális hatóanyagok, szerek használatának optimalizálása
5) Anyagi erőforrások összpontosítása új gyógyszerek fejlesztésére, diagnosztikai eszközökre, oltóanyagra és más intervenciókra

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

lógus főorvos tartottak előadást. Mint elmondták, a vizsgálatban két csoportra osztották a házi gyermekorvostól antibiotikumot kapó betegeket: az egyik csoport Lactobacillus reuteri Protectis tartalmú készítményt kapott szupportív terápiaként, míg a másik csoportban a betegek más, probiotikus készítmények közül választhattak. Az antibiotikum-kezelés alatt és az azt követő öt napban a kezelés alatt álló gyermekek szülei a mellékhatások előfordulását tüneti naplóban rögzítették. Az eredmények látványosak: Lactobacillus reuteri Protectis szedése mellett az összes vizsgált mellékhatás – hasfájás, hasmenés, hányinger, étvágytalanság, haspuffadás – előfordulása az antibiotikum-kezelés alatt közel egyharmadával kevesebb volt, mint a hagyományos (más készítménnyel nyújtott) szupportív terápiában részesülők esetében.

Mindezek alapján kijelenthető, hogy a szülőkben tudatosítanunk kell: antibiotikum-kúra esetén a megfelelő probiotikum megválasztásával a gastrointestinalis mellékhatások, panaszok előfordulását és súlyosságát hatékonyan csökkenthetik. Azonban, ahogy az antibiotikumok, úgy a probiotikumok sem egyformák. Nem mindegy, hogy melyik antibiotikum mellé melyik probiotikumot választjuk. Nem megfelelő probiotikum szedése esetén ugyanis előfordulhat, hogy az antibiotikum ugyanúgy megöli az abban található, jótékony baktériumokat is, mint a kórokozókat, és így a hatás végeredményben olyan, mintha a beteg semmit sem szedett volna. A kutatás egyik fő konklúziója tehát, hogy ***a kompetens gyógyszerválasztás és a terápiás hatás biztosítása érdekében az antibiotikum mellé a gyermekorvos javasolja a megfelelő probiotikumot*** – annak rezisztenciaprofilja ismeretében!

A lakosság tájékoztatására készült a www.antibiotikum-kura.hu weboldal

MÁSODIK LÉPÉS: EDUKÁCIÓ

A HGYE antibiotikumrezisztencia-krízis megfékezésére kidolgozott programjában a második lépés a lakosság tájékoztatása – például a gyermekorvosi várótermekbe tervezett plakáttal és szórólappal, illetve a helyes antibiotikum-kúra szabályait is tartalmazó **www.antibiotikum-kura.hu** weboldallal.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A tudományos programszekció végén a kutatás és a teljes kampány elkötelezett támogatója és a Lactobacillus reuteri Protectis®-t tartalmazó készítmények hazai forgalmazója, a BioGaia nevében Dr. Cholnoky Judit ügyvezető igazgató köszönte meg a Pro Junior – vizsgálat az antibiotikum-kezelés mellékhatásairól c. kutatásban részt vett orvosok értékes munkáját. Mi is nagyon köszönjük – az utat együtt folytatjuk tovább!

Dr. Kovács Ákos
a Házi Gyermekorvosi Szekció elnöke

A Magyar Gyermekorvosok Társasága és a Házi Gyermekorvosok Egyesülete Közös
Házi Gyermekorvosi Szekciója
www.hgyoszekcio.hu

A HGYE ÜZENETE A SZÜLŐKNEK: A HELYES ANTIBIOTIKUM-KÚRA 3 OKOS SZABÁLYA

1) Bízza az orvosra a döntést, hogy szükség van-e antibiotikum-kezelésre!
- Ne kérjen antibiotikumot feleslegesen – például vírusos fertőzés kezelésére!
- Ha az orvos antibiotikumot ír fel, szedje be az előírásoknak megfelelően!
- Orvosi felügyelet nélkül ne kezdjen antibiotikum-kúrába!

2) Bízza az orvosra a döntést, hogy milyen antibiotikumra és mennyi ideig van szüksége!
- Ne használjon korábbi betegségből megmaradt antibiotikumot!
- Ne fogadjon el másnak felírt antibiotikumot, és Ön se ossza meg az Önnek felírt antibiotikumot másokkal!
- Ne hagyja abba a kúrát előbb, és ne is szedje tovább az antibiotikumot, mint ahogy azt az orvos előírta Önnek!

3) Bízza az orvosra a döntést, hogy milyen probiotikumot választ az adott antibiotikum mellékhatásainak kivédésére!
- A helyesen megválasztott probiotikum segítségünkre lehet az antibiotikum-rezisztencia elleni küzdelemben is!
- Csak az orvos tudja pontosan, hogy melyik probiotikum melyik antibiotikum mellett hatásos!
- A szakértelem nélkül választott probiotikum olyan lehet, mintha semmit nem szedett volna be!

További részletek: **www.antibiotikum-kura.hu**

Kérdések, válaszok

Szemelvények a HGYE levelezéséből*

ÁPOLÓ VAGY ASSZISZTENS?

● „Az ÁNTSZ nemrég ápolási (nem gondozási) ellenőrzést tartott nálunk, holott gyermekorvosi praxisban – a felnőttpraxisokkal ellentétben – kifejezetten ápolási feladat nincs. Az ellenőrzés során viszont számonkérték rajtunk, és eddig asszisztensnek vélt munkatársainkat következetesen ápolónak titulálták, miközben önállóan, a vizsgált orvostól elkülönített módon is igyekeztek őket elszámoltatni az általuk végzett ápolási munkával kapcsolatban. Álláspontunk szerint az asszisztens az orvos irányításával és felügyelete mellett végezheti csak a munkáját, így valamennyi szakmai intézkedése az orvost minősíti, következésképpen az asszisztens (ápoló) külön elszámoltatása nem éppen orvosbarát lépés, még akkor sem, ha a jegyzőkönyvbe semmi elmarasztaló nem került be ezzel kapcsolatban. Kérjük, foglalkozzon az egyesület a gyermekorvosi praxis ápolási feladataival, és rögzítse ezeket valamilyen módon, részben, hogy ennek megfelelően dolgozzunk, részben pedig, hogy ennek értelmében lehessen ezt számon is kérni rajtunk."

NEM RENDELHET EGYÜTT ORVOS ÉS VÉDŐNŐ

● „Az önkormányzat egy szeptember 1-től életbe lépett jogszabály alapján, a megnövekedett védőnői feladatokra hivatkozva megszünteti nálunk a védőnő és a gyermekorvos közös rendeléseit. Tovább csökken így a gyermekorvos és a védőnő szakmai együttműködése, mialatt a kívánatos trend épp ennek ellenkezője lenne (ld. VEKOP-pályázatok az alapellátás fejlesztésére, ahol is sarkalatos pont a védőnők legalább 50%-ának közvetlen bevonása a háziorvosi praxisközösség munkájába). Kérdés, hogy ha az orvos az asszisztenssel is képes a preventív rendelésre, akkor eddig minek kellett ehhez a kvalifikált védőnő? Vagy ha mégis kell a védőnő, mint ahogy ezt az elmúlt 40 évben gondoltuk, akkor nyilvánvaló, hogy az ellátás szenvedi majd meg ennek hiányát. Várjuk, hogy az egyesület mielőbb kialakítsa álláspontját az orvos–védőnő kívánatos együttműködésével kapcsolatban."

● „Nálunk a védőnők hivatalosan is deklarálták, hogy a megnövekedett adminisztrációs stb. teendők miatt ezentúl nem vesznek részt a közös házi gyermekorvosi tanácsadáson.

Érdekes volna felmérni, átlátni, hogy az ország különböző részein ez hogyan működik…"

● „Csordás Ágnes, a MAVE elnöke, a múlt évben azt javasolta, hogy a védőnők ismét kerüljenek a házi gyermekorvosok „csapatába", de ennek a Védőnői Nemzeti Gárdában – vagy hogy hívják ezt a testületet – egyáltalán nem volt pozitív visszhangja."

● „Mivel a téma a mi munkánkat is alapvetően érinti, számunkra ez stratégiai kérdés."

● „Nálam asszisztenseim dolgoznak a tanácsadáson, mert a vezető védőnő utasítására a védőnők a hetente 4 órás tanácsadásból csak max. két órát tartózkodhatnak velem. Pedig nem rossz a személyes kapcsolat…"

● „Nálunk a vezető védőnő mindenkit rettegésben tart…"

● „A tanácsadáson nincs is számítógép! Van ezek után kérdésed?"

● „Saját rendelőben rendelek, és ott tartom a tanácsadást is. A vezető védőnővel kiváló a kapcsolatom, vele tartjuk a tanácsadást, addig, ameddig szükséges. Megbeszéljük a közös gondozottakat, nem csak a csecsemőket, és a segítségével a többi védőnővel is tartom a kapcsolatot. Nagyon rossz tendenciának tartom a szétválást! Rontja a munkánk hatékonyságát, az információáramlást, mélyíti a bizalmatlanságot, a feszültséget és a szakmai távolságot."

● „Úgy látom, hogy az ember jobbítási szándékával (szakmai igényességével) könnyen magára marad…"

● „Úgy tűnik, a védőnőkkel kapcsolatos gond országos. Nálunk egy éve csapásszerű hirtelenséggel hagyták el a tanácsadást, és bár a személyes kapcsolat jó, a régi munkakapcsolat már nem ugyanaz. Egyértelműen romlott az információáramlás."

● „Az együttes részvételt nagyon fontosnak tartom az egységes szemlélet, a hatékonyabb tanácsadás érdekében. Nagyon kellemetlen lehet és az eredményességet csökkenti, ha az orvos és a védőnő eltérő módon tájékoztatja a szülőket. Az előző ciklusban a Szakmai Kollégium közös Gyermek-alapellátás Tagozata és Tanácsa a közeledést szolgálta, de sajnos most ismét külön tevékenykednek a védőnők."

● „Meddig hagyjuk, hogy a munkánk egyik alappillérét (prevenció!) meghatározó együttműködést helyi alkuk, erőviszonyok határozzák meg? Legalább a közös munkamegbeszélések szintjén ne távolodjunk el, ne legyen végleges a szakítás, hátha egyszer még…"

● „…attól még helyi szinten érdemes kihozni a maximumot! Tapasztalom, hogy sokszor a területi vezető védőnő sem ért egyet a „vezetés" által diktált rendszabályokkal. Mindenki tárgyaljon helyi szinten, ahogy csak tud. A kirohanásom a rendszerszerű kapcsolat reménytelenségére utalt."

KÖZÖS SBO ÉS ALAPELLÁTÁSI ÜGYELET

● „Bevonásunk az ügyeletbe sajnos nem önkéntesség kérdése. A területi ellátási kötelezettséggel együtt jár az ügyeleti ellátás. Azért problémás a vidéki kis osztályra szervezni az ügyeletet, mert félő, hogy hozzácsapják a kis létszámú osztály felügyeletét is."

* Kivonatos, szerkesztett, név nélküli idézetek a HGYE levelezéséből

● „Szerintem a két ügyeleti rendszert nem kellene összekeverni. Most sincs akadálya annak, hogy gyermekgyógyász szakképesítéssel valaki osztályra beügyeljen."

● „Lehet, hogy drága az alapellátási ügyelet, de ez csak töredéke a sürgősségi osztályok fenntartási költségének."

● „Komolyan gondolja valaki, hogy az alapellátási ügyelet által ellátott tömegeket képes lenne ellátni egy szakemberhiányos sürgősségi rendszer?"

● „Gyermekkórházban, klinikán, megyei osztályon össze lehet vonni egy épületbe a sürgősségi osztályt és az alapellátási ügyeletet, ha az úgynevezett triázs-nővér az érkező gyermek tünetei alapján eldönti, hogy ki kerüljön az ügyelethez és ki az SBO-ra. Ilyen felállásban szükség esetén az átjárás vagy átadás is könnyen megoldható."

● „Legalább végeznénk némi orvosi munkát is, ami a végzettségünk szintjének megfelel. Miért kell ettől annyira ódzkodni? Valljuk be, napi munkánk túlnyomó részéhez túlképzettek vagyunk. Én szeretnék néha életet menteni, de legalább egy infúziót bekötni, ha már orvos vagyok. A mai 50 betegből egyet sem tudnék igazán visszaidézni, akit az asszisztensnő ne tudott volna velem azonos szinten ellátni. Az egynapos hazaadás tervére adott reakcióknál sem értettem azt a zsigeri ellenállást, ami egy második napos újszülött otthoni vizsgálata ellen felhorgadt. Miért ne követhetnénk egy kicsit azt az irányt, amerre a világ működő része halad?"

● „Három évvel ezelőtt kaptam egy állásajánlatot Dél-Skóciába, ahol egy újszerű rotációs mintázat szerint kellett volna gyermekorvoskodnom: az egyik napon az ottani háziorvosok által referált problémás gyerekeket kellett volna vizsgálni, a következőn 12 órás szolgálat a gyermeksürgősségin, majd osztályos munka a sürgősségi fektető részén, esetleg szülőszoba. A szisztéma a visszajelzések alapján jó gyógyír kiégés, fásultság ellen. Sérül persze az ott ki sem alakult longitudinális betegellátás elve, de azóta is mozgatja a fantáziámat ez a rendszer."

(A témához kapcsolódóan ajánljuk olvasóink figyelmébe az ügyelet kérdéseit is taglaló cikket lapunk 15–17. oldalán – a szerk.)

VÉGEZZÉK A SPORTORVOSI VIZSGÁLATOT HÁZI GYERMEKORVOSOK

● „A sportorvosi hálózat kapacitásgondokkal küzd, vannak megyék, ahol egy(1!) sportorvos van. Szinte minden kolléga másodállásban végzi ezt a tevékenységet, csak néhány főállású sportorvos dolgozik. Az ellátandók száma a jelenlegi sportpolitika miatt nagyságrendekkel nőtt. A sportolók túlnyomó többsége 18 év alatti, ha őket akarják átadni nekünk, az nagyon sok vizsgálatot igényel. Nagyon észnél kellene lennünk, mielőtt belemegyünk!"

● „A Házi Gyermekorvosok Egyesülete és a Szakmai Kollégium Gyermek-alapellátási Tagozata üdvözli a sportegészségügy megújítására vonatkozó törekvéseket. Fontosnak tartjuk, hogy a gyermekeket gyermekgyógyászok lássák el, de a házi gyermekorvosok képzésük során nem kaptak olyan ismereteket, amely alkalmassá tenné őket sportorvosi tevékenységre. Támogatjuk az Országos Gyermek-sportegészségügyi Hálózat (OGYSH) kialakítását megyénként 2-3 házi gyermekorvos bevonásával és rendszerbe állításával. Az OGYSH orvosai számára akkreditált képzés szükséges, hogy gyermek-sportorvosi licence-et, majd a későbbiekben sportorvosi szakvizsgát szerezhessenek…"

● „Ha egy sportoló gyereknek (jó) házi gyermekorvos mellett is kell gyermek-sportorvos, akkor miért csak kettő kell megyénként? Mert az egyesületekbe igazolt gyerekek sportorvosi vizsgálatára ennyi elég? A mezőn, a játszótéren, vagy az utcán futkározó, ott terhelt tízezernyi gyermek vizsgálata nem fontos? Az ő szívük nem fontos? Miért? Mert nekik nem futja a 20 ezres futócipőre? Vagy mert kövérek, és egyetlen egyesület sem veszi be őket? Az ő szívük és érrendszerük tutira jó? Nem épp Havasi Katiék ominózus felmérése utalt minden gyereknél a vizsgálatok fontosságára? A terhelhetőséget minden gyereknél fel kellene mérni. Nekünk! Különösen, hogy épp a kompetenciánk bővítéséért harcolunk. Ha már szóba jön, ha már a levegőben van a változtatás, talán most sem késő egy racionális javaslatot készítenünk."

● „A javaslatot az elsők között üdvözöltem, mert a jelen rendszerhez képest minőségi javulást jelentene: végre gyermekorvos foglalkozna a gyerekek terhelhetőségének kérdésével… A grundon futkározó és a testnevelésórán levegő után kapkodó kölyök szíve, érrendszere, tüdeje és anyagcseréje természetesen ugyanolyan fontos, mint a drága edzőcipőben sportkörbe járóé. Mi kidolgoztuk és folyamatosan alkalmazzuk azt a hazai viszonyok mellett fenntartható szűrővizsgálati módszert, amely valamennyi diák terhelésre adott szív-érrendszeri válaszát, terhelhetőségének évről évre történő változását követi. Az eljárás kiterjeszthető, átvehető, készen van, és nem mellékesen az iskolaegészségügy/házi gyermekorvos kompetícióját is szinergizmussá változtathatná. Ha egy ilyen szűrővizsgálat eredményeit egy QTC-idővel és az egyébként is elvégzett vizsgálatokkal kiegészíti egy gyermekorvos, az sokkal több információt adna a terhelhetőségről, mint amennyivel ma, egy egyébként felnőtteket ellátó, sportorvos rendelkezik. A szürke zónába eső diákokat kellene specialistához küldeni, de erre valóban elég megyénként néhány gyermek-sportorvos. Ők terheléses laborban, akár ergospirométerrel történő vizsgálat után, egyénre szabott sportengedélyt állíthatnának ki."

