HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

XXVI. évfolyam
2021/1. szám

Tartalom

SZAKMAPOLITIKA ÉS ÉRDEKVÉDELEM

Szerepünk és helyünk a COVID elleni oltásban 4

INTERJÚ

Miért fogadtam el a jelölést a HGYE alelnöki pozíciójára? 5

Az alapellátó gyermekorvosok érdekképviseletében is szeretnék aktívan részt venni 7

A HGYE új vezetőségi tagjai 10

HÁZUNK TÁJA

Rutin-köldökápolás a területi védőnők és az alapellátó gyermekorvosok gyakorlatában 12

NAPRAKÉSZEN

Cöliákia Közép-Európában 14

A gyermekek elleni erőszak: felismerés, jogok, teendők 15

GONDOZZUK KERTJEINKET!

Sokszervi gyulladás gyermekekben COVID-19-fertőzés után 19

TÉNYLEG A LÉNYEG

Végtagfájdalom differenciáldiagnosztikai kérdései az alapellátásban 23

Alacsony kockázatú fejsérülést elszenvedett gyermekek ellátása 27

A VILÁG EGYETEM

Az európai gyermekgyógyászat jövője, a jövő Európájának gyermekgyógyászata 31

PRAXISMENEDZSMENT

Gondolatok a távkonzultációról 34

JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT

2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról 38

Médiatámogató: OBSERVER

Impresszum

Házi Gyermekorvosok Egyesülete

Cím: 1133 Budapest, Ipoly u. 5/E
Telefonszám: 1 3300 900
Emailcím: hgye@mail2000.net
Bankszámlaszám: 11713005-20419448
Honlap: www.hgye.hu

A magazin szerkesztőbizottságának tagjai:

Dr. Havasi Katalin
Szakmapolitika és érdekvédelem; Interjú

Dr. Kovács Ákos
Gondozzuk kertjeinket!; Tényleg a lényeg; Házunk tája; Naprakészen

Dr. Erdélyi István
Jogsegélyszolgálat

Dr. Kollár László
Tagsági vélemény

Dr. Pátri László
Praxismenedzsment

Dr. Altorjai Péter
A világ egyetem

Braun Helga
Egyesületi hírek; Hirdetések

A JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT ELÉRHETŐSÉGE:
jogsegely@hgye.hu

HÍRVIVŐ
A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

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

Amennyiben a magazinnal kapcsolatosan kérdése, észrevétele van, írja meg az alábbi emailcímre: **hgye@mail2000.net**

Kiadó: Házi Gyermekorvosok Országos Érdekképviseleti és Szakmai Egyesülete

Felelős kiadó: Dr. Havasi Katalin, elnök

Lapigazgató: Braun Helga

ISSN szám: 1417-0795

Dizájn, nyomdai munkák:
PRESENT Kft.
1222 Budapest, Borkő u. 4-6.

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2021-ben:

BioGaia · NUTRICIA LIFE-TRANSFORMING NUTRITION · Nestlé Nutrition · Pfizer

Dr. Póta György | házi gyermekorvos, a Házi Gyermekorvosok Egyesületének korábbi elnöke, Budapest

Szerepünk és helyünk a COVID elleni oltásban

Ha meg kellene nevezni azokat a szakmákat, amelyet a leginkább foglalkoznak az oltásokkal, a tagjaiknak kell a legtöbbet tudniuk az oltásokról, akkor a házi gyermekorvosok az infektológusok után előkelő helyet foglalnának el. Nincs ez másként a mostani, koronavírus sújtotta helyzetben sem, pedig ez most egészen speciális körülmény.

Eddig minden esetben hosszú évek munkája vagy többéves külföldi használat után került be Magyarországon az oltási naptárba ajánlottként vagy kötelezőként egy oltás. Számunkra hiteles szakemberek előadásait meghallgatva, az oltóanyaggyártó ismertetéseit elfogadva javasoltuk az oltást a szülőknek.

A jelenlegi helyzetben viszont először is az a kérdés, hogy mi, házi gyermekorvosok oltassuk-e be magunkat elsők között, hiszen a hiteles szakemberek sem tudnak mindent biztosan. Mindenki mond valamilyen tudományos alapon álló igazságot, de senki sem tudhatja, hogyan fog hatni, működni, mert nincs, még nem lehet tapasztalat.

Oltassuk be magunkat? Mindenképpen!

Láttuk tavasszal, milyen sérülékeny a házi gyermekorvosi ellátás. A rizikócsoportba tartozók felmentést kaptak a közvetlen betegellátás alól, és máris az alapellátók közel fele hiányzott. Ezt nem engedhetjük meg még egyszer. Védenünk kell magunkat. Számtalan szigorítást kellett bevezetni a napi munkánk során, hogy mi ne fertőződhessünk meg, és ne is fertőzhessünk meg egészséges csecsemőket, családokat. Oltassuk be magunkat, hogy ne jelentsünk potenciális veszélyt az ellátottakra!

Kettős felelősség.

A jó házi gyermekorvos véleményét a család mindig kikéri, minden egészségügyi kérdésben. Mi vagyunk a hitelesek, és mi még válaszolunk a kérdéseikre, ezt máshol nem nagyon kapják meg. Most is minket kérdeznek majd meg, oltassák-e be magukat. Csak az tud meggyőzni valakit az oltás fontosságáról, aki maga is hisz benne. Úgy, hogy egyelőre nem a gyerekének az oltásáról kell döntenie, hanem a sajátjáról. Tudjuk, hogy a fiatal felnőttek, a szülők korosztályában a legkisebb az oltási hajlandóság. Ezen változtatni kell, és mi, házi gyermekorvosok is tudunk rajta változtatni.

Ahhoz, hogy megfelelő bizalmunk legyen az oltás iránt, szükséges, hogy érzelmektől, politikától mentes, gyakorlati kérdésekre választ adó információval rendelkezzünk. A HGYE feladata és felelőssége, hogy a rendelkezésre álló információkat eljuttassa a kollégáknak. Eddig is igyekeztünk megtenni mindent, ezután is meg fogunk tenni mindent, hogy ebben a zavaró, egymásnak is ellentmondó hírdömpingben a házi gyermekorvosok megkapják a mérvadó szakemberek véleményét.

Mindenki vegye fel az oltást, javasolja minden hozzá fordulónak, és reméljük, hamarosan a ránk bízott 18 év alatti korosztály is részesülhet az oltásban.

Mert szerepünk, és feladatunk van abban, hogy az élet újra normális mederben folyhasson tovább.

Dr. Kovács Ákos | **házi gyermekorvos, a HGYE szakmai alelnöke**, Hernád

Miért fogadtam el a jelölést a HGYE alelnöki pozíciójára?

Személyes, baráti vagy kollegiális beszélgetések során az elmúlt hetekben többen feltették nekem ezt a kérdést. Amikor a válaszomat én is néhány kérdéssel kezdtem, beszélgetőtársaim először inkább meglepődtek, aztán úgy láttam, kicsit maguk is elgondolkodtak. Legtöbbször úgy éreztem, hogy végül megkapták a választ a kérdésükre.

Úgy döntöttem hát, hogy a Hírvivő megkeresésére hagyományos interjú helyett inkább felteszem az olvasóknak is ezeket a kérdéseimet, amelyek, pontosan tudom, nem csak az enyémek, a novemberben megválasztott vezetőség több tagja is hozzám hasonlóan érez és gondolkodik. Biztosan lesznek azonban az olvasók között olyanok is, akik számára ezek a kérdések mellbevágók, vagy egyszerűen csak idegennek érzik őket. Tőlük elnézést kérek, bántani senkit nem szándékoztam. Akinek nem inge, kérem, ne vegye magára. Akkor hát, vágjunk bele!

Mondd, ébredtél már úgy, hogy megint itt van egy újabb nyomorúságos hétfő reggel? Amikor be kell menned a rendelőbe, és megint kezdődik az egész mókuskerék, amiből már eleged van, mégis meg kell próbálnod ismét türelmesen mosolyogni mindenkire? A rendelőbe, ahol valójában nagyon egyedül érzed magad, ahol senki nincs, akivel megbeszélj egy problémás beteget, akivel megoszthatnád a szakmai, emberi dilemmáidat? Ahonnan évek óta akár csak néhány napra sem tudsz elmenni szabadságra vagy egy-egy komolyabb továbbképzésre? Ahol az időd jó része felesleges és értelmetlen igazolások írogatásával telik? Ahol úgy érzed, hogy a napi munkád túlnyomó részét egy jól képzett asszisztens éppúgy el tudná látni, mint te?

Ezért tanultál végig éjszakákat a gyerekek mellett? Ezért tettél le akár két-három szakvizsgát, hogy egy héten a legnagyobb esemény az legyen számodra, ha kifogsz egy valódi beteget? Érezted már, hogy tehetetlen vagy az értelmetlen, bénító, dilettáns szabályozások tömegével szemben? Érezted már, mennyire arcpirító az asztalodra dobott, összegyűrt ötszázforintos?

Érezted már, hogy magad vagy, hogy nincsenek valódi szakmai szabályok, nincsenek követelmények, nincs senki, aki megkérdezné, hogy mit miért adtál ennek vagy annak a betegnek? Hogy senki nem törődik a munkád szakmai minőségével? Zavar, hogy nincsenek egységes kezelési elvek, szakmai protokollok, amelyek alapján dolgozhatsz, amelyek segítenének, hogy minőségi munkát végezhess, így lényegében csak a saját lelkiismereteddel kell elszámolnod?

Zavar, hogy ezzel együtt mindenki beleszól a munkádba, és felszólít, hogy értelmetlen papírokat gyárts, a jegyző, az igazgató, az óvónő, az edző, a védőnő, a postás, a rendőr, a nagymama, a szomszéd, a házmester és a kéményseprő? Rossz kedved lesz attól, hogy hülyének néz és kihasznál a magánrendelő szakorvosa? Hogy minősíthetetlen hangon aláz meg a beteged előtt a nálad harminc évvel fiatalabb klinikai rezidens?

Érezted már, hogy szeretnéd ezt másként csinálni?

Szeretnél nap mint nap valóban szakorvosi képzettségednek megfelelő minőségű munkát végezni? Szeretnéd, ha elegendő időd lenne a betegeiddel empatikus, odaforduló, hosszú távú bizalmi viszonyt fenntartani? Ha több időd jutna egy-egy betegre? Részletesebben szeretnél foglalkozni a krónikus betegeid gondozásával? Szeretnéd a sürgős ellátást igénylőket magasabb szinten helyben ellátni, és nem az ajtóból kórházba küldeni?

Szeretnél az igazolások helyett a jelenleginél sokkal több valódi prevenciós tevékenységet végezni? Szeretnéd, ha több időt tudnál szánni a csecsemők szüleivel való minőségi, bizalmi kapcsolat kialakítására, számukra a jelenleginél több, részletesebb, valóban hasznos tanács adására? Szeretnél a kamaszokkal gyakrabban őszintén, érdeklődőn, odafordulóan elbeszélgetni?

Érezted már kilátástalannak a helyzetedet? Érezted már úgy, hogy beszorultál egy mókuskerékbe, amelyből talán már soha nem fogsz tudni kilépni? Hogy bebetonoztad magad egy praxisba, ahol nincs mozgástered, ahol magadra maradtál, és nem látod, hogyan tudnál belőle kimozdulni?

Változtatni szeretnél, de legbelül érzed, tudod, hogy egyedül erre nem vagy képes.

Egyedül nem.

Többen azért dolgozunk ebben az egyesületben, hogy te is megérezd: nem vagy egyedül.

Hidd el, sokan vagyunk, akik hasonlóan érzünk, mint te. Sokan vagyunk, akik szeretjük a szakmánkat, a hivatásunkat. Szeretjük a gyerekeket, és szeretünk gyógyítani. Úgy gondoljuk, hogy értünk hozzá, és hiszünk magunkban.