● „…ha a gyermek gazdája mi vagyunk, a téma a mienk."

Szerk.: Kádár Ferenc

Gyermekellátás – ma

Kerekasztal-megbeszélés az MGYT nagygyűlésén – Győr 2017. szeptember 20–23.

A plenáris értekezlet a hazai gyermekellátás néhány égető kérdésére kereste a választ. Az alapellátás és alapellátási ügyelet gondjait dr. Muzsay Géza (Győr) ismertette, a sürgősségi ellátásról dr. Simon Gábor (Székesfehérvár) adott képet, a szakambulanciák és fekvőbeteg-ellátás szervezési problémáiról dr. Szabó Éva (Veszprém) számolt be. Dr. Fekete Ferenc (Budapest) a fekvőbeteg-ellátás finanszírozásáról osztotta meg véleményét. A megbeszélést dr. Békefi Dezső főorvos moderálta.

Az ENSZ gyermekjogokról szóló, 1989-ben elfogadott egyezményét Magyarország is ratifikálta. A Gyermekjogi Egyezmény 24. cikkelye alapján a részes államok elismerik a gyermekek lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, és ennek keretében azt is, hogy orvosi ellátásban részesülhessenek.1993-ban az European Association for Children in Hospital (EACH) fogalmazta meg a kórházban kezelt gyermekek chartáját.

Ezeknek az egyezményeknek kellene megfelelnünk, miközben a tudományos-technikai haladás olyan paradigmaváltást követel, ami a megszokások hatalmát a tudatos válaszok és választások hatalmával váltja fel – mondta felvezetőjében Békefi főorvos úr, majd a megbeszélés résztvevőihez fordult:

ALAPELLÁTÁS

Mi a bizonyíték arra, hogy a házi gyermekorvosi ellátás szakmailag magasabb színvonalú és biztonságosabb a gyerekek számára, mint a vegyes praxisú ellátás?

M.G. A házi gyermekorvosok gyermekgyógyászati képzettsége magasabb – házi gyermekorvos 5 év gyermekgyógyászati gyakorlatot követően tett szakvizsga után lehet valaki, a háziorvosi szakvizsgához viszont mindössze 4 hónap gyermekgyógyászati gyakorlatra van szükség. Nem véletlen, hogy (az OEP kimutatása alapján) szakmailag jobban indokolt az antibiotikum-rendelésük, hogy a gyermekpraxisokban jóval magasabb a fakultatív oltásokkal történő átoltottság, hogy szakmailag alátámasztottabb a kórházi beutalás.

Milyen arányban látja el házi gyermekorvos a gyermekeket?

Országosan 75–80%-ban. Nagyvárosokban, városokban és nagyobb községekben van házi gyermekorvosi ellátás. De már Szegeden is vontak össze felnőtt- és gyermekkörzetet, és nagyon hiányzik a gyermekorvos az ún. fehér foltokon – pl. Szabolcs, Borsod megyében.

Milyen arányban látják el a környékbeli házi gyermekorvosok a vegyes praxisba tartozó gyermekeket?

Nincs rá adat, de ismert jelenség, ami egyértelműen jelzi, hogy a lakosság alapvetően igényli a gyermekorvosi alapellátást.

A házi gyermekorvosi kompetencialista kötelező, opcionális, és „szakellátással közösen végezhető" feladatsorokat definiál. Minek alapján és ki ellenőrzi ezek betartását?

A házi gyermekorvosok magas képzettsége ellenére csökkent a kompetencia, részben a szigorító rendeletek, részben a végezhető vizsgálatok hiánya miatt. Érthetően sérült így a „befejezett ellátás" elve is. Az utóbbi években a szakfőorvosi rendszer visszafejlődése, valamint az ellenőrzés hiánya is rontotta helyzetet. A hamarosan talán mégiscsak beinduló kollegiális vezetői rendszer reményeink szerint javít majd a képen.

Mi motiválná a házi gyermekorvosokat, hogy az opcionálisan ellátható listáról minél többet elvégezzenek?

Jelenleg szinte csak a belülről jövő igényesség jelent motivációt. A mai bérezés nem serkent jobb ellátásra. Vannak ugyan indikátorok, de fejlesztésre szorul ez a minőségjelző rendszer.

ALAPELLÁTÁSI ÜGYELET

Hogyan szabályozza a jogszabály az alapellátási gyermekügyeletet? Megvalósul-e ez ma?

Nagyvárosokban általában házi gyermekorvosok látják el ügyeletben is a gyerekeket, máshol azonban az alapvetően felnőttek ellátásához szokott „vegyes ügyeletek". Kevés helyen van szervezett gyermekorvosi ügyelet – sok helyen meg is szüntették azt. Az is változó, hogy helyi házi gyermekorvosok vagy idegen szolgáltatók ügyelnek-e. Hiába rögzítette az alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény az ügyeleti kötelezettséget, a részleteket szabályozó miniszteri rendelet máig nem készült el.

Milyen arányú az ügyeletek indokolatlan igénybevétele, és szankcionálják-e ezt?

Nincsenek erre pontos adataink, de ismert jelenség az indokolatlan igénybevétel. Ez az egészségkultúra, a szülő-edukáció, az egészségtan-oktatás hiányára, elégtelenségére utal. Nincs következménye. (Csak zárójelben példálódzunk azzal, hogy az ügyelet indokolatlan igénybevétele esetén Svédországban 1 600 koronát – kb. 51 000 forintot kell fizetni.)

SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁS

Mennyiben szemléleti, és mennyiben osztályszervezési kérdés a sürgősségi ellátás?

S.G. A gyermekjogi charta első pontja előírja, hogy „gyermek csak akkor kerüljön kórházba, ha olyan ellátásra van szüksége, amely otthon vagy nappali kórház keretein belül nem biztosítható". Ezt a szemléletet az egyirányú betegáramlást nyújtó, diagnosztikai és kommunikációs háttérrel rendelkező olyan sürgősségi részleg biztosítja a legjobban, amely diszpécserszolgálattal bíró mentőszolgálattal is rendelkezik. A beteg számára ez a legjobb megoldás. Egy 4–6 ággyal működő, gyermekbarát, 24 órás megfigyelő- és ellátóegység kellő biztonságot ad mindehhez. Sajnos 15 év alatt is csak kevés ilyen hely létesült Magyarországon.

Milyen feltételek mellett látható el gyermek egy általános, tehát nem gyermekellátásra specializálódott sürgősségi központban?

Elsődleges ellátás, stabilizálás után ajánlott ilyenkor a beteg továbbküldése a speciális gyermekellátó helyre, ahol biztosítható a végleges ellátás.

Milyen szintjei vannak a gyermeksürgősségi ellátásnak?

Elviekben a gyermekellátás valamennyi szintjén érvényesülni kell a sürgősségi ellátás követelményeinek. Gyakorlatban azonban sok a párhuzamosság, főleg az ügyeleti időben. Ez nem csak drágává teszi az ellátást, de az időfaktort is hátrányosan befolyásolja.

Szervezhető-e gyermeksürgősségi ellátóhely egy olyan kórházban, amelynek nincs gyermekosztálya?

Igen. Példa erre Komárom, ahol a házi gyermekorvosokkal karöltve, a volt osztályon dolgozó kollégák kiválóan megoldották a feladatot. Bár máig vannak finanszírozási gondok, az itt létrejött sürgősségi-ügyeleti egység példaként szolgálhat az egész ország előtt. Korábban Esztergomban is volt hasonló próbálkozás, de ott a finanszírozás hiánya miatt a kezdeményezés megbukott.

Milyen bizonyított előnye van annak, ha rendelkezik sürgősségi részleggel egy intézmény?

A megfigyelőben közös részlegen vannak a csak akut megfigyelést igénylők a kezelésre is szoruló betegekkel. A 24 órán belül stabilizálható, jellegzetes gyermekgyógyászati kórképekben szenvedő betegek jelentős része egy napon belül hazaadható, állapotromlás, műtéti igény, vagy kórházi felvételt indokló betegség esetén viszont könnyen áthelyezhetők. Jobban állnak hozzá a szülők, mint egy osztályos felvételhez, kevesebb is a „saját felelősségre" történő hazavitel.

SZAKAMBULANCIÁK

Van-e, és hol van létjogosultsága egy általános gyermekgyógyászati szakrendelésnek?

Sz.É. Kistérségenként lenne érdemes 1-1 gyermekgyógyászati szakrendelést biztosítani, hogy a vegyes praxisok gyermekei is szakellátáshoz juthassanak lakóhelyük közelében. Gondolkodni kell ezen, mert a kollégák korfája, az utánpótlás hiánya miatt számítanunk kell a vegyes praxisba tartozók számának emelkedésével. Megoldható lenne ily módon az is, hogy bizonyos életkorban vagy bizonyos állapotok esetén minden gyermeket lásson gyermekszakorvos. Nem feltétlenül kell főállású gyermekorvos, részállásban is végezhetné ezt a munkát a kistérségben dolgozó egy-két házi gyermekorvos. A csoportpraxisok létrehozása is megoldás lehetne.

Milyen további szakambulanciákat érdemes szervezni a különböző ellátási szintekhez?

Sz.É. A kérdésre általános érvényű választ nehéz adni, mert különböznek a helyi lehetőségek. Kevés a szubspecialista, így a diagnosztikus és a konzultációs lehetőségek korlátozott mennyisége miatt inkább a centralizációban kellene gondolkodnunk. A közlekedési lehetőségek sem indokolják a szétszabdalást, hiszen sokszor egyszerűbb egy kis településről a megyei központba eljutni, mint a kistérség egyik falujából a másikba. A szakellátás szervezését ezért a megyei központra bíznám.

Városi szinten, a rászorulók nagyobb száma miatt része lehetne egy gyermekellátó központnak a pulmonológiai és gasztroenterológiai rendelés. Megyei szinten meg kell szervezni a gyermekkardiológiai, -neurológiai, -pulmonológia-allergológiai, -endokrinológia-diabetológiai, -gasztroenterológiai, -nephrológiai szakambulanciákat neonatológiai utánvizsgálatokat. A fül-orr-gégészet, szemészet, ortopédia terén a felnőtt- és gyermekellátást egyaránt szolgáló, közös rendelés szervezhető. Sebészeti, intenzív, immunológiai, reumatológia-ambulanciára pedig csak a nagyobb centrumokban van szükség. A többi fel nem sorolt szakterület egyetemi, és országos központokba való.

Mi van amögött, hogy hivatalosan szakrendelésnek definiálják a szakambulanciákat?

A szakambulanciákon nagy időigényű edukációs gondozómunka folyik, amelyekben a specialista orvoson kívül több, magasan képzett szakdolgozó is részt vesz. Ennek költségei lényegesen magasabbak. Ha szakambulanciának neveznék a mai szakrendeléseket, akkor a finanszírozónak nyilvánvalóan többet kellene számukra fizetni.

FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS

Hány olyan kórház van, ahol van szülészet, de nincs gyermekosztály vagy PIC?

Sz.É. Az OEP hivatalos adatai alapján kilenc, ebből öt Budapesten van.

Ezek között hány olyan kórház van, ahol csak nappal van gyermekgyógyász a neonatológiai feladatokra?

Erre nem találtam adatot. A kórházak honlapjai ugyanis „csalókák", az összevont kórházakról például nem tudjuk, hogy a gyermekosztály azonos telephelyen (azonos városban) van-e a szülészettel. A honlapok többnyire részletes, illusztrált és vonzó képet adnak a szülészeti ellátásról, de a gyermekellátásról csak igen keveset, jóformán semmit nem lehet megtudni. Egy dologban biztosan jól állunk: kevés gyermeket kezelnek felnőttekkel együtt.

Van-e létjogosultsága a csupán klasszikus általános gyermekgyógyászati ellátást biztosító, ún. I. szintű gyermekosztályoknak?

Mondhatnánk, hogy nincs, mivel a fekvőbeteg-ellátásra a sürgősségi ellátóhelyekkel rendelkező II-III. szintű gyermekosztályok elegendőek lennének. Sok I. szintű osztályon nincs is megfelelő létszámú személyzet, alkalmi, egy-egy napos „beugró" orvosok végzik a munkát.

Az az elgondolás, hogy térségenként szerveződjék a betegek ellátása – önmagában nem rossz, de jó döntéseket csak szakmai alapon, valid adatok birtokában lehet hozni, amit a helyi politikai érdekek sem írhatnak felül. A területi centralizáció helyes lenne. A hagyományokhoz is igazodna, ha első lépésként megyei méretben szerveznék meg a fekvő-, és a járóbeteg-szakellátást, ehhez persze egy kézben tartott munkáltatói és egyéb jogok kellenek.

Lehet-e rendelettel megszabni azt, hogy egy szakmailag alacsonyabb szintű osztályról a progresszív betegellátás szellemében melyik osztályra kell a beteget áthelyezni, vagy ez maradjon az osztályvezető főorvos döntési joga? Ki ellenőrzi ennek a helyességét?

A területi ellátási kötelezettség elvileg szabályozza, hogy ki köteles fogadni

egy adott beteget, de ez nem jelenti azt, hogy kötelező is oda küldeni. Nem lenne célszerű egy ennél merevebb szabályozás, mert félő, hogy több problémát okozna, mint a mostani, kevésbé szabályozott.

FINANSZÍROZÁS

Az egészségügy általános alulfinanszírozottságán belül hátrányban van-e a gyermekellátás?

F.F. Nincs rá adat. A rendszer alulfinanszírozott, de nincs értelme az egymás kárára történő átcsoportosításnak. Több pénz kellene a rendszerbe és jelentős centralizációval társuló strukturális átalakítás. A finanszírozás különben is politikai kérdés.

Milyen mértékű a pazarlás a párhuzamosságok és a polypragmasia miatt?

Erre sincs adat. De remélhetően – legalábbis részben – ezen is segít majd az EESZT és az egységes protokollok használata.

Mi az oka annak, hogy az ún. kis kórházak rentábilisabbak, mint a nagy intézetek?

Nem helyes, ha a finanszírozhatóság a szempont, sokkal fontosabb ennél a biztonságos betegellátás, amire a nagyobb, mindenre felkészült intézetek folyamatosan képesek. Ez nyilvánvalóan nagyobb költségigényű, mint az enyhébb betegségeket ellátó kisebb kórházak működtetése.

Ha a progresszív betegellátás elvének megfelelően egy osztály magasabb szintre küldi a beteget, de előbb elvégzi a drága diagnosztikus eljárásokat és megkezdi a kezelést, akkor rosszul jár. Lehet-e ezen változtatni?

Fontosabb, hogy a beteg járjon jól, ezért őt azon a szinten kell vizsgálni, ahol képesek az ellátására is (adott beteg, adott ellátási igényéhez integrált diagnosztikai és ellátói team!). Ez szakmai és nem finanszírozási kérdés. A jól láthatóan továbbküldendő beteg esetében csak az állapotfelméréshez és stabilizáláshoz szükséges vizsgálatokat és terápiás beavatkozásokat célszerű elvégezni.

Melyek lennének a legfontosabb teendők?

M.G. Az alapellátásban az utánpótlás biztosítása és megtartása, a műszerezettség fokozása (point of care módszerek) és kompetenciabővítés, megfelelő finanszírozással. A gyógyszerfelírási rendeleteket is újra kell gondolni, a vegyes praxisoknál létre kell mielőbb hozni a gyermekorvossal bővült praxisközösségeket. Növelni kell a rendelési időt, korszerűsíteni kell a rendelőket. A szakfelügyelet megerősítése, a korszerű informatikai kapcsolat megteremtése, egy módszertani egység felállítása, tudományos képviselet létrehozása éppúgy elengedhetetlen, mint a szorosabb kapcsolat kialakítása a kórházakkal.

Az ügyeletet illetően: legyen elérhető a gyermekorvos a nap 24 órájában, tehát ügyeleti időben is. A helyi adottságoktól függően különböző megoldások jöhetnek szóba, de mindenképpen szoros kapcsolat kell a mentőszolgálattal, a kórházi ügyelettel, össze kell hangolni az ügyelet és a sürgősségi ellátóhely munkáját, és a gyakorlatba is át kell ültetni azt, hogy kijárás a beteg otthonába legtöbbször felesleges.

S.G. A sürgősségi ellátás alapelvét szem előtt tartva kellene megtalálni a helyileg legjobb megoldást, akár a hagyományos kis osztály megszüntetésével és sürgősségi ellátóhellyé való alakításával. A finanszírozást a realitásnak megfelelően úgy kell megoldani, hogy a szakmailag és emberileg legjobb ellátási forma ne legyen veszteséges.

Az intenzív osztályos háttérrel rendelkező megyei gyermekosztályok, klinikák és gyermekkórházak sürgősségi egységei kerüljenek közös épületbe az adott város/térség házi gyermekorvosi ügyeletével, és triázs irányítsa a betegutakat. Ahogy ez Pécsett, Debrecenben, vagy a fővárosi Heim Pál kórházban már meg is valósult.

Amíg a kisvárosi kórházak gyermekosztályait nem szüntetik meg – ez reméljük fokozatosan megtörténik –, a párhuzamos alapellátási ügyelet helyett inkább a kórház sürgősségi ügyeletét kell megerősíteni, ahogy ez Mohácson vagy Komáromban történt.

A lakosságszámtól függően a 4–8 ágyas, 24 órás megfigyelőegységeké a jövő, ahonnan a betegek 80–85%-a egy napon belül biztonsággal hazaadható. Ennek a legfőbb akadálya ma a sürgősségi HBCS-k hosszabb kórházi tartózkodást inspiráló értéke. Ez akadályozza a gyermek jogainak érvényesülését, ezért minden fórumon küzdeni kell ellene.

Sz.É. A szakambulanciai ellátásban össze kell hangolni a megyei rendszert, hatékonyabb humánerőforrás-gazdálkodásra van szükség, meg kell őrizni a járó- és fekvőbeteg-szakellátás egységét és megfelelő ellátás után tovább kell küldeni a kompetenciát meghaladó eseteket. És végre megfelelő finanszírozással kellene elismerni a szakambulanciák gondozói tevékenységét.

A fekvőbeteg-ellátásban újra kell gondolni az I. szintű kis osztályok létjogosultságát, akár az osztály ügyeleti és sürgősségi ellátóhellyé való alakításával. Mind az orvosok, mind a szakdolgozók vonatkozásában felül kell vizsgálni a II. szintű osztályok kapacitás- és létszámnormatíváját.

F.F. A finanszírozást illetően talán helyesebb volna a szolgáltatást a biztonság, hatékonyság, hasznosság, hozzáférés és elosztás szempontjából megítélni. Választ kell találni arra, hogy az ellátást kell megfizetni, vagy a rendelkezésre állást? Eset versus bázis? Vagy mindkettő? És ki biztosítja a minőséget? Ki nyújtja a biztonságot? Hozzáfér-e a megfelelő ellátáshoz a beteg gyermek a lakhelyétől függetlenül? Tudomásul kell vennünk, hogy a hagyományok konzerválása legalább akkora hiba, mint a semmibevétele, és szem előtt kell tartanunk, hogy a gyermekek vonatkozásában nem beszélhetünk alapcsomagról, nekik teljes ellátás jár – alanyi jogon.

ÖSSZEFOGLALVA

- A lakosság egészségügyi helyzetének javításához komplex, hosszú távra végiggondolt változtatásokra lenne szükség, beleértve az egészségkultúra fejlesztését is. A vegyes praxisban ellátott gyermekek szakmai biztonsága növelhető lenne a praxisközösségek kialakításával.

- A „kollegiális vezető" tervezett bevezetése akkor hozhat szakmai javulást, ha nem csupán adminisztratív ellenőrzést végez, hanem konzultációs segítséget és korrekt szakmai kontrollt biztosít.

- Az alapellátásban a kompetenciák bővítése növelheti a befejezett ellátást.

- Azokban a kisvárosokban, ahol van kórház, ott az alapellátási ügyeletet célszerű a kialakításra váró gyermeksürgősségi ellátóhelybe olvasztani.

- A megyei kórházak gyermeksürgősségi részlege és a városi gyermekügyelet kerüljön egy épületbe és triázs biztosítsa a betegirányítást.

- Anyagilag is megfelelően kell elismerni a szakambulanciák edukációs és gondozási tevékenységét.

- Racionalizálni kell a gyermekgyógyászati járóbeteg-szakellátás, sürgősségi ellátás és fekvőbeteg-ellátás struktúráját és finanszírozását.

Az összefoglalót készítette:
DR. BÉKEFI DEZSŐ

Igazolás, igazolás, igazolás

Amit az igazolások terén számunkra előírnak, az szakmailag korszerűtlen, felesleges teher gyereknek, szülőnek, nekünk. Csökkenti a hatékonyságot, időt vesz el a valós feladatoktól, lejárat bennünket betegeink, a szüleik, magunk és a világ előtt. Meddig kell ennek még így mennie?

Sajnáljuk, hogy újra és újra elő kell hozakodnunk ezzel a témával. A következő összefoglaló alapján írt újabb levelünket eljuttatjuk az egészség- és oktatáspolitika irányítóinak, azt kérve, hogy hozzáértők bevonásával segítsék elő a kérdés érdemi rendezését.

Tudjuk, hogy a kérdés első látásra nem tartozik a hazai egészségügy, és azon belül a gyermek-alapellátás legégetőbb problémái közé. Nekünk, gyermekeket ellátó orvosoknak, továbbá a mintegy másfélmillió óvodás- és iskoláskorú gyermeknek, a több mint kétmillió érintett szülőnek azonban visszatérő feszültséget okoz, nehezen indokolható terhet jelent az iskolai mulasztások igazolásának szabályozása.

Rétvári Bence, az Emberi Erőforrások Minisztériumának parlamenti államtitkára egy parlamenti interpellációra válaszolva nemrégiben azt nyilatkozta, hogy az oktatási intézmények által megkívánt orvosi igazolások rendszerére eddig nem érkezett panasz, tehát jól működik a szabályozás. Ez igaz lehet az oktatásügy szemszögéből, hiszen egy pedagógusnak teljesen mindegy, hogy a szülő vagy a gyermekorvos igazolását kell-e elfogadnia. De nem ez a helyzet a szülő és a gyermekorvos/háziorvos szempontjából vizsgálva a helyzetet.

Az országban dolgozó 1500 házi gyermekorvos érdekeit képviselő egyesületünk hosszú évek óta foglalkozik azzal, hogy az orvosi igazolások túlszabályozása indokolatlan terhelést okoz mind az egészségügyi személyzet, mind a szülők számára. Csökken az érdemi munkára fordítható idő, romlik a betegellátás színvonala, a házi gyermekorvosi munka hatékonysága és presztízse. A betegek közötti várakozás pedig a már gyógyult, egészséges gyermek újabb megbetegedésének kockázatával jár.

A gyermekorvosi rendelők évi 12 milliós orvos–beteg találkozásának jelentős aránya az igazolások beszerzése miatt jön létre. Az egészségügyi szempontból felesleges rendelői látogatások magyarázata nem járványokban vagy a szülők orvoshoz fordulási gyakorlatában, tudatlanságában gyökerezik. Az iskolaszünetekben egyik napról a másikra drámaian lecsökkenő betegforgalom egyértelműen igazolja, hogy az ok az igazolások adminisztratív túlszabályozásában keresendő.

A szülők többsége egy egyszerű, általuk is kezelhetőnek ítélt betegséggel (megfázással, bélhuruttal) nem hozná el a gyermekét, ha a mulasztás igazolásának céljából nem kényszerülnének erre.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma Sajtó- és Kommunikációs Főosztálya nemrég közleményben erősítette meg azt, hogy ha egy gyermek beteg, az orvosnak mindenképpen látnia kell, máskülönben felmerül a szülői felelősség kérdése.

A 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet 51. § szerint a beteg tanuló az orvos által meghatározott időszakban nem látogathatja a nevelési-oktatási intézményt. Vagyis nemcsak a mulasztás (betegség) kezdetén, hanem az igazolás érdekében, annak utolsó napján (gyógyuláskor) is szükség van a vizsgálatra. Ez a rendelkezés a tanuló életmódját, iskolai életét befolyásoló súlyosabb betegségek után elfogadható, de szükségtelen a banális betegségek gyógyulásakor. Mert a szülő felelőssége az is, hogy az enyhe náthában szenvedő, vagy az éppen meggyógyult gyermek ne kapjon a rendelőben újabb, akár súlyosabb fertőzést.

Vitatjuk, hogy feltétlenül orvosnak kell látnia azt a gyermeket, akinek állapotát a szülő ismeri, és felelősséggel vállalja gondozását. Megkérdőjelezzük azt, hogy egy könnyű lefolyású náthával szükség van orvosi vizsgálatra. Értelmetlennek tartjuk azt, ha egy panaszmentes gyereket pusztán igazolásért vissza kell hozni a rendelőbe.

Az orvosi igazolások eredeti célja az volt, hogy a közösségeket a fertőző megbetegedésektől megvédjék. Az orvostudomány fejlődésének, az elmúlt évtizedek járványügyi intézkedéseinek köszönhetően a magas fertőzőképességű betegségek száma mára a korábbi töredékére csökkent, az epidemiológiai helyzet és a higiénés körülmények sokat javultak, a lakosság egészségkultúrája fejlődött. Ma már nincs szükség olyan előírásokra, amelyek évtizedekkel korábban indokoltak voltak.

Meggyőződésünk, hogy az iskolába járás fegyelmének biztosítása, a jogkövetkezményekkel járó indokolatlan hiányzások igazolása, nem az egyébként is túlterhelt egészségügy, hanem a szülő és az oktatásügy feladata. Józan megítélés szerint a közösségbe küldés végső soron – azon az adott reggelen – a szülő ismeretein, intelligenciáján, lelkiismeretességén múlik, akár van a kezében orvosi papír, akár nincs. Tanfegyelmi okokra hivatkozva ezt az egészségügyre hárítani, pedagógiai, de közgazdasági szempontból is indokolatlan. A táborozás előtti igazolások esetében már évekkel ezelőtt beigazolódott, hogy ha gyermekek egészségi állapotáról a szülő nyilatkozik, felelősségének hangsúlyosabb megjelenése nem okoz egészségügyi problémát. A fejlett országok többségének gyakorlatához hasonlóan, nálunk is a nagyobb szülői felelősségvállalás léphetne az orvosi igazolások jó részének helyébe.

Nehezíti a megoldást, hogy bár a köznevelési jogszabályok nem tartalmaznak időbeli megkötést a szülő által igazolható napok számára vonatkozóan, az óvodai házirendek már egy napos mulasztás esetén is orvosi igazolást követelnek, az iskolai házirendek pedig tanévenként összesen háromnapi hiányzás szülői igazolását engedélyezik – szinte egységesen.

Alakíthatnák ugyan házirendjüket az oktatási intézmények a helyi igények szerint, az intézményfenntartótól tartva ezt többségük mégsem teszi. A kérdés rendezése ezért nem várható helyi alkufolyamatoktól, megállapodásoktól. Egységes útmutatás alapján bátrabban adnának lehetőséget az intézmények egy akár hosszabb távollét szülői igazolására.

Tisztában vagyunk azzal, hogy az igazolások kérdéskörének körültekintő rendezése szülők, pedagógusok, orvosok és jogszabályalkotók bevonása nélkül elképzelhetetlen. De bizonyosak vagyunk abban, hogy tárgyalóasztal mellett születhet a mainál korszerűbb, megnyugtató megoldás, olyan, ami mind a szülők, mind az egészségügyi személyzet elégedettségét váltaná ki.

Ennek előmozdításához kérjük az illetékesek segítségét, egyúttal felajánljuk segítségünket.

(A SZERK.)

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete (HGYE) gyermekorvosok és szülők körében országos felmérést készített az óvodai/iskolai igazolások megítéléséről. Megnéztük azt is, hogy mi a helyzet a kérdést illetően más országokban. A válaszok megerősítik, hogy a hazai gyakorlat változtatásra szorul.

Házi gyermekorvosi kérdőív az óvodai/iskolai igazolásokról

A kérdőívre 605 – az ország különböző pontjain dolgozó – házi gyermekorvos válaszolt.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szerint: „Ha beteg a gyerek, akkor nyilván orvoshoz kell vinni, és a betegség tényéről és időtartamáról az orvos szabályszerűen kiállítja az igazolást." Szakmailag egyetért-e Ön a megfogalmazottak értelmében azzal, hogy minden beteg gyermeket orvoshoz kell vinni? (több válasz is lehetséges)

Válaszok	Válaszok	Arány
Igen, mert a betegséget csak orvos állapíthatja meg	30	4,8%
Igen, mert a betegség kezelését csak orvos állapíthatja meg	32	5,1%
Igen, mert a betegség gyógyulását csak orvos állapíthatja meg	24	3,8%
Nem, enyhe betegség esetén (általában) a szülő is alkalmas a betegség otthoni kezelésére és a tünetek megszűnésének megállapítására	593	94,6%
Nem tudom	2	0,3%

Előfordult-e az Ön napi gyakorlatában, hogy a gyermek betegségének tényéről és időtartamáról az igazolást a gyermek orvosi vizsgálata nélkül, a szülő elmondására hagyatkozva állította ki? (Nem kötelező a válaszadás)

Válaszok	Válaszok	Arány
Igen	504	80,8%
Nem	115	18,4%
Nem tudom	5	0,8%

Véleménye szerint milyen gyakran fordul elő, hogy egy szülő, aki nem ítéli meg gyermeke betegségét súlyosnak, otthoni ápolását orvosi felügyelet nélkül is vállalná, kizárólag az igazolás céljából keresi fel az Ön rendelőjét?

Válaszok	Válaszok	Arány
Gyakran előfordul	404	64,4%
Ritkán előfordul	204	32,5%
Nem fordul elő	16	2,6%
Nem tudom	3	0,5%

Egyetért-e Ön azzal az állítással, hogy a rendelőjében orvosi igazolásért megjelenő azon gyermekek ellátása, akiknek betegsége enyhe és ápolásukat a szülő otthon is vállalná, szakmailag indokolatlan feladatot jelentenek, amely a valódi gyermekorvosi munkától von el értékes időt?

Válaszok	Válaszok	Arány
Igen	585	93,3%
Nem	38	6,1%
Nem tudom	4	0,6%

Egyetért-e Ön azzal, hogy az épp meggyógyult gyermek igazolás céljából történő megjelenése a rendelőben felesleges fertőzésveszéllyel járt?

Válaszok	Válaszok	Arány
Igen	**593**	**94,6%**
Nem	**31**	**4,9%**
Nem tudom	**3**	**0,5%**

Találkozott-e már azzal, hogy a szülő – elmondása szerint – az óvónő/pedagógus tanácsára kereste fel az Ön rendelését „orvosi igazolás" kiállítása céljából, mivel a szülő által igazolható 3 nap nem bizonyult elégségesnek a családi esemény, nyelvvizsga, iskolai kimerültség stb. igazolása céljából?

Válaszok	Válaszok	Arány
Igen	**618**	**98,6%**
Nem	**6**	**1,0%**
Nem tudom	**3**	**0,5%**

https://www.survio.com/survey/d/Z0U8B8Q1J9R2B8R8G

Szülői kérdőív óvodai/iskolai igazolásokról

A kérdőívre 1151 – az ország különböző pontjain élő – szülő válaszolt.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szerint: „bevált az a gyakorlat, hogy a szülő három nap hiányzást igazolhat gyermekének". Egyetért-e Ön az oktatási államtitkárság fenti véleményével?

Válaszok	Válaszok	Arány
Igen	**196**	**16,9%**
Nem, mert kevésnek tartom a 3 napot	**948**	**81,9%**
Nem, mert soknak tartom a 3 napot	**1**	**0,1%**
Nem tudom	**13**	**1,1%**

Egyetért-e Ön a Házi Gyermekorvosok Egyesületének (HGYE) azon javaslatával, hogy a szülő által igazolható óvodai/iskolai hiányzások számát megemeljék?

Válaszok	Válaszok	Arány
Igen, tanévenként 10–15 napot igazolhatna a szülő	**985**	**85,1%**
Nem, a jelenlegi gyakorlat megfelelő	**141**	**12,2%**
Nem, csökkenteni kellene az igazolható napok számát	**2**	**0,2%**
Nem tudom	**30**	**2,6%**

A kormányzat (oktatási államtitkárság) szerint: „Ha beteg a gyerek, akkor nyilván orvoshoz kell vinni, és a betegség tényéről és időtartamáról az orvos szabályszerűen kiállítja az igazolást." Szülőként egyetért-e Ön a megfogalmazottak értelmében azzal, hogy minden beteg gyermeket orvoshoz kell vinni? (több válasz is lehetséges)

Válaszok	Válaszok	Arány
Igen, mert a betegséget csak orvos állapíthatja meg	**139**	**12,0%**
Igen, mert a betegség kezelését csak orvos állapíthatja meg	**158**	**13,6%**
Igen, mert a betegség gyógyulását csak orvos állapíthatja meg	**94**	**8,1%**
Nem, enyhe betegség esetén (általában) a szülő is alkalmas a betegség otthoni kezelésére és a tünetek megszűnésének megállapítására	**945**	**81,6%**
Nem tudom	**9**	**0,8%**

Előfordult-e már Önnel, hogy gyermeke betegségét nem ítélte meg súlyosnak, annak ellátását/otthoni ápolását orvosi felügyelet nélkül is vállalta volna, és az orvosi rendelőt kizárólag az óvodai/iskolai hiányzás miatti igazolás céljából kereste fel?

Válaszok	Válaszok	Arány
Igen	**962**	**83,1%**
Nem	**188**	**16,2%**
Nem tudom	**8**	**0,7%**

Egyetért-e azzal, hogy utóbbi esetben az orvosi rendelő felkeresése az épp meggyógyult gyermeke (vagy az Ön) számára fertőzésveszéllyel járt?

Válaszok	Válaszok	Arány
Igen	**931**	**96,7%**
Nem	**18**	**1,9%**
Nem tudom	**14**	**1,5%**

Egyetért-e azzal, hogy ilyen esetben az orvosi rendelő felkeresése felesleges időveszteséget okozott Önnek?