Szeretnénk minél több gyereket egészségben, biztonságban nevelkedni látni. A hozzánk fordulók többségét kórházba küldés nélkül meggyógyítani, de akit valóban szükséges, azt időben a megfelelő helyre irányítani.

Szeretnénk napról napra kicsit jobban csinálni azt, amit csinálunk, amihez értünk, amit hivatásunknak választottunk, amit annyi éven át tanultunk. Szeretnénk folyamatosan képezni magunkat, követni a szakma fejlődését, átvenni egymás jó megoldásait. Szeretnénk gondozni a kertjeinket.

Szeretnénk kihasználni a speciális többletképzettségünket, szakvizsgáinkat. Szeretnénk kölcsönösen segíteni, kiegészíteni egymás munkáját. Szeretnénk, ha az országban minden gyerek válogatás nélkül hozzáférne ahhoz a minőségi ellátáshoz, amelyet igazán csak tőlünk, gyermekgyógyász szakorvosoktól kaphat meg.

Szeretnénk a kórházban dolgozó kollégáinkkal kölcsönös tiszteleten és megbecsülésen alapuló szakmai kapcsolatot fenntartani. Szeretnénk egy szakmai közösség előnyeit kihasználni, megtartva azonban a saját betegeinket. Szeretnénk a hozzánk tartozó, bennünk bízó pácienseink egészségi állapotával kapcsolatos döntéseket egymás speciális tudásának közös felhasználásával, de önállóan meghozni, ellátásukért személyes felelősséget vállalni.

Szeretnénk a munkánk minőségét tovább emelni a társszakmák képviselőinek bevonásával, szeretnénk, ha minél több szakmai kompetenciát és kapacitást helyben, kórházba, szakrendelőbe irányítás nélkül tudnánk kihasználni. Szeretnénk több asszisztenst alkalmazni, a védőnők munkáját a sajátunkkal sokkal hatékonyabban összehangolni.

Mindezzel a ránk bízott gyermekek egészségét, biztonságát, a szülők megelégedettségét az alapellátás szintjén folyamatosan javítani.

Szeretnénk reggelente lelkesedéssel telve és kipihenten munkába indulni, esténként az elvégzett munkával elégedetten hazatérni. Hétről hétre, évről évre kicsit mindig fejlődni tudásban, érzékenységben, pontosságban.

Szeretnénk magunkat jól érezni, azt érezni, hogy amit végzünk, az jó és fontos, és érezni a megelégedettséget, hogy valóban jól végezzük. Legbelül arra vágyunk, hogy nem múló szenvedélyt tápláljunk a hivatásunk iránt. Szeretnénk átélni a személyes kiteljesedés érzését, hogy munkánk révén valami nagyobb egészhez tartozunk, hogy egy saját személyünkön túlmutató ügy részeseinek érezhetjük magunkat. Szeretnénk, ha gyermekeinknek büszkeség csillogna a szemükben, amikor a tanár néni kérdésére az iskolában azt válaszolják, hogy „az én anyukám gyermekorvos".

Ha nem változtatunk irányt, előbb-utóbb elérünk oda, ahová éppen tartunk. Miért ne próbálnánk meg együtt? Miért elégednénk meg egy meg nem élt élet érzésével? Miért ne érdemelnénk többet ennél? És a ránk bízott gyerekek miért érdemelnének kevesebbet?

Ez az egyesület eddig nem volt olyan állapotban, hogy ebben a változásban igazán a segítségünkre lehetett volna. Tegyük hát olyanná együtt, csináljuk meg, találjuk ki közösen a magunk és egymás számára!

Ha mi nem állunk ki magunkért, akkor ki fog kiállni értünk? És ha nem most, akkor mikor?

Hát, nagyjából ezért.

Dr. Kovács Ákos
a Házi Gyermekorvosok Egyesületének alelnöke

1987-ben diplomáztam a Semmelweis Egyetemen. Csecsemő- és gyermekgyógyász-szakvizsgámat a Bókay utcai gyermekklinikán tettem le, majd a II. sz. Szülészeti Klinika Perinatális Intenzív Centrumában dolgoztam, ahol neonatológiai szakvizsgát tettem.

Néhány évig egy lélegeztetőgépeket gyártó amerikai vállalatnál szakmai továbbképzéseket szerveztem és vezettem, nemzetközi szimpóziumokon oktattam respirációs terápiát Európában és Ázsiában. 2005-ben az Egyesült Királyságban egy klinikai kutatási programot vezettem.

2006-tól vagyok házi gyermekorvos Hernádon, Pest megyében. Praxisomban a magas szakmai minőséget modern, gyermekbarát megjelenéssel próbálom ötvözni. Fontosnak tartom egyfelől a folyamatos, evidenciákon alapuló önképzést, másfelől a szülőkkel, betegekkel való partneri viszony kialakítását, a hiteles, nyílt kommunikációt.

2012 óta vagyok a HGYE vezetőségi tagja, 2020-ban az egyesület alelnökévé választottak. Fő feladatom az egyesület szakmai és tudományos tevékenységének koordinálása, a Hírvivő szakmai rovatának szerkesztése, szakmai továbbképző programok szervezése. Emellett a Magyar Gyermekorvosok Társaságának is vezetőségi tagja, a Gyermekgyógyászat folyóirat alapellátási rovatvezetője vagyok. Pest megyei kollegiális szakmai vezetőként igyekszem a területen dolgozó kollégákkal rendszeres kapcsolatot tartani. Részt vettem a Házi Gyermekorvosi Szekció, majd a Biztos Kezek Alapellátó Gyermekorvosok Szakmai Társaságának megalakításában is. Az Európai Alapellátó Gyermekorvosok Szövetségében (ECPCP) a magyar delegátus vezetője vagyok, így rálátok a szakma nemzetközi helyzetére is.