Válaszok	Válaszok	Arány
Igen	**912**	**94,8%**
Nem	**41**	**4,3%**
Nem tudom	**9**	**0,9%**

Előfordult-e már Önnel, hogy gyermeke háziorvosától azért kért igazolást gyermeke nem betegség miatti mulasztásának igazolására – akár óvónő/pedagógusa biztatására – , mert az Ön által igazolható „keretet" már „kimerítette"?

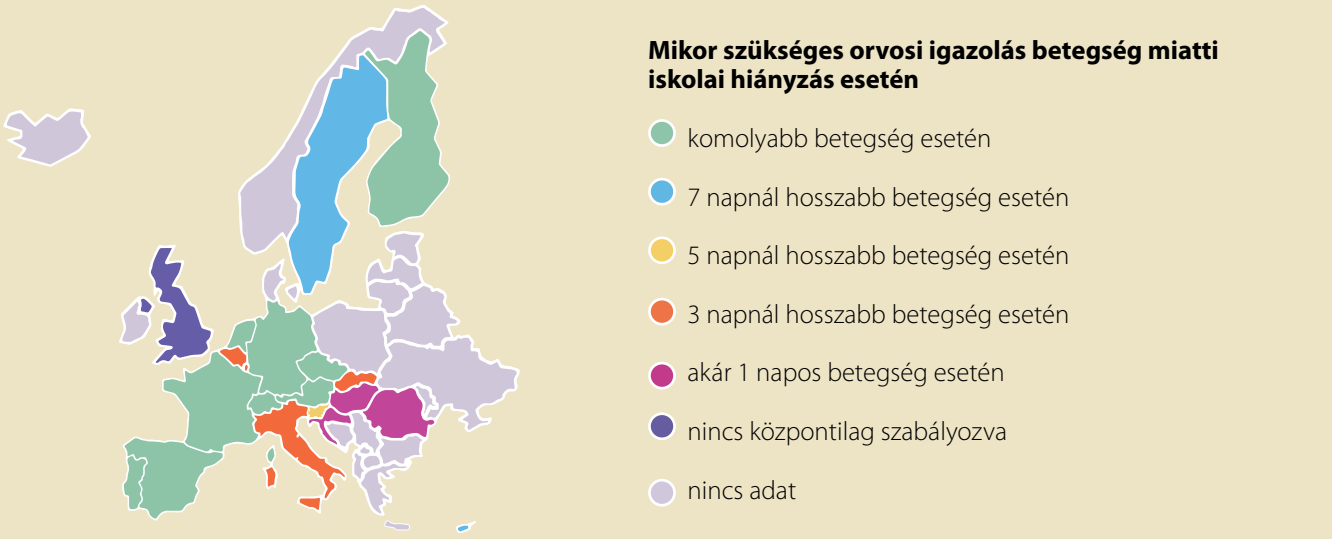
Válaszok	Válaszok	Arány
Igen, de az óvónő/pedagógus tudta nélkül	**124**	**10,7%**
Igen, az óvónő/pedagógus tudtával/javaslatára	**198**	**17,1%**
Nem	**819**	**70,7%**
Nem tudom	**17**	**1,5%**

https://www.survio.com/survey/d/L0O9O6M3Q9P4V2X3P

A felmérést a HGYE megbízásából dr. Pölöskey Péter készítette.

Európai helyzetkép

A European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP) delegátusainak körében 2017. októberben készült felmérés:



MIÉRT FONTOS A SERDÜLŐK MENINGOCOCCUS ELLENI VÉDŐOLTÁSA?

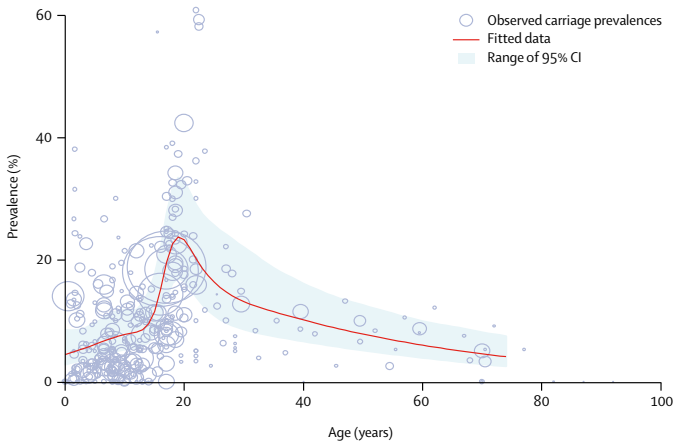
Kovács Ákos dr.
házi gyermekorvos

A *Neisseria meningitidis* okozta invazív meningococcus betegség leggyakrabban csecsemő- és kisdedkorban alakul ki, majd ezt követően a korspecifikus gyakoriság serdülőkorban ismét növekedést mutat. A csecsemőkor jellegzetes immunológiai sajátosságai következtében a tokos baktériumok okozta fertőzések iránti fokozott érzékenység a magyarázata a kétcsúcsú incidenciagörbe első emelkedésének. A gyakoriság 15-20 éves korban észlelhető ismételt emelkedésének oka azonban egészen máshol keresendő. Ez az ok a serdülők és fiatal felnőttek életformája, ami a meningococcus baktérium nasopharyngealis colonisatiojának kiugróan magas arányával jár együtt.

A *Nesisseria meningitidis* kizárólag az emberben előforduló kórokozó, amely egészséges egyének mintegy 10 %-ában kimutatható az orrgarat nyálkahártyáján. A tünetmentes hordozó állapot, mely közvetlen kontaktus útján, nyállal történő fertőződést követően alakul ki, minden esetben megelőzi a súlyos véráramfertőzést. A nasopharyngealis hordozás gyakorisága a csecsemőkortól a serdülőkorig nagyjából egyenletes ütemben, majd a serdülőkortól a fiatal felnőttkorig egyre gyorsuló mértékben folyamatosan emelkedik, itt tehát elmarad a betegség gyakoriságára jellemző csecsemőkori halmozódás. A nasophryngealis colonisatio gyakoribbá válása okozza a serdülőknek és fiatal felnőtteknek az átlag populációhoz képest jóval nagyobb arányban történő megbetegedését. Az alábbi ábra egy 28 országból származó 82 vizsgálat során nyert több, mint 140 000 mintavétel adatait összesítő meta-analízis eredményeit mutatja. A vizsgálat adatai szerint a tünetmentes hordozó állapot gyakorisága a csecsemőkorban észlelt 4,5 % -ról 19 éves korra 23,7 % -ra emelkedik.[1]

A MENINGOCOCCUS HORDOZÓ ÁLLAPOT GYAKORISÁGA AZ ÉLETKOR FÜGGVÉNYÉBEN

A körök átmérője a meta-analízisbe bevont vizsgálatok esetszámával arányos.



Számos, egészen nagy esetszámú populációs szintű vizsgálat igazolja, hogy a serdülők életformája, jellegzetes magatartási és szociális szokásai nagymértékben hozzájárulnak a meningococcus nasopharyngealis hordozásának gyakoribbá válásához, és ezzel megbetegedésük esélyének növekedéséhez. Ezen vizsgálatok adatai alapján meghatározható néhány olyan rizikótényező, amely biztosan összefüggésbe hozható a hordozó állapot kialakulásával.[2] A 15-19 éves korosztályra jellemző, bizonyítottan fokozott kockázattal járó tevékenységeket, magatartásformákat az alábbi felsorolás mutatja:

SERDÜLŐKORBAN A MENINGOCOCCUS NASOPHARYNGEALIS COLONISATIOJÁNAK FOKOZOTT RIZIKÓJÁVAL JÁR:[2]

- Azonos korúak gyakori találkozása szűk, összezárt helyen
- Egyetemi, főiskolai kollégiumok, laktanyák lakói
- Dohányzás (aktív és passzív)
- Éjszakai bárok, diszkók, zsúfolt szórakozóhelyek rendszeres látogatása
- Intim csókolózás több partnerrel

A vizsgálatok adatai szerint az egyetlen szignifikáns mértékben védő faktor, amely igazolhatóan a hordozó állapot ritkább előfordulásával jár együtt, az egyházi szertartások rendszeres látogatása. A hívő fiatalok vélhetően ritkábban csókolóznak váltott partnerekkel, kevesebbet látogatják a zsúfolt szórakozóhelyeket és általában szerényebb, visszafogottabb életmódot folytatnak.

A hordozó állapottal párhuzamosan az abból kialakuló invazív fertőzések létrejöttében is hasonló rizikótényezőket lehet kimutatni. Egy, az Egyesült Államokból származó átfogó felmérés a szerint az invazív meningococcaemia incidenciája az

általános iskolás korosztályban mért 0.7/100 000–rel szemben a felsőoktatási intézmények kollégiumaiban élő diákok között 5,1/100 000 volt, tehát közel nyolcszorosára emelkedett.[3] A fenti rizikótényezők mellett a betegség kialakulását megelőző felső légúti fertőzés, különösen az influenza, az illegális drog- illetve rendszeres alkohol fogyasztás és a szegénység mutattak szignifikáns összefüggést a betegség gyakoribb előfordulásával.[4]

A meningococcus betegség megelőzésének legeredményesebb módszere a védőoltás. Fenti adatok az alapellátó gyermekorvosok fokozott felelősségére hívják fel a figyelmet a serdülő korosztály meningococcus elleni átoltottságának biztosításával kapcsolatban.

Az Egyesült Királyságból származó adatok szerint az országos oltási program bevezetése óta nemcsak az invazív megbetegedések száma csökkent jelentős mértékben, de a populációs szintű átoltottság a nasopharyngealis hordozás gyakoriságát is jelentősen visszaszorította. A serdülő korosztályban szervezett „catch-up" oltási kampányokat szervező országok ugyancsak a nyájimmunitás kifejezett kedvező hatásáról számolnak be.[5]

Magyarországon a serdülők egyéni oltási programjáról kell gondoskodnunk. Az oltások megtervezésénél célszerű szem előtt tartani, hogy serdülőkorban az invazív meningococcus fertőzések többségéért a B és a C szerocsoport a felelős, de hazánkban is felbukkant már az Y és a W szerocsoport is.[6] Az egyes szerocsoportok fertőzőképessége és a betegség súlyossága, progressziója és kimenetele között nincs lényeges különbség. (A W szerocsoport okozta fertőzéseket a gyakori gastrointestinalis manifesztációk és a magas mortalitás jellemzi. Az első klinikai tünetek alapján azonban nem állapítható meg a kórokozó szerocsoportja, és a beteg ellátásában sincs különbség az egyes szerocsoportok okozta megbetegedések között).

A serdülők és fiatal felnőttek gyakran találkoznak külföldi, vagy külföldről érkező kortársaikkal, látogatnak olyan rendezvényeket, koncerteket, diszkókat, vagy maguk utaznak nyári táborokba, sportversenyekre, csereüdülésre, nyelvtanfolyamokra, ahol gyakorlatilag bármilyen szerocsoporttal megfertőződhetnek. Jelenleg minden, hazánkban előforduló szerocsoport ellen hatékony vakcinával rendelkezünk. Ezért az optimális védelem kialakításához a B szerocsoport elleni, valamint a négykomponensű kombinált (ACYW135) meningococcus elleni oltást is egyaránt fel kell ajánlani. Ez utóbbi vakcina a korábban C szerocsoport elleni védőoltásban részesült gyermekek emlékeztető oltására is alkalmas. A két oltóanyag a két felkarba akár egy időben is beadható. A fertőzés életkori prevalenciájának megfelelően legalább 25 éves korig szükséges a meningococcus elleni védettség folyamatos fenntartása.[7]

Ne felejtsük el a serdülőt, ill. hozzátartozóját tájékoztatni arról, hogy 100%-os védelmet soha egyetlen oltással sem lehet garantálni. Magyarországon azonban még nem kezeltek egyetlen előzetesen oltott, és mégis meningococcus fertőzésben szenvedő beteget sem.

Irodalom:

1. Christensen H, May M, Bowen L, et al. Meningococcal carriage by age: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Infectious Diseases 2010; 10: 853-61
2. MacLennan J, Kafatos G, Neal K, et al. Social Behavior and Meningococcal Carriage in British Teenagers. Emerging Infectious Diseases. 2006; 12: 950-957
3. Bruce MG, Rosenstein NE, Capparella JM, et al. Risk Factors for Meningococcal Disease in College Students. JAMA. 2001; 286: 688–693
4. Tully J, Viner RM, Coen PG, et al. Risk and protective factors for meningococcal disease in adolescents: matched cohort study BMJ 2006; 332: 445-451
5. Trotter CL and Maiden MC. Meningococcal vaccines and herd immunity: lessons learned from serogroup C conjugate vaccination programs. Expert Rev Vaccines. 2009; 8: 851–861
6. Kovács Á, Kulcsár A, Kalabay L, Torzsa P: Az invazív meningococcus-fertőzés megelőzése, felismerése és első, területi ellátása. Ideggyógyászati Szemle 2017; 70: 151–158
7. Kulcsár A: Még mindig ugyanúgy... A meningococcus fertőzés prevenciója. Gyermekgyógyászat 2015; 66: 260

A cikk megjelenését a Pfizer Kft. támogatta.

VAKCINÁK, *a megtérülő* befektetés

ESÉLY AZ EGÉSZSÉGRE EGY ÉLETEN ÁT

A hatékony oltási programok biztosíthatják a hosszabb és egészségesebb élet lehetőségét mindenki számára, nemtől, életkortól és társadalmi helyzettől függetlenül. Az EU népességének demográfiai változásaira a nemzeti immunizációs programoknak is reagálniuk kell. Mivel a betegségek nem ismernek határokat, mindenkinek egyenlő hozzáférése kell, hogy legyen mind a vakcinákhoz, mind pedig az oltási programokhoz, függetlenül a földrajzi vagy regionális egyenlőtlenségektől.

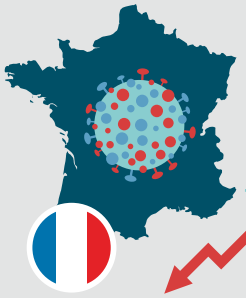
VAKCINÁK ÉS ANTIBIOTIKUMOK

1

ÉVENTE

1.5 MILLIÁRD EURÓ

PLUSZ TERHET RÓ
A KÖLTSÉGVETÉSEKRE
AZ ANTIMIKROBIÁLIS REZISZTENCIA.



2

A PNEUMOCOCCUS **VAKCINA**

ALKALMAZÁSA AZ ANTIMIKROBIÁLIS PROGRAMBAN

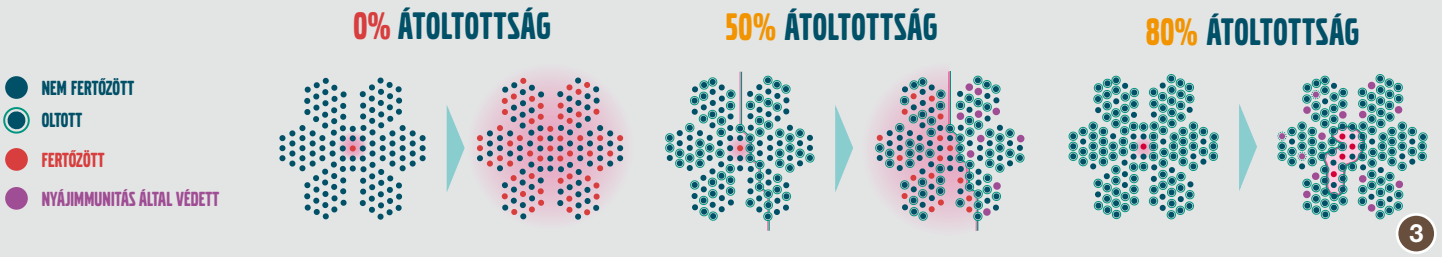
ANTIBIOTIKUM HASZNÁLAT CSÖKKENÉSE

48% → 29.7%

A vakcinák szerepet játszanak az antimikrobiális rezisztencia jelentette globális egészségügyi kihívás leküzdésében. Az antibiotikum használatának csökkentésével segíthetik a rezisztens baktériumok kialakulásának megelőzését is.

KÖZÖSSÉGEK VÉDELME (NYÁJVÉDELEM)

A magas átoltottság kialakíthatja a nyájimmunitást, mely megvédi(heti) a közösségeket a fertőző betegségek terjedésétől. A nyájvédelemnek lehet egy indirekt védő hatása azon egyének számára, akik valamilyen okból nem férnek hozzá az egészségügyi ellátó rendszerhez vagy az oltóprogramokhoz, akik valamilyen okból nem kaphatnak oltást (pl. azok az újszülöttek, akik túl fiatalok az oltáshoz, a legyengült vagy öregedő immunrendszerűek).