Braun Helga |

Az alapellátó gyermekorvosok érdekképviseletében is szeretnék aktívan részt venni

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete életében eljött a megújulás, a fiatalítás ideje. Véleményük szerint új lendületre, szemléletre van szükség az alapellátásban is, így 2020 novemberében – első lépésként – megújították vezetőségüket. Az általános alelnöki székbe egy fiatal, ambiciózus kollégát választottak, bízva benne, hogy személyisége, hozzáállása új lendületet ad az alapellátó gyermekorvosi szakmának. Dr. Losonczi Lászlóval, a HGYE új alenökével beszélgettünk.

Megválasztása előtt a Biztos Kezek Alapellátó Gyermekorvosok Tudományos Társasága főtitkára volt, a következő négy évben pedig a HGYE általános alelnöke lesz. Hogyan éli ezt meg?

A BKGYT azzal az igénnyel indult útjára lassan két éve, hogy olyan hiánypótló, egységes tudásbázist hívjon életre, amelynek két fontos pillére van: szakmai útmutatók a gyermekorvosoknak és szülői edukációs anyagok, amelyek a pácienseket és szüleiket korrekt ismeretanyaggal látják el. Megtiszteltetés volt számomra, hogy az alapítók alkalmasnak tartottak a titkári tisztség betöltésére, és örömmel vállaltam a feladatot. Tavaly nyáron megkeresett dr. Kovács Ákos kollégám, hogy vállalnám-e a HGYE következő vezetőségében az egyik alelnöki posztra való jelöltséget. Teljesen váratlanul ért a kérdés, és napokig mérlegeltem magamban, mire végül igent mondtam a megtisztelő lehetőségre. A szűkebb környezetem működésének jobbá tételéből már korábban is igyekeztem aktívan részt vállalni, és az alelnökséggel, úgy éreztem, nagyobb léptékben is hozzájárulhatok ahhoz, hogy az alapellátó gyermekorvosok szava eljusson a megfelelő szervezetekhez, illetve döntéshozói szintekhez. Mindennek pedig kiváló összetételű vezetőség tagjaként válhattam részesévé, ami szintén szerepet játszott döntésemben. Természetesen tisztában voltam azzal, hogy korábbi vezetőségi tagság híján megválasztásom kérdéses, de a küldöttek végül bizalmat szavaztak, hogy a következő ciklusban ebben a pozícióban szolgálhassam a hazai alapellátó gyermekorvosokat.

Mi lesz a feladata általános alelnökként?

Jelenleg az operatív tevékenységek koordinálásáért felelek, így például feladatom a vezetőségi megbeszélések szervezése, lebonyolítása, s aktívan részt veszek a sajtófigyelésben, naprakészen követem a friss jogszabályokat, és a HGYE-tagokkal való levelezésből is részt vállaltam. Lévén ez új pozíció, idő kell, amíg megtalálja a „saját helyét", és a pontos feladatköröm kikristályosodik, de alapvetően a felsoroltak mentén látom a jövőbeni feladatomat.

Milyen szakmai elképzelései, céljai vannak a következő négy évre? Hogyan fog neki?

Jelenlegi teendőim mellett az alapellátó gyermekorvosok érdekképviseletében szeretnék aktívan részt venni. Aktuálisan is rengeteg a tennivaló e téren, akár a területen dolgozó gyermekorvosok hatáskörének bővítési lehetőségeire, akár a csoportpraxisok kialakításának részleteire vagy a mindennapi munkánkat megnehezítő felesleges adminisztratív teendők optimalizálására gondolunk – természetesen a regionálisan jelentkező különbségek, sajátosságok figyelembevételével. Mindezen kihívások megoldása érdekében már jelenleg is jelentős munka zajlik, amelynek eredményeként biztató folyamatok indultak el, de további megbeszélések, tárgyalások vannak folyamatban; jelenleg az ezeket előkészítő munkákban is aktív szerepet vállalok.

A HGYE új vezetőségének egyik célja az ön korosztályának, a fiatal kollégáknak a bevonása a szervezet döntéshozatalába, munkájába. Mire számíthatunk ezen a téren?

Az egyesület vezetőségébe többen is ugyanazon generáció képviselőiként kerültünk be. Többükkel beszélgetve azt látom, hogy a tapasztalt kollégák mellett saját korosztályunk képviselőiként szeretnénk mi is mindent megtenni, amit lehetőségeink és eddig szerzett tapasztalataink lehetővé tesznek. Számomra a pozíció elfogadásakor az is döntési szempont volt, hogy nemzedékünk szócsöveként közvetíthessem a vezetőségnek a kórházakból, klinikákról újonnan kikerülő, friss szakvizsgás kollégáink igé-

Dr. Losonczi László
a Házi Gyermekorvosok Egyesületének alelnöke

Általános orvosi diplomáját a Semmelweis Egyetemen szerezte 2002-ben. A diploma megszerzését követően a Semmelweis Egyetem II. számú, Tűzoltó utcai gyermekklinikán dolgozott Fekete György professzor irányítása alatt. Csecsemő- és gyermekgyógyászatból 2011-ben szerzett szakvizsgát. 2011-től a Budapest XIV. kerületi, 15. számú alapellátó gyermekorvosi körzetben szolgál, 2018-tól a Tábitha gyermekhospice-házban dolgozik gyermekorvosként. 2019 óta a Zuglói Praxisközösség tagja. 2019-től az Alapellátó Gyermekorvosok Európai Szövetsége (ECPCP) egyik hazai delegáltja. A Biztos Kezek Alapellátó Gyermekorvosok Tudományos Társasága (BKGYT) egyik alapítója, 2020-ban titkára volt. 2020. novemberben a Házi Gyermekorvosok Egyesülete alelnökévé választották.

nyeit, kérdéseit vagy éppen félelmeit. Azonban a generációnkat képviselő vezetőségi tagként természetesen nemcsak a fiatal kollégákat, hanem életkortól függetlenül minden alapellátó gyermekorvost képviselni szeretnénk.

Hogyan lehet fiatalokat vonzani a pályára? Mit tehet a vezetőség ennek érdekében?

Több szempontból is van teendője a HGYE-nek ebben a tekintetben. Egyfelől a gyermekkórházakban, klinikákon dolgozó szakorvosjelöltek, frissen szakvizsgát szerző fiatalok – a magasabb progresszivitási szinten végzett munka jellegéből fakadóan – érdekes, kihívásokkal teli esetekkel találkozhatnak nap mint nap. Ahhoz, hogy a területi munka is legalább ennyire vonzó legyen számukra, ki kell bővíteni a már említett hatásköri határokat. Úgy gondolom, hogy ha azt látnák a fiatal kollégák, hogy a jelenleginél szélesebb keretek között dolgozhatnak, ahol a mostaninál változatosabb diagnosztikai és terápiás lehetőségek állnak rendelkezésre, szakmai kihívást jelentene számukra, többen választanák a területi munkát. Másfelől az orvostanhallgatók és a szakorvosjelöltek képzésének továbbra is fontos része kell legyen és maradjon az alapellátási gyakorlat. Ma még sajnálatosan előfordulhat, hogy egy szakorvosjelölt szakképzése során egyetlen napot sem tölt el alapellátó gyermekorvosi rendelőben, így esélye sincs megismerni hivatásunkat. El kell érjük, hogy a gyermekgyógyászjelöltek képzése továbbra is elegendő idejű kurrikulum keretein belül történjen, és a szakorvosjelölt a képzésben előírt időt valóban praxisban töltse el. Ezek mellett úgy érzem, hogy egy fiatal döntésében fontos szempont az is, hogy milyen az alapellátó gyermekorvosok szakmai presztízse az ő munkahelyén, gyakorlati helyein. A koronavírus-járvány során a korábbihoz képest sokkal gyakrabban kerültünk kapcsolatba a szakrendeléseken és a gyermekosztályokon dolgozó kollégákkal, így a járvány előtthöz képest sokkal előbb, személyesebb lett a kapcsolat velük. Úgy gondolom, hogy ezek a konzultációk előmozdították szakmai megítélésünket, mert egyeztetéseink, kérdéseink, diagnosztikus és terápiás döntéseink bebizonyították, hogy kompetens tudással rendelkező, aktív részesei vagyunk a gyermekek ellátásának. Ezzel együtt sajnos továbbra is érzékelhetők azok a szakrendelői, illetve kórházi visszajelzések, amelyek arra utalnak, hogy nem minden kolléga tekinti egyenrangú és kompetens partnernek az alapellátó gyermekorvosokat. Annak érdekében, hogy a megfelelő hatásköri keretek között dolgozhassunk, hogy a hallgatók valóban nálunk töltsék gyakorlatukat, és szakmai presztízsünk végre elfoglalhassa az őt megillető, méltó helyét, nekünk, alapellátóknak is sokat kell tennünk. Ennek érdekében már jelenleg is formálódnak olyan szakmai anyagok, amelyek eredményeként az alapellátók munkájuk szakmai nívóját tovább emelő tudásbázissal gazdagodhatnak. Másfelől a kibővített hatáskör megteremtésén is aktívan dolgozik a HGYE vezetősége; bízom benne, hogy ezek eredményei is nagyban hozzá fognak járulni hivatásunk elismertségéhez.

Milyennek látta a HGYE-t a megválasztása előtt és milyennek most, hogy túl van jó pár megbeszélésen; belelát már a működésébe?

Az immár huszonöt éves HGYE-nek elévülhetetlen érdemei vannak, hiszen összefogja a magyarországi alapellátó gyermekorvosok közösségét. Erre mindig jelentős igény volt, és a járvány idején különösen nagy szükségünk van erre a közösségi tudatra. Egy közösség kohéziójához azonban arra is szükség van, hogy választott vezetőként meghalljuk kollégáink észrevételeit, javaslatait, ötleteit, igényeit, illetve kritikáit, hiszen őket, az ő érdekeiket képviseljük. E két és fél évtizedes működés során talán sosem volt olyan lehetősége az egyesületnek a már említett változtatások kidolgozásában való aktív részvételre, mint most, és amióta lehetőségem van részt venni a megbeszéléseken, azt látom, hogy a vezetőség ennek tudatában is elkötelezetten dolgozik, és készíti elő, illetve továbbítja az egészségpolitika döntéshozói felé a kidolgozott javaslatokat.

Min kell mindenképpen változtatnia az egyesületnek, hogy végre felfelé ívelő pályára álljon a házi gyermekorvosi szakma?

Mind szakmai, mind pedig szakmapolitikai vonalon vannak teendőink. A már említett szakmai nívó emelése érdekében szükség van olyan továbbképzésekre, amelyek megteremtik annak lehetőségét, hogy a területen dolgozó kollégák még szélesebb körű tudással rendelkezzenek. A Kávészünet és a Hírvivő már eddig is kiváló teret és lehetőséget adott a szakmai ismeretek bővítéséhez, de nagyon fontos, hogy a jövőbeni terveink elérése érdekében a gyermekgyógyászati szubspecialitások képviselőivel szorosan együttműködve olyan szakmai protokollok és továbbképző programok szülessenek, amelyek révén a kollégák még összetettebb ismeretanyagot sajátíthatnak el. Erre már korábban is volt kezdeményezés, és jelenleg is folyamatban vannak olyan projektek, amelyek ezt a célt hivatottak előmozdítani. A szakmai nívó további emelése mellett a szakmapolitikai tevékenység erősítését is folytatni kell. Jelenleg egy olyan intenzív időszakban élünk, amikor rövid idő alatt messzebbre juthatunk érdekeink érvényesítésében, mint korábban talán bármikor. Ez nagy lehetőség, de egyben nagy felelősség is. Rendkívül fontos, hogy kiaknázzuk az ebben az időszakban rejlő lehetőségeket, megvalósítsuk elképzeléseinket, és a lehető legnagyobb mértékben elfogadtathassuk őket a döntéshozókkal.

Az Alapellátó Gyermekorvosok Európai Szövetségének delegáltja is egyben. Ez is a HGYE hasznára válhat?