Referenciák:
1. ECDC and EMA (2009), The bacterial challenge: time to react, Joint Technical Report, available online at: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf
2. Wilby et al. (2012), A review of the effect of immunization programs on antimicrobial utilization, Vaccine. Oct 12;30(46):6509-14. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.08.03
3. Vaccines Today (2015), What is Herd Immunity?, available online at: https://www.vaccinestoday.eu/stories/what-is-herd-immunity//

Pfizer Gyógyszerkereskedelmi Kft.
1123 Budapest, Alkotás u. 53. MOM Park "A" épület
Tel: 488-3700
www.pfizer.hu

Anyaglezárás dátuma: 2017. október 30.
VAPB 2017-10-01

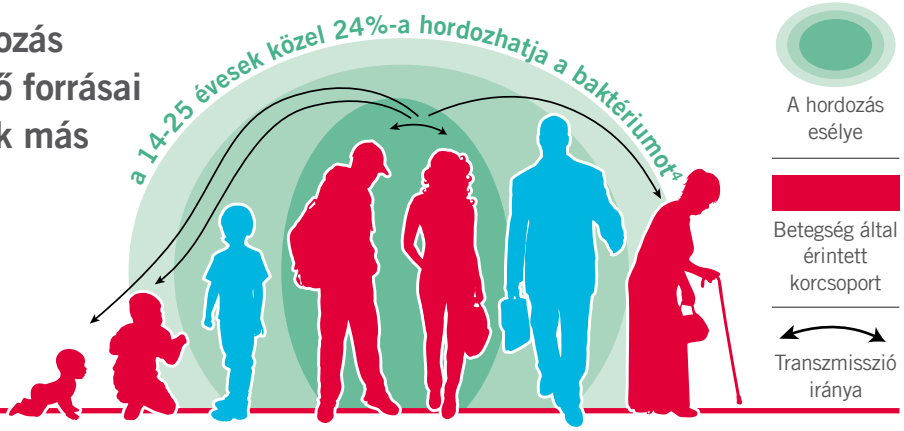
A tinédzserek szerepe elsődleges a meningococcus fertőzés terjesztésében, mert...

természetes életvitelük egyes elemei segítik a meningococcus hordozás kialakítását[1]

intim csókolózás | dohányzás | kollégiumi életmód, közös szobák | zsúfolt fesztiválok | zárt szórakozóhelyek, klubok látogatása

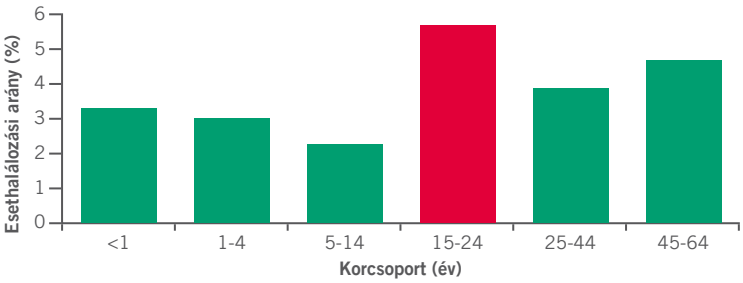
a diákok földrajzilag kötetlenebbek, mely segíti a fertőzés terjedését[2]

náluk a legmagasabb a hordozás aránya és feltehetőleg ők a fő forrásai a meningococcus átadásának más korcsoportok számára[3]



ebben a korcsoportban ritkábban fordul elő invazív meningococcus megbetegedés, mint a csecsemőknél, viszont gyakrabban vezet halálhoz

Esethalálozási arányok a 65 év alatti populációban (Anglia)[5]

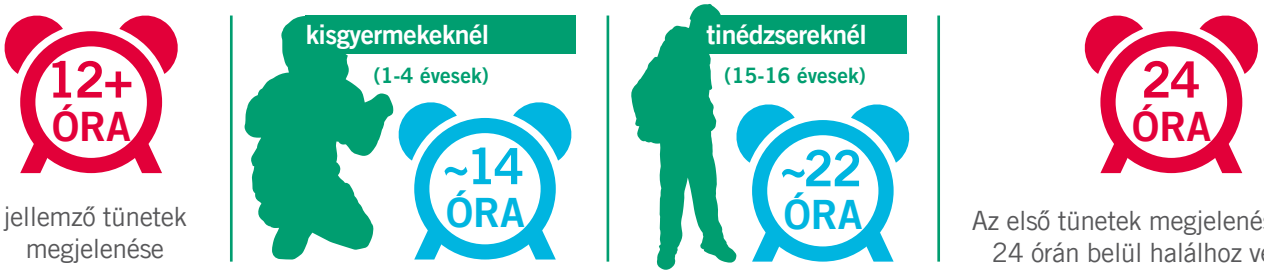


Hazai adatok 2006-2015 között[6]

- bejelentett, meningococcus fertőzés okozta invazív megbetegedések száma 34-70 fő/év
- a halálozás arány 15%, míg az európai átlag 8%
- vezető halál ok a gyermekek és fiatal felnőttek körében

a későbbi kórházba kerülésnek tragikus következményei lehetnek[7]

A tünetek megjelenésének és a kórházba kerülésnek a megnövekedett átlag ideje hozzájárulhat a magas halálozási arányhoz.



Pfizer Gyógyszerkereskedelmi Kft.
1123 Budapest
Alkotás u. 53. MOM Park "A" épület
Tel: 488-3700 www.pfizer.hu

Referenciák:
1. MacLennan et al. Social Behavior and Meningococcal Carriage in British Teenagers, Emerg Infect Dis 2006;12:950–7 **2.** R.Steffen; The Risk of Meningococcal Disease in Travelers and Current Recommendations for Prevention, J. Travel Med 2010;17 Suppl:9–17 **3.** Cohn et al. Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports 2013;62:1-22 **4.** Christensen et al.Meningococcal carriage by age: a systematic review and meta-analysis Lancet 2010;10:853–61. **5.** Edge at al. Clinical diagnoses and outcomes of 4619 hospitalised cases of laboratory-confirmed invasive meningococcal disease in England: Linkage analysis of multiple national databases. Journal of Infection (2016) 73, 427e436. **6.** Kovács Á., Kulcsár A.,Kalabay L., Torzsa P.: Az invazív meningococcus-fertőzés megelőzése, felismerése és első, területi ellátása. LAM 2017;27(4–5) **7.** Thompson at al.:Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. Lancet 2006; 367: 397–403

Anyaglezárás dátuma: 2017. november 2.
VAPB 2017-11-01

A gyermekkori szepszis felismerése és területi ellátása: mit tanultunk az EAP mesterkurzusán?

Dr. Kovács Ákos
házi gyermekorvos, HGYE tudományos-szakmai munkacsoport

Az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia a rendszeres kongresszusaihoz kapcsolódóan kétévente tematikus jellegű edukációs mesterkurzusokat is szervez, amelyeken a gyermekgyógyászat egy-egy szűkebb szakterületét tekintik át. Első alkalommal a gasztroenterológiai és a táplálási problémák, majd az adolescens medicina, az allergiás betegségek, idén októberben Ljubljanában pedig az infektológiai kórképek képezték a mesterkurzus tematikáját. A kétnapos intenzív képzés során kiscsoportos esetmegbeszélő workshopok és frontális prezentációk váltották egymást. A program népszerűségét és színvonalát jelzi, hogy nemcsak Európából, de az Egyesült Államoktól Indonézián át Új-Zélandig, a világ minden tájáról érkeztek hallgatók a kurzusra. Az előadásokat különböző vezető európai egyetemek tanárai, professzorai tartották. Bár Ljubljana gépkocsival sincs túl messze Budapesttől, mégis viszonylag kevés magyar résztvevővel lehetett találkozni a képzésen, ami talán a program igen borsos árával indokolható.

A mesterkurzus legemlékezetesebb előadásai többek között a csontok, ízületek és a kötőszövet fertőzései, az intracranialis infekciók, a neonatális sürgősségi állapotok és a kullancsok által terjesztett betegségek témájában hangzottak el. Ezek közül is külön kiemelést érdemel a Newcastle-ből érkező Dr. Emma Lim, a Great Northern Children's Hospital (GNCH) főorvosa által tartott összefoglaló a gyermekkori szepszis felismeréséről és korai ellátásáról. A GNCH Észak-Anglia egyik legnagyobb és legtekintélyesebb gyermekkórháza, Lim doktornő pedig a gyermekszepszis-munkacsoport vezetője.

Előadásában dr. Lim elmondta, hogy évente több mint 3 millió gyermeket veszítünk el szepszisben, az öt év alatti gyermekek halálát mintegy 60%-ban valamilyen infekció okozza. Bár a gyermekorvosi rendeléseken nap mint nap megjelenő lázas gyermekek óriási tömegéhez képest a szepszis csak ritkán fordul elő, a szeptikus kórképek több mint 70%-a nem kórházban, hanem a területen alakul ki, és 4 szeptikus gyermek közül 3 először az alapellátásban jelentkezik.

Bár a szeptikus állapothoz csatlakozó szervi diszfunkciók és következményes sokk rapid progressziója miatt a szepszis korai felismerése és megfelelő ellátásának késlekedés nélkül történő megkezdése az egyik legkritikusabb tényező a késői kimenetel és prognózis szempontjából, azonban a „csendes gyilkos"-ként aposztrofált kórkép első felismerése nem könnyű. A kezdeti tünetek ugyanis nem specifikusak. A szepszis gyanújának felvetése a klinikai tüneteken alapul. Sajnos nem létezik egyetlen olyan laboratóriumi paraméter, vagy egyéb eszközös diagnosztikus vizsgálat, amely biztonsággal kizárná, vagy igazolná a szepszist. Az első, bizonytalan tünetek, főként fiatalabb gyermekek, csecsemők és kisdedek esetében számos más kórkép jelei is lehetnek. Az élettani paraméterek korai, gyakran csak enyhe fokú megváltozása általában a szervezet kompenzációs mechanizmusai aktiválódásának korai tünete.

Egy francia felmérés adatai szerint a tragikus kimenetelű bakteriális szepszisben szenvedő gyermekek első, területi ellátása 76%-ban „szuboptimális" volt. Az esetek 33%-ában a szülők késve hozták a gyereket vizsgálatra, a súlyosság mértékét az esetek 38%-ában tévesen ítélte meg az első ellátó orvos, késett a megfelelő ellátás megkezdése 38%-ban, elégtelen volt a kezdeti folyadékpótlás 24%-ban. Az első ellátó orvos a betegek 71%-át utalta kórházba, 29%-ukat hazaküldte.

A szepszis lehetősége fel kell hogy merüljön minden gyanított, vagy bizonyított infekció bármilyen lokális vagy általános tünetével jelentkező, lázas gyermek esetén, aki „nem érzi jól magát". A szülők fokozott aggodalmát mindig komolyan kell venni. A legtöbb szülő számára feltűnik, hogy gyermeke betegsége most „valahogy más", mint a korábbi banális infekciók alkalmával. A szepszis valószínűsége fokozott az alábbi hajlamosító tényezők esetén: csecsemőkor, különösen a 3 hónapnál fiatalabb életkor, krónikus betegség, immunsupressio (pl. diabetes, kemoterápia), posztoperatív időszak, vénás kanül, katéter, egyéb invazív eszköz jelenléte esetén.

Rendkívül fontos az ún. „első benyomás", amikor „valami nem tetszik" a gyermekkel kapcsolatban, főként, ha a lázas, nagybeteg benyomást keltő gyermeknél inadekvát tachycardia, perifériás keringészavar (hideg végtagok, elhúzódó kapilláris telődés (CRT) és tachypnoe, a fokozott légzési munka jelei mellett megváltozott viselkedés, bágyadtság, aluszékonyság, érdektelenség is észlelhető. Gyakran nem tudjuk pontosan megmondani, hogy mi a baj, de hogy nagy baj van, azt észrevesszük, ha figyelmesek vagyunk. A vitális paraméterek (légzésszám, szívműködés, hőmérséklet, szaturáció) rögzítése, és ezeknek az életkori normálértékek figyelembevételével történő értékelése és pontos dokumentálása elengedhetetlen. A pulzusszám emelkedése önmagában nehezen értékelhető tünet, hiszen a láz, a fájdalom és félelem önmagában is emeli a pulzusszámot, amely tényezők közül egy orvosi vizsgálatra érkező gyermeknél mindhárom egyszerre jelen lehet. A testhőmérséklet 1 Celsius fokos emelkedése kb. 10/perc pulzusszám-növekedéssel, és 2/perc légzésszám-növekedéssel jár. Bár az egyes paraméterek eltérései önmagukban kevéssé megbízhatóak, ha ezeket egy „közlekedési lámpa" rendszerben (piros-sárga-zöld mezőbe eső tünetek) értékeljük, több sárga és piros zónába eső tünet esetén fokozott rizikóval kell számolnunk (ld. táblázat). Akár egyetlen piros zónás tünet azonnali kórházi felvételt, a sárga zóna pedig feltétlenül ismételt vizsgálatot (visszarendelést vagy beutalást) jelent.

A szepszis leggyakrabban fiatal csecsemőkorban fordul elő. Az újszülöttkori

	Alacsony kockázat	Közepes kockázat	Magas kockázat
Bőrszín	normális bőr-, ajak-, nyelvszín	sápadtság a szülő szerint	sápadtság foltok szürke bőrszín cyanosis
Aktivitás	normális reakció a szociális ingerekre mosoly éber vagy könnyen ébreszthető erős, normális sírás vagy nem sír	szociális ingerekre kóros válasz csökkent aktivitás aluszékonyság	szociális ingerekre nem reagál beteg benyomását kelti nem ébreszthető, vagy ébredés után nem marad ébren gyenge, fejhangú vagy folyamatos sírás
Légzés	normális	orrszárnyi légzés tachypnoe: 6–12 hónapos életkorban: ≥50/min 12 hónapos életkor felett: ≥40/min oxigénszaturáció < 95% szörtyzörejek	grunting tachypnoe: ≥60/min mérsékelt vagy súlyos dyspnoe intercostalis retractio
Hidráltság	normális bőrturgor, szem nedves nyálkahártya	száraz nyálkahártya CRT ≥3 sec csökkent vizeletmennyiség csökkent étvágy, folyadékbevitel	csökkent turgor
Egyéb		láz: ≥5 nap végtagi vagy ízületi duzzanat végtag védelme 2 cm-nél nagyobb, újonnan kialakult duzzanat	0–3 hónapos életkor, láz ≥ 38°C 3–6 hónapos életkor, láz ≥ 39°C nyomásra nem elhalványuló kiütés előmborodó kutacs tarkókötöttség status epilepticus fokális neurologiai jelek, görcsök epés hányás

szepszis, amelynek leggyakoribb kórokozója a B csoportú Streptococcus, az újszülöttek hazaadását követő napokban is bármikor tüneteket okozhat. Erre hajlamosít a lázas szülés, a koraszülés, a kis születési súly, az idő előtti burokrepedés, a chorioamnionitis, a szülőszobai élesztés, alacsony Apgar-érték, illetve a rossz szociális helyzet. Az újszülött szepszisére utalhat a láz vagy éppen a hypothermia, a rendellenes, nyöszörgő sírás, paradox irritabilitás, bágyadtság, a környezet iránti érdektelenség, csökkent reakciókészség, az üres, elrévedő tekintet mellett a tachypnoe, tachycardia, a feltűnő sápadtság, rossz perifériás keringés, az elhúzódó sárgaság, a táplálási képtelenség, a haspuffadás, hányás, a véres széklet, esetleg apnoe előfordulása. Három hónaposnál fiatalabb életkorban a 38,0 Celsius fokos láz hátterében mintegy 13%-ban áll súlyos bakteriális fertőzés. Ez elég nagy kockázatot jelent az ilyen gyermekek sorsa szempontjából, ezért őket további vizsgálatok elrendelése nélkül azonnal kórházba kell küldeni.

Az első benyomás és a vitális paraméterek felmérését és értékelését követően, a levetkőztetett gyermek részletes, szisztematikus fizikális vizsgálata során fokozott figyelemmel keressük az egyes szervrendszeri tüneteket. Szepszis lényegében bármilyen (nem csak bakteriális eredetű) infekció következtében kialakulhat, gyermekkorban leggyakrabban mégis az alábbi klinikai kórképek esetén fordul elő: pneumonia, meningococcaemia, egyéb bakteriális meningitis, perforált appendicitis, gennyes mastoiditis, peritonsillaris abscessus, osteomyelitis, szeptikus arthritis, endocarditis, pyeloephritis, elhanyagolt impetigo, cellulitis, salmonella typhi okozta gastroenteritis.

Ha lázas gyermeknél a sokk tünetei is jelentkeznek (sápadt, márványos bőr, hideg tapintatú, fájdalmas végtagok vagy tachypone, aluszékonyság, megváltozott mentális status), mindig fokozott figyelemmel keressük a bőrön petechiák, purpurák, nyomásra nem elhalványodó bevérzések jelenlétét, amelyek szeptikus embólusok (pl. szeptikus endocarditis) vagy invazív meningococcus-betegség (purpura fulminans) tünetei lehetnek. Meningococcaemia gyanúja esetén a szepszis és a sokk jelei mellett a meningitis okozta fokozott intracranialis nyomás tüneteit is keressük (erős fejfájás, hányás, tarkókötöttség, fotofóbia, pozitív Kernig- és Brudzinsky-tünet).