Az ECPCP-nek jelenleg tizenkilenc tagországa van, ezekben a tagországokban a gyermekek alapellátását csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosok végzik. Az ECPCP delegáltjai évente két alkalommal találkoznak, és a megbeszélések során az egyes tagországok gyermek-alapellátási gyakorlatát, aktualitásait egyeztetik, illetve munkacsoportokban műhelymunkát is végeznek. Beszélgetéseink során tapasztalatokat cserélünk, megismerjük egy adott problémakör egy adott tagországbeli megoldási lehetőségeit, és közben természetesen kollegiális emberi kapcsolatok alakulnak ki. Úgy gondolom, hogy nagyon fontosak ezek a tapasztalatcserék, mert a beszélgetések során más országok más nézőpontjából tekintve a kollégák hasznos ötletekkel gazdagíthatnak bennünket, amelyeket aztán hazahozhatunk, hogy a magyarországi viszonyokhoz adaptálva akár meg is valósíthassuk. Tavaly tavasszal – akkor még megfigyelőként – csatlakozhattam az ECPCP kutatói munkacsoportjához, és jelenleg, már delegáltként, egy gyermekkori elhízással kapcsolatos kutatás koordinátoraként aktívan vehetem ki a részem a csoport munkájából.

Kedves Kolléga, Kedves Tagtársunk!

Az egyesület 2020. november 21-én megtartott online küldöttgyűlése 31/2020.11.21. KGY számú határozatával a szervezet éves tagdíját **15 000 forint**ban állapította meg, amely tagdíjat a **11713005-20419448**-as bankszámlaszámra kérjük átutalni. A praxissal nem rendelkező nyugdíjas tagjainkat nem terheli tagdíjfizetési kötelezettség.

2021-ben is rendszeresen fogunk jelentkezni online hírlevelekben, valamint a Hírvivőn keresztül nyomtatott formában is, ahol friss szakmai és szakmapolitikai információkat fogunk eljuttatni önhöz.

Idén nyár elején találkozunk szakmapolitikai konferenciánkon, majd ősszel a Kávészüneten (amennyiben a vírushelyzet engedi, személyesen, ellenkező esetben online), illetve tervezünk pontszerző webináriumot. A kollegiális szakmai vezetőkkel együttműködve érdekvédő és szakmapolitikai munkánk hatékonyságát is tovább kívánjuk erősíteni.

Tisztelettel és barátsággal: **Havasi Katalin**
HGYE-elnök

2021-es Balaton-parti rendezvények a HGYE-vel

Több mint négyszáz válasz érkezett arra a kérdőívre, amelyben az egyesület tagjait az idei rendezvényeken való részvételi szándékukról kérdeztük. A válaszok egyértelműen azt tükrözik, hogy nagyon sokan igénylik a személyes találkozást. Ezt az igényt figyelembe véve az egyesület vezetősége az idei szakmai konferenciák megrendezésével kapcsolatban az alábbi döntést hozta:

2021. június 4–6. között egy háromnapos, **Minden a praxisközösségről** címmel szakmapolitikai eseményt tervezünk a siófoki Azúr Hotelben. A rendezvény középpontjába a praxisközösséget, a legaktuálisabb és minden kollégát érintő témát állítjuk, amelyet szakmai, szakmapolitikai, jogi és gazdasági megközelítésből is körbejárunk.

A **Kávészünet** konferenciánkat pedig **2021. szeptemberben**, Tihanyban a Club Tihany szállodában rendezzük meg.

Bízunk benne, hogy a veszélyhelyzeti szabályozás mindkét rendezvény megvalósulását lehetővé teszi. A részletekről mind hírlevélben, mind honlapunkon tájékoztatást adunk.

Braun Helga |

A HGYE új vezetőségi tagjai

Dr. Altorjai Péter

– Az egyetemi évek alatt mentőápolóként, majd több kórházban és a Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálatnál is segédápolóként dolgoztam. Nobilis András főorvos irányításával végzett kutatómunkánkból két sikeres TDK-dolgozat, az egyikből később pedig közös publikáció is született. 2000-ben diplomáztam a Semmelweis Egyetemen, a rezidensévek után a Madarász utcai gyermekkórház koraszülött-, csecsemő-, illetve belgyógyászati osztályán dolgoztam. 2006-ban szakvizsgáztam, majd 2008 őszéig az Egis Gyógyszergyár orvoslátogatója voltam kardiovaszkuláris vonalon a dél-pesti régióban. Rövid helyettesítést követően praxist vásároltam Csepelen, azóta is itt dolgozom. 2015 végén kezdtem el részállásban a Heim Pál Gyermekkórház sürgősségi osztályán ügyelni. Az egyesületnek 2009, a vezetőségnek pedig 2012 óta vagyok a tagja. 2010-ben kapcsolódtam be az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia (EAP) és az Alapellátó Gyermekorvosok Európai Szövetsége (ECPCP) munkájába. Az EAP alapellátási kamarájának elnöke vagyok 2018 decemberétől, 2020 elejétől pedig az MGYT alapellátási főtitkárhelyetteseként próbálom a klinikum és az alapellátás kapcsolatát még szorosabbra fűzni. Több hazai és nemzetközi EU-s projektben vettem részt koordinátorként, fejlesztőként vagy épp oktatóként. Tutorpraxisomban családorvos-rezidenseket és gyermekgyógyász-szakorvosjelölteket fogadok többedik éve, emellett a Semmelweis Egyetemen mind a graduális, mind pedig a posztgraduális tantermi képzésben is részt veszek.