Az ún. „point of care" elvégezhető vizsgálatok közül az infekciós markerek emelkedése jellemző, de ezek egyike sem diagnosztikus értékű. A leukocytosis vagy leukopenia, az éretlen polymorphonuclearis granulocyták relatív arányának emelkedése, a magas CRP- és procalcitonin-érték egyaránt jellemző, de nem eléggé érzékeny vizsgálati eredmény. Ezek közül a házi gyermekorvosi gyakorlatban jelenleg Magyarországon leginkább a gyors helyszíni CRP-vizsgálat elérhető. A CRP 4–6 órával az infekció indulását követően kezd emelkedni, és kb. 8 óránként megduplázódik. Sikeres kezelés esetén ugyancsak kb. 6–8 órán belül feleződik az értéke. A 24 órával egymást követően két alkalommal levett CRP változásának iránya és mértéke az alapellátásban is fontos információ lehet a súlyos bakteriális infekció lehetőségének mérlegelése és a folyamat előrehaladásának megítélése szempontjából. Ez természetesen nem bátoríthat senkit arra, hogy csupán erre a vizsgálati leletre alapozva halogassa olyan betegek azonnali kórházba küldését, akiknél ez a korábban leírtak értelmében indokolt lenne.

A szepszis prehospitális ellátása mellett a beteg kompetens intézetbe történő szállítása halaszthatatlan. A késlekedés itt a beteg életét veszélyezteti. Minden szeptikus sokkban töltött óra megkétszerezi a mortalitás esélyét.

A beteg helyszíni ellátását a sürgősségi betegellátás ábécéje (légút, légzés, keringés) szerint kell megkezdeni. Fenyegető hypoxia jelei esetén (perifériás keringészavar, csökkent oxigénszaturáció) adjunk oxigént. A hatékony oxigénterápia leginkább magas (min. 10–12 liter/perc) áramlással, rezervoárral ellátott oxigén maszkon keresztül történhet. Cél a folyamatos 95% feletti szaturáció biztosítása.

Vénabiztosítást követően haladéktalanul kezdjük meg a megfelelő folyadékpótlást. Általában 20 ml/tskg krisz-

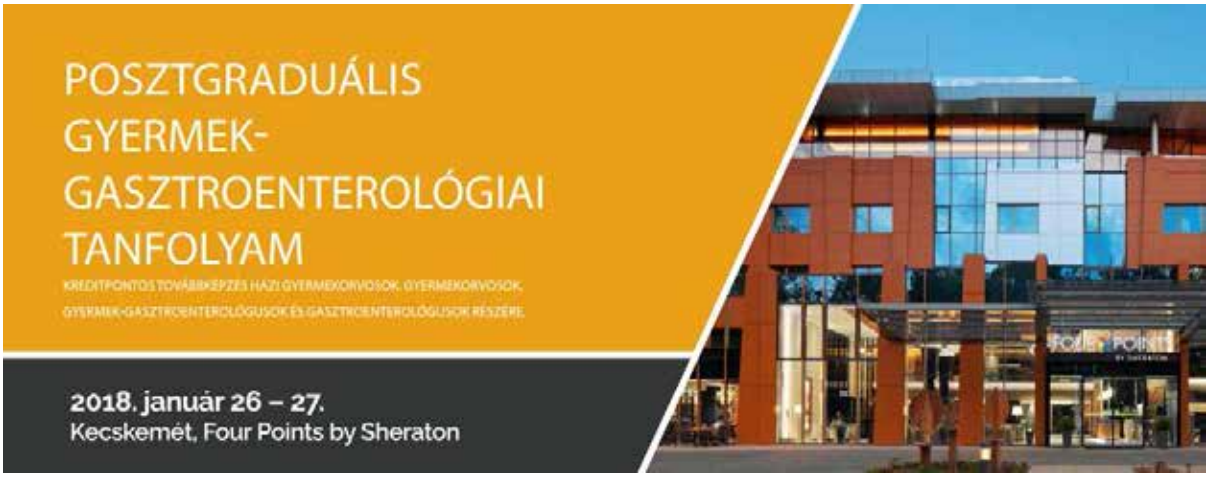
talloid (isotoniás NaCl) oldat kb. 10–15 perc alatt történő beadásával kezdjünk. Fiatal csecsemők, ill. intracranialis nyomásfokozódás tünetei esetén 10 ml/tskg bólussal induljunk. Amennyiben nyomásra el nem halványodó petechiákat, purpurákat is észleltünk, adjunk 100 mg/tskg (max. 2 g) ceftriaxont intravénásan. Az antibiotikum prehospitális beadása a hemokultúra és egyéb bakteriológiai vizsgálatok levétele előtt kizárólag invazív meningococcaemia gyanúja esetén indokolt. Folyamatosan ellenőrizzük a beteg vitális paramétereit, és amennyiben nem észlelünk javulást (végtag melegedése, kapilláris telődés javulása), ismételjük meg a folyadékbolus adását összesen 60 ml/tskg adagig. A folyadékrezisztens szeptikus sokk ellátása, a vasopressor-terápia már kórházi feladat.

Amennyiben felismerjük a szeptikus állapotot, és a beteget ennek megfelelően kezeljük, életet menthetünk. Egy 91, szeptikus sokkban szenvedő gyermek adatait elemző vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy az első területi ellátás során a rohamkocsi megérkezéséig csupán az esetek 26%-ában sikerül leküzdeni és visszafordítani a szeptikus sokk kialakulását. Ezekben a sikeres esetekben azonban 90% feletti túlélés érhető el, míg ha ez nem sikerül, a túlélés csak mintegy 60%. Ez azt jelenti, hogy lényegében három gyermekből egyet meg tudnánk menteni a rendelőben.

A gyermekkori szepszis mortalitása Európában jelenleg 10% körül van. Minden, ezzel foglalkozó ajánlás megegyezik abban, hogy a túlélés javítása érdekében egyik legfontosabb teendő az első vizsgáló orvos által történő korai diagnózis és ennek megfelelő ellátás arányának javítása, valamint laikus edukációs kampányok segítségével a szülők informálása a szepszis felismerésével kapcsolatban. Egy felmérés szerint az amerikai szülők 77%-a ismeri a szepszis szó jelentését, de csak 28%-uk képes legalább egy jellemző korai tünetet azonosítani. A szülők 44%-a úgy gondolja, hogy a gyermekek kizárólag kórházban válnak szeptikussá.

A szepszis korai felismerése és ellátása igazi kihívás minden alapellátó gyermekorvos számára. Az EAP mesterkurzusán elhangzott előadás, a többi infektológiai témájú előadással együtt hozzájárulhat ahhoz, hogy akik hallottuk és tanultunk belőle, nagyobb biztonsággal igyekezzünk megfelelni ennek a kihívásnak. Ez a biztosabb tudás pedig hozzásegíthet, hogy praxisunkban munkánk során napról napra egy-egy fokkal magasabb szakmai minőséget érjünk el.

Voltaire szavaival: gondozzuk kertjeinket!



Tisztelt Kollégák!

Egy, a Magyar Gyermek-gasztroenterológiai Társaság szervezésében, a Házi Gyermekorvosi Szekció Gasztroenterológiai Munkacsoportja részvételével megrendezésre kerülő új posztgraduális továbbképzést ajánlunk figyelmetekbe. A kétnapos tanfolyam egy ötéves képzési sorozat első állomása. A gyermek-gasztroenterológia és -hepatológia területét 5 részre osztva, a képzések tematikáját Veres Gábor professzor úrral úgy alakítottuk ki, hogy minden évben több, a mindennapi gyakorlat számára is jelentős kérdés kerüljön megtárgyalásra.

Egy-egy témát mindig több oldalról közelítünk meg, vagyis a klinikusok, specialisták által tartott előadások mellett az alapellátás szemszögéből is mindig elhangzik egy-egy összefoglaló, amelyet házi gyermekorvos kollégák fognak prezentálni. A hazai gyermek-gasztroenterológia legkiválóbb szakemberei mellett a Házi Gyermekorvosi Szekció részéről Altorjai Péter, Kun Renáta, Szentannay Judit és Kovács Ákos vesznek részt a programban, amelyre szertettel várunk minden érdeklődő házi gyermekorvos kollégát. További információ és jelentkezés az alábbi linken érhető el: **posztgradgasztro2018.misandbos.hu**

A Magyar Gyermekorvosok Társasága és a
Házi Gyermekorvosok Egyesülete közös
Házi Gyermekorvosi Szekciója
www.hgyoszekcio.hu

Újdonságok a Medscape-ről

Kardos Gabriella rovata

Köldökzsinórvér tárolása későbbi transzplantáció céljára

Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia 2007 után 2017-ben új állásfoglalást tett közzé a köldökzsinórvér tárolásával kapcsolatban. Az állásfoglalás a Pediatrics 2017. novemberi számában jelent meg, és célja, hogy gyermekgyógyászokat, szülészeket és az egészségügy egyéb területén dolgozókat útbaigazítsa a fenti témakörben.

Elöljáróban a közlemény leszögezi, hogy a köldökzsinórvér-transzplantáció (KT) csecsemők, kisgyermekek és felnőttek bizonyos hematológiai malignitásainak, haemoglobinopathiáknak, súlyos immundeficienciáknak, valamint egyes anyagcsere-betegségeknek (Hurler-szindróma, Hunter-kór, osteopetrosis, adrenoleukodystrophia stb.) kezelésére alkalmas. Bár KT esetén a HLA-inkompatibilitás kisebb problémát jelent, használatát limitálja a benne lévő őssejtek viszonylag alacsony száma, amelyet in vitro expanzióval kísérelnek meg növelni.

A rendelkezésre álló adatok szerint 2013-ig világszerte mintegy 30 000 esetben történt KT (szemben a több mint 600 000 csontvelő- és perifériás őssejt-transzplantációval). Az esetek 57%-ában vérképzőszervi megbetegedés, 32,5%-ában haemoglobinopathia, 6%-ában súlyos kombinált immundeficiencia (SCID) vagy más T-sejtes immunhiány, és 1,5%-ban egyéb betegség miatt került erre sor. Miután az újonnan bevezetett újszülöttkori szűrésnek köszönhetően a SCID-del diagnosztizált csecsemők száma megduplázódhat, a KT jelentősége biztosan nőni fog. Ugyancsak befolyásolhatják az ilyen transzplantációk számát azok a jelenleg folyó kutatások, amelyek a köldökzsinórvérben levő őssejtek esetleges regeneratív célból való felhasználását (pl. Alzheimer-kór, diabetes, SLE stb.) célozzák.

Az állásfoglalás célja, hogy az egészségügyi személyzet, a szülők és a közvélemény figyelmét felhívja a köldökzsinórvér megőrzésének fontosságára és annak módjára.

Az állásfoglalás mindenekelőtt rögzíti, hogy leukémia diagnózisa esetén a saját köldökzsinórvér nem használható KT-ra, mert abban már születéskor jelen vannak a leukémiás sejtek. Ilyen esetben csak idegen donor sejtjei alkalmasak transzplantációra. Ha a családban ismert genetikai megbetegedés miatt van szükség transzplantációra, akkor az egészséges testvér sejtjei HLA-tipizálás után alkalmasak felhasználásra.

Az eddigi tudományos vizsgálatok nem támasztják alá, hogy a köldökzsinórvér preventív tárolása a donor esetleges későbbi megbetegedése céljából helyénvaló, hasznos és rizikómentes. Az állásfoglalás megjelenése idején mintegy 800 000 közösségi és több mint 5 000 000 privát köldökzsinórvér-tárolás történt.

Az állásfoglalás leteszi a voksot a közösségi tárolás mellett, és ennek növekvő fontosságát hangsúlyozza.

A magánintézmények forprofit alapon dolgoznak, a készítmények a közösség számára nem állnak rendelkezésre és a minőség-ellenőrzés is hiányos. A közösségi tárolás ingyenes, a véradó központok nonprofit módon működnek, a készítmények világszerte bárhol felhasználhatók, és a tárolás nagyon szigorú minőségbiztosítási feltételek között folyik. Egy vizsgálat szerint még a közösségi tárolású készítményeknek is csak legfeljebb 25–40%-a teljesíti a köldökzsinórvér transzplantáció céljából való felhasználásának minőségi kritériumait (sejtszám, a fagyasztás és tárolás körülményei, a fertőző és egyéb megbetegedések megbízható kizárása stb.). Magánintézményeknél történő tárolás esetén a minőségbiztosítás nem olyan magas színvonalú, a hatósági ellenőrzés lazább és ennek következtében a sejtek életképessége sokszor alacsonyabb.

Szükség esetén beteg számára transzplantációra alkalmas köldökzsinórvér a világ valamennyi közösségi véradó központjában kereshető, míg a magánintézményben tárolt készítmények csak a donor vagy annak családja számára hozzáférhetők. Egy nemrégiben publikált vizsgálat szerint közösségi tárolás esetén a készítmények harmincszor gyakrabban kerültek felhasználásra, mint privát tárolás esetén.

A magánintézmények a fagyasztásért egyszeri, majd a tárolásért évenkénti díjat kérnek. Az USA-ban az előbbi 1 350–2 300, az utóbbi évi 100–175 dollárba kerül.

A fentiek fényében az állásfoglalás egyértelműen a közösségi – tehát a mindenki számára hozzáférhető – tárolást részesíti előnyben. A magáncélú felhasználásra szánt privát tárolást csak egyes genetikai megbetegedések (haemoglobinopathia, anyagcsere-betegség, SCID) esetén javasolják, de az eddigi adatok alapján csak minden ezredik készítmény kerül ilyen esetekben felhasználásra. Az egészségügyi személyzet feladata, hogy a leendő szülőket felvilágosítsa a köldökzsinórvér közösségi célú, térítésmentes tárolási lehetőségére, illetve a magáncélú levétel korlátozott felhasználási lehetőségeire. A beszélgetést mindenképpen még a szülést megelőzően ajánlatos megejteni. A közösségi véradó központokban való tároláshoz a szülők írásbeli hozzájárulása szükséges, ebben hozzájárulnak, hogy gyermekük köldökzsinórvérét a közösség rendelkezésére bocsátják, és nem saját célra akarják majd felhasználni. A köldökzsinórvér felhasználási területe a jelenlegi kutatások fényében egyre kiterjedtebb lehet, ezért a közvéleményt a tárolás lehetőségéről és fontosságáról, valamint annak preferált módjáról informálni kell.

Sajnálatos, hogy Magyarországon a köldökzsinórvér közösségi tárolására a mai napig nincs lehetőség *(a szerk. megjegyzése)*.

Szűréssel nehéz megelőzni a sportolók hirtelen szívhalálát (Screening Unlikely to Prevent Sudden Cardiac Arrest in Athletes)

Tragikus hír, amikor edzés vagy verseny közben egy fiatal sportoló hirtelen összeesik és meghal. Kanadai kutatók közleménye, amely a N. Engl. J. novemberi számában jelent meg, arról számol be, hogy Kanadában 6 év alatt a 3825 hirtelen szívhalálból 74 szívmegállást történt sportolás közben, ebből 16 esetben professzionális, 58 esetben amatőr sportolóknál. A 16 profi közül csak kettőnél találtak olyan elváltozást (hypertrophiás cardiomyopathia), amelyet előzetes szűréssel detektálni lehetett volna, az amatőröknél pedig nem történt semmilyen előzetes vizsgálat. A hirtelen szívhalál incidenciája 0,76/100 000 sportolással eltöltött év, vagyis igen alacsony, és az esetek 96%-ában nem detektálható az ehhez vezető ok. Miután a sportolás közben bekövetkező hirtelen szívhalál csak 0,2%-a az összes hirtelen szívhalálnak, a szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy a sportolás ritkán kiváltója a hirtelen halálnak.

Korszerű csecsemőtáplálás szimpózium

2017. november 10-én a Magyar Gyermekorvos Társaság és a HGYE közös Házi Gyermekorvosi Szekciója szervezésében mintegy 30 házi gyermekorvos, és ugyanennyi védőnő és dietetikus részvételével került megrendezésre a Korszerű csecsemőtáplálás című szakmai szimpózium.

A rendezvény apropóját az adta, hogy nemrégiben jelent meg az Európai Gyermek-gasztroenterológiai, Hepatológiai és Táplálástani Társaság (ESPGHAN) legfrissebb, a hozzátáplálással foglalkozó állásfoglalása, ami egyebek mellett az allergiaprevencióban teljesen új, az eddig megszokott, bevált elvektől eltérő irányt jelölt ki.[1] A Házi Gyermekorvosi Szekció Gasztroenterológiai Munkacsoportjának az volt a célja, hogy egy asztal köré ültesse és meghallgassa a témával foglalkozó prominens magyar szakemberek véleményét, javaslataikat, hogy ezt követően a szimpóziumon elhangzottak alapján majd egy közös magyar állásfoglalást fogalmazzon meg.

Elsőként Szentannay Judit házi gyermekorvos, a munkacsoport elnöke ismertette a hozzátáplálásról szóló 2017-es ESPGHAN-irányelv fontosabb pontjait. Az ajánlás kizárólagos szoptatást javasol 4 hónapos korig, majd kizárólagos vagy többségi szoptatást 4 és 6 hónapos kor között. Kiemeli, hogy a hozzátáplálást nem célszerű 4 hónapos kor előtt elkezdeni és 6 hónapos koron túl halogatni. Az állásfoglalás szerint az allergén típusú ételeket (tej, tojás, földimogyoró) is be kell vezetni 4 hónapos kor után, a többi szilárd táplálékkal együtt. Kis mennyiségű glutén bevezetése 4 és 12 hó között, szoptatástól függetlenül javasolt. Ezt követően Gitidiszné Gyetván Krisztina védőnő, laktációs szaktanácsadó foglalta össze az anyatejes táplálás aktuális kérdéseit, néhány helyes gyakorlatot is bemutatva emelte ki ennek szomatikus és pszichés jelentőségét.

Tomsits Erika, a Semmelweis Egyetem II. sz. Gyermekgyógyászati Klinikájának docense, a Magyar Mesterséges Táplálási Társaság elnöke a különféle tápszerek felhasználását, ajánlatait hasonlította össze, kiemelve az anyatej és a tápszerek összetétele közti különbségeket. Előadásában hangsúlyozta, hogy a tápszereket egyénre szabottan kell kiválasztani. A különböző tápszergyártótól származó „HA" feliratot viselő dobozokban forgalmazott tápszerekkel készült vizsgálatok eredményeit nem szabad egy kalap alá véve elemezni és értékelni. Ma már az Európai Unió Élelmezésbiztonsági Hatósága (EFSA) is előírja, hogy minden egyes fehérjehidrolizátum biztonságosságát és klinikai hatékonyságát releváns klinikai vizsgálatokkal kell igazolni.

Veres Gábor professzor úr, a Magyar Gyermek-gasztroenterológiai Társaság elnöke a pre- és probiotikumok alkalmazásával kapcsolatos kérdéseket tekintette át az irodalmi bizonyítékok alapján. Ezt követően Molnár Dénes professzor úr, az MGYT Evidencia Bizottságának elnöke felhívta a figyelmet az első ezer napban történő helyes táplálkozás és a korai obesitasprevenció jelentőségére. Réthy Lajos főorvos, az Európai Allergológiai Akadémai magyar képviselője részletesen elmagyarázta az új allergiaprevenciós szemlélet hátterében álló evidenciákat, amelyek bizonyítják, hogy a klasszikus allergének, köztük glutén, tej, tojás, mogyoró fokozatos bevezetése már 4–6 hónapos kortól fontos, a többi szilárd táplálékkal együtt.

Az előadások zárásaként Lukasz Rebeka dietetikus hívta fel a figyelmet a szociális médiában terjedő téves szülői elképzelések veszélyére, egyben bemutatott néhány pozitív kezdeményezést, amivel gyakorlati tanácsokat tudunk nyújtani a szülők számára.

Az előadásokat követően élénk vita alakult ki a résztvevők körében. A rendezvény egy folyamat első, de nagyon jelentős lépése volt. Reméljük, hogy hamarosan be tudunk számolni a fejleményekről és egy hiánypótló, a gyakorló orvosok számára egyértelmű iránymutatást nyújtó, a korszerű csecsemőtáplálásról szóló szakmai állásfoglalásról, amit – terveink szerint – a január végén, Kecskeméten megrendezésre kerülő FIGYEGAMU konferencián ismertetünk.

Dr. Bogdányi Katalin

1: Fewtrell, M; Bronsky, J; Campoy, C; et al: Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. JPGN 2017; 64(1):119–132.

Tisztelt Hírvivő Szerkesztősége, tisztelt Olvasók!

Határozottan elutasítom a Hírvivő 2017. júliusi számában Somorjai Noémi informatikus, könyvtáros négyoldalas Homoszexualitás. LMBTI-gyermekek és -serdülők a házi gyermekorvosi ellátásban c. cikkét! Hiányoznak belőle, természetszerűleg, alapvető orvosi ismeretek.

Irodalomválasztása egyoldalú. Alaptalan és erőszakos javaslatokat tesz a gyermekek és ifjak testi, lelki, szellemi, szociális fejlődéséért nagy részt vállaló oktató és egészségügyi dolgozók felé. Ha a szerző javaslatai érvényesülnének, tovább fogyna a gyermek-, serdülő-, ifjúkorra jellemző, szexualitás nélküli, igaz, értékes, életre szóló barátságok száma. Inkább az emlegetett életformák hátrányairól, veszélyeiről kell mindenkit hitelesen tájékoztatni. Az esetek túlnyomó többségében ugyanis gyermekeink, ifjaink erőszakos vagy csábító, megtévesztő szituációk miatti lelki sérülés áldozatai, és nem testi felépítésük mássága miatt keverednek ebbe a helyzetbe. Azonban, ha megfelelő segítséget, különleges figyelmet kapnak, nem rögződik náluk életformává. Ebben a témában hasznos irodalmi hivatkozásokat találhatnak dr. James Dobson „A fiúk nevelése" című könyvének „A homoszexualitás kezdetei" című fejezetében.

Az élet törvényével szembeni haladás sajnos következményekkel jár, akkor is, ha egyesek természetesnek tartják.
A ránk bízottak egészsége, jó életminősége érdekében feladatunk a védőoltásokhoz hasonlóan, az ártó ágensek elleni aktív védekezés elősegítése.

Ehhez kívánok Mindnyájuknak kellő bölcsességet, ismeretet és szeretetet!

Tisztelettel:

Dr. Drenyovszky Irén
gyermekorvos

Hibát nem csak más követ el

Október 20–22-én a szlovéniai Velenjében tartotta őszi értekezletét az ECPCP.

Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok európai szövetségének új elnöke a spanyol Angel Carrasco lett, az eddigi elnök, Gottfried Huss főtitkárrá „avanzsált". Alelnökké az izraeli Simon Barakot választottuk, a pénzügyi vezető maradt a francia Andreas Werner, a webmaster pedig a svájci Mario Schumacher. A 18 tagszervezetet számláló szervezet 23 000 európai alapellátó gyermekorvost képvisel, és kb. évi 7 millió forintnak megfelelő euróval gazdálkodik. A HGYE három küldöttel képviselheti magát a konföderációban, az EC (Executiv Committee) tagja mostantól Kovács Ákos, a másik két delegált Altorjai Péter és Pölöskey Péter. Szövetségünk együttműködésre törekszik a két nagy európai gyermekgyógyászati szervezettel, de mind az akadémiai, mind a nemzeti gyermekorvos-társaságokat összefogó társasággal lévő kapcsolatunk „párterápiára" szorul. Egyre több munkát végzünk viszont a GPEC (Global Pediatric Education Consortium) keretén belül: a gyermekellátás területén dolgozó szakemberek egységes posztgraduális képzésének kidolgozásában, guideline-ok kialakításában a spanyol kollégák irányításával vállalunk növekvő szerepet.

A szlovén kollégákkal tartott találkozó kiemelt témája volt a fejlődés zavarainak korai felismerése és ellátása. A kétmilliós Szlovéniában évente születő 20 000 gyermek 7–9%-a igényel valamely okból fejlesztést, úgy tűnik, hogy ez ott generálisan jól szervezetten folyik. A fejlesztési igényt multidiszciplináris teamek mérik fel, a rászorulók kétharmada integrált közösségbe jár, a szülők anyagi támogatás mellett adókedvezményben részesülnek, a súlyos fogyatékkal élő gyermeket gondozók állami fizetést kapnak. Az otthonközeli, családcentrikus ellátás döntően megoldott. Csak érdekességként említjük meg azt a kuriózumot, hogy a szlovéniai gyermek-alapellátás helyszínét képező centrumokban más gyermekorvos látja el a 6 éven aluliakat és a felülieket.

Ajánlást fogadott el az ECPCP az átoltottság fokozására – szánjunk több időt a hezitálókra, a tévhitek eloszlatására, a meggyőzésre, mutassunk példát a védőoltások felvételében, éljünk jobban a média és az internet nyújtotta lehetőségekkel. Felvetődött a kérdés: kap-e ehhez minden ország gyermekellátó hálózata megfelelő támogatást a saját gyermekorvos-társaságától? Nem okozott meglepetést, hogy a posztszocialista államok kötelező oltási rendje a nyugat-európainál magasabb átoltottságot eredményez. Olaszországban szeptembertől kötelezővé tették az oltási rendbe felvett védőoltásokat, ugyanez Franciaországban 2018 januárjában várható.

Figyelmet keltett Gottfried Huss prezentációja arról, hogy foglalkoznunk kell a mindennapi hibáinkkal. Hibát ugyanis nem csak más követ el – mondta – és figyelmeztetett arra, hogy valós vagy vélt szakmai hibáinkat meg kellene beszélnünk egymás között. Ismerjük ugyan szakterületünk diagnosztikai buktatóit, mégsem lebeg mindig szemünk előtt, hogy a gyermek-alapellátásban a meningitis, a pneumónia, az akut has, az újszülöttkori szepszis, az agytumor, a heretorzió, a femurfej epiphyseolysisének megkésett felismerése, a visszamaradt here kezelésének késlekedése vezet leggyakrabban műhibaperhez. Tudjuk, hogy a pediátriában különösen gyakran zajlik atípusosan egy kórkép, hogy a tünetek sok esetben váltakozhatnak tünetmentes periódussal, hogy sok kórképet nem kísér figyelmeztető laboratóriumi eltérés, mégis hajlamosak vagyunk megfeledkezni a türelmes odafigyelés, az empatikus hozzáállás művészetéről! Vagy a mind nagyobb teret kapó digitális és telefonos konzultáció rejtett buktatóiról, esetleg annak ellenőrzéséről, hogy van-e a munkánkat támogató asszisztensnek kérdező-protokollja és végigmegy-e rajta. Tisztában vagyunk-e adott esetben, hogy egy szülővel szemben érzett, alig bevallott ellenszenv veszélyezteti a tisztánlátásunkat, hogy egy szülővel vagy asszisztenssel épp most zajlott, többnyire látens konfliktus kihat a soron következő beteg ellátására? Ismert, hogy túlhajszoltság, fásultság mellett elnézhetjük a betegséget, a gyógyszer dozírozását, a vakcinát és így tovább… Mindannyiunkkal előfordulhatott már, hogy vakcina helyett csak az oldószert adtuk be, hogy megismételtünk egy korábban már beadott védőoltást – de képesek vagyunk-e az ezekből adódó gondokat szülő, asszisztens és magunk előtt rendezni?

Az ilyen és hasonló helyzetek kezelését segítené elő a Németország mellett már máshol is több-kevesebb eredményességgel alkalmazott anonim Critical Incidence Report (CIR) bevezetése és a nehéz esetek közös és rendszeres megbeszélése.

Kádár Ferenc

Czinner Antal-díj

A gyermekorvosi alapellátás fenntartásáért és elismertetéséért végzett érdemeiért Czinner Antal-díjban részesült **Huszár András,** a HGYE 17 éven át volt elnöke.

Gratulálunk!

a HGYE vezetősége

A PREBIOTIKUM TARTALMÚ ÉS A FERMENTÁLT TÁPSZEREK KEDVEZŐ HATÁSAI

Arató András dr., Semmelweis Egyetem I. Sz. Gyermekklinika

A béltraktus nemcsak az emésztésben és felszívódásban játszik alapvető szerepet, hanem egyben a szervezet legnagyobb nyirokszerve is. A folyamatos antigén terheléssel és a pathogen kórokozókkal szemben az intestinalis nyálkahártya jelentős védelmet nyújt. Ennek a bonyolult rendszernek a kedvező irányú befolyásolásában igen fontos szerepe van a normális, bifidobaktériumokat és lactobacillusokat tartalmazó csecsemőkori mikroflórának. Az utóbbi években egyértelművé vált, hogy az anyatej bifidogén faktorának a hozzávetőlegesen az 1 g/100 ml-t kitevő neutrális oligoszacharidok tekinthetők.[1] Amennyiben anyatejes táplálásra nincs lehetőség, akkor az anyatej oligoszacharid hatásaihoz hasonló prebiotikus keveréket tartalmazó, vagy a fermentált tápszerek is képesek az anyatejesekéhez hasonló bélflóra kialakulását elősegíteni és fenntartani

PREBIOTIKUM TARTALMÚ TÁPSZEREK

Igazolást nyert, hogy a rövidszénlánú galaktooligoszacharid és hosszú szénláncú fruktooligoszacharid 9:1 arányú keverékét tartalmazó (scGOS/lcFOS (9:1)) prebiotikum szupplementációban részesült csecsemők széklete lágyabbá vált, pH-ja csökkent és a széletürítések száma is szignifikánsan gyakoribbá vált a kontroll formulával tápláltakhoz képest és hasonló volt a szoptatott csecsemőkéhez. A prebiotikummal kiegészített formulák adása mellett a széklet bifidobaktérium kolonia stimuláló egységeinek száma szignifikánsan magasabb, ezt számos korszerű módszerrel végzett mikrobiológiai vizsgálat egyértelműen igazolta. Ugyancsak megfigyelhető volt a patogén baktériumok számának csökkenése is a székletben prebiotikum tartalmú tápszer adásakor.[2,3]

Az scGOS/lcFOS (9:1) prebiotikummal komplettált tápszerek székletre és a széklet flórára való kedvező hatásai akkor is megfigyelhetőek voltak, ha azt a korai csecsemőkoron túl adták, vagyis a prebiotikum tartalmú követő formulák kedvező hatása is bizonyítást nyert. Az EC 2006/141 direktíva speciálisan a scGOS/lcFOS (9:1) prebiotikum keverék hozzáadását engedi a csecsemő formulákhoz.[4]

Az scGOS/lcFOS (9:1) prebiotikum elsősorban a bélflóra kedvező irányú befolyásolásával képesek a CD25+CD4+ pozitív regulátor T-sejteket indukálni és így elősegíteni a táplálék antigénekkel szembeni orális tolerancia kialakulását is. Az scGOS/lcFOS (9:1) keverék hozzáadása a parciális fehérje hidrolizátum tartalmú tápszerekhez fokozza azok allergia preventív hatását, ezért az Allergia Világszervezet (WAO) 2016-os irányelve javasolja a prebiotikum szupplementációt az allergia prevencióra a nem kizárólag anyatejes táplálásban részesülőkben.[5]

FERMENTÁLT TÁPSZEREK

Ezeknek a tápszereknek a tej alapanyagát legtöbbször Bifidobacterium breve és Streptococcus thermophilus baktériumokkal elegyítik. A fermentáció után a baktériumokat fizikai kezeléssel inaktiválják, a sterilizálás legtöbbször hőkezeléssel történik, de az eljárás során homogenizálással is roncsolják a baktériumokat. Tehát a fermentált tápszerek már nem tartalmaznak élő microorganizmusokat, de megtalálhatóak bennük a fermentációhoz alkalmazott baktériumok által termelt anyagcseretermékek, valamint enzimatikus hatást kifejtő proteinjei. Jelentősége van a tejsavbaktériumokból a tápszerbe kerülő nagy mennyiségű laktáz enzimnek is. A fermentáció következtében termelődő tejsav csökkenti a széklet pH-ját. Mindezek az összetevők egyrészt elősegítik a bifidus flóra kialakulását, másrészt trofikus hatást fejtenek ki a bélnyálkahártyára és csökkentik annak permeabilitását.[6]

FERMENTÁLT ÉS PREBIOTIKUMOT TARTALMAZÓ FORMULÁK KEVERÉKE

Újabb innovációt jelent a fermentált és prebiotikum tartalmú tápszerek elegyének létrehozása. Randomizált, kontrollált vizsgálatban igazolták az így előállított tápszer mellett az anyatejes csecsemőkhöz hasonlóan alakulnak a széklet paraméterek és szignifikánsan csökken a funkcionális gastrointestinalis kórképek gyakorisága, elsősorban a köldökkólika. Ugyancsak igazolást nyert, hogy a székletben emelkedik a rövidszénláncú zsírsavak és a szekretoros IgA tartalom. Kedvező hatása ennek a tápszernek, hogy alkalmazása mellett jelentősen csökken a Clostridium difficile előfordulása.[7,8]

1. Sela DA. Bifidobacterial utilization of human milk oligosaccharides. Int J Food Microbiol 2011; 149: 58-64.
2. Rao S, Srinivasjois R, Patole S. Prebiotic supplementation in full-term neonates: a systematic review of randomized controlled trials. Arch Pediatr Adolesc Med 2009;163:755-64
3. Salvini F, Riva E, Salvatici E et al. A specific prebiotic mixture added to starting infant formula has long-lating bifidogenic effects. J. Nutrition 2011, 141, 1335-1339.
4. ESPGHAN Committee on Nutrition. Supplementation of infant formula with probiotics and/or Prebiotics: A systematic review and comment by the ESPGHAN Committee of Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2011, 52, 238-250.
5. Cuello-Garcia CA, Fiocchi A, Pawankar A et al. World Allergy Organization-McMaster University Guidelines for Allergic Disease Prevention (GLAD-P): Prebiotics. World Allergy Organization Journal (2016) 9:10
6. ESPGHAN Committe on Nutrition. Fermented infant formulae without live bacteria. J Pediatr Gastroenterol Nutr2007, 44, 392-397.
7. Huet F, Abrahamse-Berkeveld M, Tims S et al. Partly fermented infant formulae with specific oligosaccharides support adequate infant growth and are well-tolerated. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2016, 63, e43-e53.
8. Vandenplas Y, Ludwig T, Bouritius T, et al. Randomised controlled trial demonstrates that fermented infant formula with short-chain galacto-oligosaccharides and long-chain fructo-oligosaccharides reduces the incidence of infantile colic. Acta Paediatr 2017, 106, 1150-1158.

Influenza

Az influenza Európában évente több millió megbetegedést, és következményesen 15 000–70 000 ember halálát okozó fertőzés, ami rövid idő alatt és évenként igen nagy egészségügyi és gazdasági terhet ró az az egyes országokra.