Dr. Fábián Dóra Judit

– 1985-ben nyertem felvételt a Semmelweis Orvostudományi Egyetemre, diplomámat 1991-ben szereztem meg. Első munkahelyem a Péterfi Sándor utcai kórház koraszülött-, csecsemő- és gyermekosztálya volt. Gyermekgyógyászati képzésem alatt az I. és a II. számú gyermekklinikán és a Heim Pál kórház különböző osztályain dolgoztam. 1995-ben csecsemő- és gyermekgyógyászatból szakvizsgáztam az I. számú (Bókay) klinikán. 1997-től egy évig a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet gyermekosztályán dolgoztam. 1998 őszétől vagyok házi gyermekorvos Taksonyban. 2000-ben iskola-egészségtan és ifjúságvédelemből szakvizsgát szereztem, mivel a helyi gyermekközösségek ellátása is a feladataim közé tartozott. Közepes méretű, sok korszerűtlen hagyományt őrző, 800 fős körzetből néhány év alatt 1200 fő fölötti praxist építettem. Az elsők között vezettük be az időpontadást, a prevenciós szemlélet, a rendszeres szűrések és az ajánlott védőoltások széles körű használata a mindennapi rutin részévé vált. Nem kis munkámba került elérnem, hogy a településen a régi omladozó rendelő helyett épüljön új, korszerű intézmény, amely 2006-tól gyermekbarát környezetben, jól szervezetten fogadja a betegeket. Tíz éve két asszisztenssel dolgozom. A védőnőkkel a szakmapolitikai helyzet alakulása ellenére is jó maradt a kapcsolatom, a tanácsadást zömében együtt végezzük. A környékbeli kollégák nyugdíjba vonulása miatt éveken keresztül több körzetben helyettesítettem tartósan. Tutori tevékenységet körülbelül tizenöt éve végzek az SE szakorvosjelöltjei részére. Településünkön munkám mellett az önkormányzat szociális bizottságának tagjaként is dolgozom tizenkét éve. A HGYE-nek több mint húsz éve tagja és Pest megye területi összekötője vagyok. A házi gyermekorvoslás szakmai és szakmapolitikai problémái az első perctől nagyon érdekeltek, mivel nem könnyű terepen kezdtem: egy szegény kis településen egyedüli gyermekorvosként. Időközben az agglomerációs terjeszkedés nemcsak a közeli városokat, de a településünket is elérte. A csökkenő születésszámot hirtelen megforduló trend váltotta fel, a születésszám az utóbbi két évben több mint 50%-kal emelkedett. Úgy látom, szakmánk fennmaradása a biztosítéka a jövő nemzedék egészséges felnövekedésének. Az, hogy a házi gyermekorvoslás a fiatal kollégák részére vonzóvá és választandóvá váljék, létkérdés a megmaradásunk és a jó eredményeink megőrzése és a fejlődés érdekében. Nagy kihívást jelent számomra a vezetőségbe való bekerülésem. Bízom benne, hogy a területen eltöltött több mint húsz év tapasztalata segítséget jelenthet egyesületünk és a gyermekorvosi alapellátás sikeres fejlődésének elősegítésében. Munkámat odaadással és alázattal kívánom végezni.

Dr. Győri Blanka

– 1998-ban végeztem a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán. A szegedi gyermekklinikán helyezkedtem el gyakornokként, majd családommal Veszprémbe költöztem, így 2004-től az ottani Csolnoky Ferenc Kórház gyermekgyógyászati osztályán dolgoztam. Csecsemő- és gyermekgyógyászatból 2006-ban szakvizsgáztam. 2007-ben családommal Írországba költöztünk, ahol alapellátó praxisban dolgoztam. Munkám szakmai kihívást hozott, a gyermekgyógyászat gyakorlása mellett felnőtt betegeket is elláttam, és a helyi szokásoknak megfelelően nőgyógyászati alapfeladatok is a munkaköröm részét képezték. Úgy érzem, értékes tapasztalatokat szereztem a külföldi alapellátás területén, beleláttam egy másik egészségügyi rendszer működésébe. Úgy gondolom, hogy e tapasztalataimat jól fogom tudni hasznosítani a HGYE-ben vezetőségi tagként. 2013-ban költöztünk vissza Magyarországra, azóta Balatonalmádiban alapellátó gyermekorvosként dolgozom. 2013 óta vagyok a HGYE tagja, négy évvel ezelőtt Veszprém megye területi összekötőjének választottak. A Biztos Kezek Alapellátó Gyermekorvosok Tudományos Társaságának alapító tagja vagyok, az utóbbi évben több szakmai munkában részt vettem. 2018-ban kezdtem meg a Magyar Viselkedés-, Kognitív és Sématerápiás Egyesület szervezésében indult pszichoterapeuta-szakképzést, amelynek befejezésekor pszichoterapeuta-szakvizsgát fogok

tenni. Az utóbbi egy évben részt vettem a Három generációval az egészségért pályázatban négy háziorvos és egy alapellátó gyermekorvos kollégával, így megtapasztalhattam egy praxisközösség működését is. Az elmúlt hét év alapellátó munkája során a barátságos, nyugodt környezet mellett fontosnak tartottam a gyermekekkel és szülőkkel kialakított bizalmi kapcsolatot, a megfelelő tájékoztatást, az evidenciákon alapuló gyógyítást, a test mellett a lélek gyógyítását is. Praxisom ennek a szemléletnek köszönhetően az eltelt időszakban a kétszeresére duzzadt. A mindennapi mosoly és jó szó mellett figyelmet fordítok újabb és újabb diagnosztikai és terápiás eszközök beszerzésére. Fontosnak tartom nyugati mintára az alapellátó orvosok kompetenciájának és hatáskörének növelését, hogy az alapellátásban minél több definitív ellátást tudjunk nyújtani, ezzel tehermentesítve a szakellátókat és a családokat.

Dr. Kántor Irén

– 1992-ben diplomáztam a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. Nyíregyházán, a megyei kórházban szereztem meg a csecsemő- és gyermekgyógyászati, valamint endokrinológiai szakvizsgámat. 2009 óta dolgozom az alapellátásban. 2010 óta vagyok a HGYE tagja. Társadalmi munkám során a Magyar Orvosi Kamara megyei vezetésében két ciklusban titkárként, egy ciklusban alelnökként dolgoztam, valamint a megyei diabéteszes családokat tömörítő társadalmi egyesületben is tevékenykedtem. Ezekben a szervezetekben számos programot szerveztünk, továbbképzéseket, edukációs táborokat. A MOK-ban mint érdekképviseleti szervben a közigazgatással való egyeztetésben fejtettem ki munkát. Szakmai munkám során a diabétesz terápiájában a technológiai vonatkozások (adatfeldolgozás, adatrendszerezés) a beteg jó életminőségének feltételévé váltak, így ennek révén a telemedicina elkötelezettje lettem. Jelenleg futó projektjeink témája a telemedicina integrálása az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe.