A kifejezett fáradékonysággal, ízületi és izomfájdalommal, magas lázzal kísért betegség csak a gyógyulási fázisában jár légúti tünetekkel, náthával. Súlyos esetben a fertőzés vírusos tüdőgyulladáshoz, magas halálozással járó neuroinfekcióhoz, bakteriális szuperinfekcióhoz vezethet. A fertőzés masszív terjesztői a gyermekek. A súlyos szövődménnyel járó fertőzések elsősorban a krónikus betegeket, illetve az újszülötteket, fiatal csecsemőket és az időseket érintik. 2016–2017-ben a betegek 41,2%-a gyermek, 31,5%-a 15–34 éves fiatal volt, a 35–59 évesek korcsoportjába tartozott a betegek 20,6%-a, 6,7%-uk pedig a 60 éven felüliek közül került ki. A korspecifikus morbiditás a 3–5 és a 6–14 évesek körében volt a legmagasabb.

Az influenza kórokozója egy RNS vírus, az emberi és állati megbetegedést egyaránt okozó „A", és a kizárólag humán megbetegedést okozó „B" törzs változó intenzitással együtt cirkulál a világban. A vírus genom mutációjának következtében megváltozó antigenitás (antigén-drift) szezonálisan ismétlődő járványokhoz vezet. Az egy szezonon belül is változékony antigén-összetétel miatt a 2016/2017-es szezonban a vakcina hatékonysága az USA-ban 43, az EU államaiban pedig csak 38%-osnak bizonyult. Az influenza A és B vírusok hasonló fokú változékonyságot mutatnak.

A 2013–2014-es szezontól a WHO javaslatot tett arra, hogy az eddig alkalmazott trivalens vakcinát, amely az influenza A vírus két altípusa mellett egy B törzset tartalmaz, egészítsék ki egy újabb B törzzsel, így a kvadrivalens vakcina már az influenza B vírus mindkét filogenetikai vonalához tartozó Yamagata- és Victoria-like törzset is tartalmazza. A Nemzeti Referencia Laboratórium mérései szerint az utóbbi években a B törzsek etiológiai szerepe Magyarországon is növekedett. (A 2015/2016-os szezonban az influenza B volt a domináns (72,4%), ezen belül az európai adatokkal egyezően, a Yamagata vonal képviselői domináltak. A járványügyi, virológiai adatok alapján a 4 komponensű influenza elleni oltás ezért mindenképpen előnyös.

Mit várhatunk az influenzavakcinától? Bár a páciens teljes védettséget remél, egészséges felnőtteknél csak 50–80%-os sikerrel kerülhető el a betegség, viszont az oltott idősek körében 70–85%-kal csökkenhet a halálozás, illetve a súlyos szövődmények száma. A védőoltással 28%-kal csökkenthető a szezon alatti halálozás, és 79%-kal a kórházi felvétel. A cardiovascularis alapbetegségben szenvedőknél szisztémás infekció esetén ötszörösére emelkedik az akut szívroham előfordulása, ez azonban védőoltással a felére csökkenthető. A betegségük, életkoruk, áldott állapotuk miatt veszélyben lévők oltása mellett a fertőzés terjesztését fenntartó gyermekpopuláció átoltása vezethet sikerhez. A várandós nőket, az egészségügyieket (és közöttük a várandós- az újszülött- és csecsemőgondozást végző védőnőket) térítésmentesen lehet influenza ellen oltani.

Az EMA szabályzata szerint egy spektrumbővítés után az új készítmény bevezetését immunogenitási és biztonságossági vizsgálat kellett hogy megelőzze. A kvadrivalens vakcinával végzett multicentrikus klinikai vizsgálatok eredményei alapján folyamatban van a Vaxigrip Tetra alkalmazási leiratának módosítása, miszerint a vakcina a jelenlegi 3 éves életkor helyett már 6 hónapos kortól lesz alkalmazható. 9 évesnél fiatalabbak primovakcinációja esetén 2 oltás szükséges, minimum 4 hetes időközzel.

Az OGYÉI tájékoztatása szerint hároméves kor alatti, egészséges gyerekek részére a kezelőorvos kérelmezheti a trivalens Vaxigrip vakcina egyedi importbeszerzését, illetve a Vaxigrip Tetra jelenleg még „off label" alkalmazás mellett is dönthet. Az OGYÉI azonban ezt az indikáción túli alkalmazást egyedi hatósági engedélyezéshez köti, amelyet minden egyes esetben az oltó orvosnak kell kérelmeznie. (www.ogyei.gov.hu/indikacion_tuli_gyogyszerrendelés/)

Dr. Kulcsár Andrea

Irodalomjegyzék a szerkesztőségben

Fejlődésneurológiai tájékozodó vizsgálat

Letölthető a kisgyermekkori pszichomotoros fejlettséget jól tükröző, a jelenlegi védőnői adatlapoknál könnyebben áttekinthető, az egyszerűbben edukált szülők számára is könnyen értelmezhető, orvosilag jól értékelhető szülői kérdőív:
www.koragyermekkor.hu/szuloi_kerdoiv/letoltheto

Amennyiben a fizikális vizsgálat megerősíti a gyanút, 18 hónapos kor alatt fejlődésneurológiai, felette – a tünetektől függően – neurológiai, gyógypedagógiai, pszihológiai, vagy szakértői bizottság előtti vizsgálat szükséges.

Dr. Scheiber Dóra

A Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság Vakcinológiai Szekciójának és a Házi Gyermekorvosok Egyesületének szakmai állásfoglalása a 6–35 hónapos, egészséges gyermekek Vaxigrip Tetra oltóanyaggal történő influenza elleni immunizálásáról

Az alábbiakban az állásfoglalás rövid kivonatát ismertetjük, ennek teljes szövege a HGYE honlapján (www.hgye.hu) érhető el.

Az állásfoglalás kiemeli, hogy a hazai és nemzetközi ajánlások egyaránt egyértelműen megfogalmazzák a 6 hónaposnál idősebb egészséges, illetve krónikus beteg gyermekek szezonális influenza elleni védőoltásának indokoltságát. A 2017/18-as szezonban a kormányhivatalok biztosítják ugyan a 6 és 35 hónap közötti, krónikus betegségben szenvedő, fokozott rizikócsoportba sorolt csecsemők és kisdedek térítésmentes immunizálását, ez a vakcina azonban idén már nincs gyógyszertári forgalomban.

Közforgalmú gyógyszertárakban az ún. hasított vírust tartalmazó (split) vakcinák közül a négy komponensű Vaxigrip Tetra (Sanofi Pasteur) szuszpenziós injekció áll a lakosság rendelkezésére, ez a vakcina azonban jelenleg csak a 3 év feletti korosztály részére van törzskönyvezve. Bár az ilyenkor szükséges klinikai hatékonysági és biztonságossági vizsgálatok lezárulását követően a gyártó kezdeményezte az indikációban szereplő korosztály szélesítését a 6–35 hónaposokra, a folyamatban lévő eljárás várható lezárulásának ideje 2018. február–március.

Magyarországon tehát a 2017/18-as influenzaszezonban nem lesz gyógyszertári forgalomban 3 év alatti egészséges gyermekek számára alkalmazható influenza elleni vakcina. A 6–35 hónapos csecsemők és kisdedek oltása a jelenleg közforgalmú gyógyszertárakban hozzáférhető Vaxigrip Tetra vakcinával indikáción túli, ún. „off label" alkalmazás keretében történhet.

Az európai uniós joggyakorlat ezt az „off label" alkalmazást egyedi hatósági engedélyezéshez köti. Nem életszerű azonban azt elvárni, hogy a légúti szezonban ezt a precíz, de hosszadalmas és bürokratikus eljárást az alapellátó orvosok egyedileg, minden oltandónál elvégezzék.

A Vaxigrip Tetra oltóanyagnak megfelelő összetételű vakcina több fejlett országban forgalomban van és rendelkezésre áll a 3 év alatti korosztály számára is, hatékonyságát és biztonságosságát megbízható klinikai vizsgálatok igazolják. Ezeket a vizsgálatokat az Európai Gyermekinfektológiai Társaság kongresszusán (ESPID, 2017) is bemutatták.

Az állásfoglalás hangsúlyozza, hogy az ajánlott védőoltások alkalmazásával kapcsolatos döntés minden esetben az oltó orvos felelőssége, amelyet a szakma szabályai, a hatályos jogszabályok és az orvosi hivatás hippokratészi elvei alapján, minden esetben egyedi mérlegelést követően, a szülő/gondviselő beleegyezésével kell meghoznia.

Az előbbiekben vázolt szakmai megfontolások alapján a Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság Vakcinológiai Szekciója és a Házi Gyermekorvosok Egyesülete tudományos-szakmai munkacsoportja egyértelműen támogatja a Vaxigrip Tetra alkalmazását 3–35 hónapos életkorban is, a 3 év felettiekével azonos indikációban.

Az ajánlást Mészner Zsófia dr. med habil, és Kulcsár Andrea dr., a Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság vezetőségi tagjai, valamint a HGYE részéről Kovács Ákos dr., a tudományos-szakmai munkacsoport vezetője készítették.

Praxisok

ELADÁS

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

Balatonfüreden házi gyermekorvosi praxis saját, jól felszerelt rendelővel eladó. Szakképzett, precíz asszisztencia biztosított. Nyugdíjba vonulási szándék miatt keresem gondos utódomat. Praxislétszám: 650 fő.
Elérhetőség: +36 30 219 7360

Gyálon 1300 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Budapestről kijárással ellátható, ügyeleti kötelezettség nincs, helyettesítés viszonossági alapon történik. Kiváló asszisztens biztosított. Elérhetőség: +36 30 922 5839

Dunabogdányban 1250 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet hétköznapokon és hétvégéken is megoldott. Praxislétszám: 1250 fő.
Elérhetőség: +36 20 240 8941

Budapest III. kerület centrumában gyermekorvosi praxis eladó nyugdíjba vonulás miatt. Kártyaszám 440 fő. Központi éjszakai ügyelet megoldott. Irányár megegyezés szerint. Elérhetőség: +36 20 958 3558

Pesterzsébeten, családi házas övezetben 600 fős, könnyen továbbfejleszthető házi gyermekorvosi praxisjog 1000 Ft-ért* eladó.
A praxishoz nem tartozik ügyeleti, ill. iskolaorvosi ellátási kötelezettség. Felújított, klimatizált, jól felszerelt, gyorsan megközelíthető rendelő, lelkiismeretes, kedves asszisztencia. A helyettesítés megoldott.
*A praxisjog megvételéhez az OEP pályázati úton vissza nem térítendő támogatást nyújt, a részletekért kérem, keressen!
Tel: +36 30 230 1566. E-mail: kingapeter@freemail.hu

Budapesttől 30 km-re 1100 kártyás házi gyermekorvosi praxis kedvező áron átadó. Modern szakrendelőben, központi ügyelettel. A rendelőt közösen használjuk a kolléganővel. Asszisztencia megoldott. Praxislétszám: 1100 fő. Elérhetőség: +36 20 333 5671

Budapest II. kerületi gyermekorvosi praxis eladó! Kiváló elhelyezkedésű, felújított rendelőben, az ott dolgozó orvos halála miatt gyermekorvosi praxis áron alul eladó. Aktuális kártyaszám 730 db, területi ellátási kötelezettség van, ügyeleti kötelezettség nincs. A praxisban tapasztalt, jól képzett asszisztensnő is dolgozik. A vásárláshoz igénybe vehető az OEP vissza nem térítendő támogatása. Elérhetőség: +36 70 250 6367 vagy nelhubelagi@hotmail.com

Eladó **Pesthidegkúton**, a Hunyadi J. utcában egy 700 fős házi gyermekorvosi praxis. Ügyeleti kötelezettség nincs. A praxisban képzett asszisztens dolgozik. Ár megegyezés szerint. Elérhetőség: +36 30 516 7042, +36 20 478 6464

Szombathelyen lakótelepi, bérelt rendelőben, alacsony rezsivel működő házi gyermekorvosi praxis eladó. Központi ügyelet van, amelyben kötelező a részvétel. Érdeklődni lehet telefonon: +36 20 920 7533

Pakson, 760 fős házi gyermekorvosi praxis eladó. Érdeklődni lehet hétköznap 18 óra után, hétvégén egész nap a 30 969 8767-es telefonszámon.

Budapest XVII. kerületében, 550 fős gyermekorvosi praxis, nyugdíjba vonulás miatt, 2019.01.01-vel eladó. Elérhetőség: +36 20 330 9962

Kedves Kollégák! Korom miatt szeretnék elmenni, pihenni, ezért keresek utódot. **Kisvárda** nagyon szép, fejlődő város, egyszerű és jó emberekkel. Gyertek ide dolgozni! Praxislétszám: 800 fő. Elérhetőség: +36 20 823 5120

Miskolcon házi gyermekorvosi praxis eladó nyugdíjba vonulás miatt. 36 évig egy kézben volt. A rendelő új egészségházban működik, háziorvosi és házi gyermekorvosi praxisokkal, és néhány szakrendelővel együtt. Ügyeleti kötelezettség nincs, a helyettesítés is praktikusan megoldható. Jól képzett, ügyes asszisztensnő. Elérhetőség inkább az esti órákban a +36 20 441 2909-es telefonszámon.

Kispesti gyermekorvosi praxis wekerlei körzettel, felújított, saját rendelővel eladó. Praxislétszám: 600 fő. Elérhetőség: +36 20 966 0014

Budapesti, középső-ferencvárosi gyermekorvosi praxisba keresek kollégát, 5 gyerekorvossal működő önkormányzati tulajdonú rendelőbe eladás (helyettesítés) céljából. A praxis (körzet) 40 éves, jól bejáratott és alacsony működési költséget igényel. Ár megegyezés szerint. Praxislétszám: 961 fő. Elérhetőség: drbuzasi@drbuzasi.hu

Zalaegerszeg virágos belvárosában nyugdíjba vonulás miatt egy 700 főt ellátó gyermekorvosi praxis eladó. A rendelő jól felszerelt, teljesen felújított és klimatizált. A helyettesítés megoldott és a városban központi gyermekügyelet is van. A praxis megvételéhez a NEAK vissza nem térítendő támogatást nyújthat. Érdeklődni a +36 30 512 1200 telefonszámon lehet.

Pécs belvárosában, részben családi házas környezetben, labor és röntgen közelségében, felújított és tágas (váró, konzultációs helyiség, pihenőszoba, szoptatószoba) saját tulajdonú ingatlannal gyermekorvosi praxis eladó. Az ingatlanban akár két rendelő kialakítása is lehetséges. Bérlés is szóba jöhet. Könnyű parkolási lehetőség, központi ügyelet szervezett, váltótárs-helyettesítés. A rendelés és a tanácsadás időpontra történik, bejáratott beteg-előjegyzési rendszer. Praxislétszám: 600 fő.
Elérhetőség: +36 30 217 5025

Veszprémben jó adottságú felújított rendelőben házi gyermekorvosi praxis eladó. Praxislétszám: 1020 fő. Központi ügyelet van, de nem kötelező a részvétel. Elérhetőség: +36 30 526 5121

Újfehértón eladó 1100 kártyás gyermekpraxis saját rendelővel.
Ár megegyezés szerint. Elérhetőség: +36 30 857 6028

Óbuda határában, **Pilisborosjenőn** házi gyermekorvosi praxis eladó. Budapestről való kiköltözések miatt folyamatosan bővülő település. Praxislétszám: 600 fő. Elérhetőség: +36 70 312 8587

Szombathelyen eladnám praxisomat, amelynek zömét csecsemők és óvodáskorúak alkotják. Jellemzője az „egy orvos, egy rendelő". Sok szempontból nagyon jó helyen van. Praxislétszám: 700 körül. Érdeklődni telefonon, főleg az esti órákban. Elérhetőség: +36 30 650 7310

HELYETTEST KERES

Nem állandó jelleggel, megbeszélés szerint helyettesítő gyermekszakorvost keresek. Később praxis átadása is szoba jöhet. Praxislétszám: 1150 fő.
Elérhetőség: +36 30 999 3189

HELYETTESÍTÉST VÁLLAL

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

A praxishirdetés feladására a HGYE honlapján keresztül van lehetőség: www.hgye.hu
A hirdetés az éves tagdíjat fizetett HGYE-tag részére ingyenes, és 6 hónapig jelenik meg a honlapon.
Aki nem tagja egyesületünknek, annak ugyanez havonta 4 000 Ft + áfa, önkormányzatoknak 9 000 Ft + áfa költséget jelent.

A HGYE

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

Bankszámlaszáma: 11713005-20419448

Honlap: www.hgye.hu

Ügyvezető: Dr. Erdélyi István
Titkár: Fekete Éva

mediconsult

A jogsegélyszolgálat címe és telefonszáma:
Mediconsult Egészségügyi Tanácsadó, Szervező és Szolgáltató Kft.
1136 Budapest, Herzen u. 6. III. em. 3.
Tel.: +36 20 944-3540, fax: +36 1 339-3704, e-mail: mediconsult.kft@chello.hu
Várjuk megkeresésüket minden pénteken 14 és 16 óra között.

HÍRVIVŐ

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