Dr. Muzsay Géza

– 1986-ban végeztem a Semmelweis Egyetemen, 1991-ig a győri Petz Aladár megyei kórház koraszülött-, csecsemő- és gyermekosztályán dolgoztam, majd házi gyermekorvos lettem Győrben. 2006-tól 2017-ig Győr-Moson-Sopron megye szakfelügyelő főorvosaként, 2007 és 2020 között a Győri Háziorvosok Ügyelete Nonprofit Kft. ügyvezetőjeként is tevékenykedtem. A mai napig aktívan részt veszek a megyei gyermekvédelmi központ munkájában. Praxisomban több klinikai vizsgálat zajlik. 2019–2020-ban négy házi gyermekorvosi és két háziorvosi praxis összefogásával valósítottuk meg Győrben a Három generációval az egészségért programot, itt a praxisközösség vezetője voltam. 2011-től 2020-ig az Egészségügyi Szakmai Kollégium gyermek-alapellátási tanácsának elnöki, 2012 és 2019 között a Magyar Gyógyszerésztudományi Társaság főtitkárhelyettesi, 2020-tól az országos kollegiális házi gyermekorvosi szakmai vezető tisztségét töltöm be. Alakulásától tagja vagyok a HGYE-nek, kezdetben küldöttként, 2005-től a jogi bizottság tagjaként vettem részt a munkában, 2008-ban lettem vezetőségi tag. 2012 és 2020 között az egyesület alelnöki funkcióját láttam el, számos Kávészünet konferencia szakmai programját állítottam össze. 2020 novemberétől a vezetőség tagjaként segítem a HGYE munkáját.

Dr. Onozó Beáta

– 1997-ben diplomáztam a Szegedi Orvostudományi Egyetemen, majd az intézmény gyermekklinikáján helyezkedtem el. Gyermekgyógyász-szakvizsgámat 2002-ben Szegeden, klinikai immunológiai szakvizsgámat 2005-ben Debrecenben szereztem. A klinikai munkám mellett a Szegedi Újszülött Életmentő Szolgálatnál dolgoztam. Térítéses képzés során szintén Szegeden egészségügyi közgazdászi végzettséget szereztem. 2002-től Csongrád megyei klinikai védőoltási tanácsadóként dolgoztam. Gyermekeim születését követően Miskolcra költöztem, ahol 2012-től gyermekkörzetben dolgozom, 2020-ig iskolaorvosi ellátásban is részt vettem. A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház Gyermekimmunológiai Ambulanciáján szakrendelést tartok, a fekvőbeteg-ellátásban konzultációs tevékenységet látok el. Ez évtől Borsod-Abaúj-Zemplén megye gyermek-alapellátó megyei kollegiális vezetőjeként is tevékenykedem. Tagja vagyok a HGYE mellett a Biztos Kezek Alapellátó Gyermekorvosok Tudományos Társaságának, a Vakcina Tanácsadó Testületnek és az Európai Gyermekinfektológiai Társaságnak. Orvosi munkám során lehetőségem nyílt a gyermekellátás teljes spektrumában dolgozni Magyarországon, ezért úgy érzem, orvosszakmai szempontból átfogó ismeretekkel rendelkezem. Nagyon szeretem a gyógyítást, szívesen foglalkozom szabadidőmben is szakmai kérdésekkel. Fő érdeklődési területem az immunológiai, reumatológiai, hematológiai kórképek és a védőoltások.

Dr. Pátri László

– A Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán diplomáztam 1993-ban, majd a Baranya Megyei Kerpel-Fronius Ödön Gyermekkórházban kezdtem dolgozni, 1998-ban szakvizsgáztam. Több nemzetközi kongresszusi részvétel, illetve tanulmányút mellett a délszláv háborút követően Bosznia-Hercegovinában oktattam. A komlói gyermekosztályon eltöltött néhány év után, 2005 elejétől dolgozom házi gyermekorvosként Pécsett. 2008-ban a Pécsi Tudományegyetemen MBA képesítést szereztem. 2005 óta a PTE ÁOK Alapellátási Intézetének tutora, 2007 óta a területünkön dolgozó kollégák érdekvédelmét, továbbképzéseit szolgáló Pécsi Pediáter Érdekvédelmi Egyesület elnöke vagyok. 2019-től Baranya megyei házi gyermekorvosi kollegiális vezetőként tevékenykedem. 2012 és 2018 között az egyesület egyik alelnöke voltam.

Dr. Sutka Melinda

– 2005-ben végeztem a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Karán. Orvosi pályámat a debreceni gyermekklinikán kezdtem. 2011-ben angol–magyar egészségügyi szakfordítói képesítést szereztem. Csecsemő- és gyermekgyógyászatból 2013-ban szakvizsgáztam. Még abban az évben úgy döntöttem, hogy a továbbiakban az alapellátásban szeretnék dolgozni, így hét éve vezetek egy gyermekgyógyászati körzetet Debrecenben, amelyhez külterületi rendelés is tartozik. A házi gyermekorvosi munka mellett 2018-ban szakvizsgáztam gyermek-gasztroenterológiából, és azóta részmunkaidőben szakrendelek a debreceni gyermekklinikán. A szakrendelői munka mellett én végzem a klinikán a videókapszula-endoszkópos vizsgálatokat. 2020 júniusától töltöm be a Hajdú-Bihar megyei házi gyermekorvosi kollegiális vezetői pozíciót, igyekszem összefogni és segíteni a megyében dolgozó alapellátó gyermekorvos kollégákat.

Dr. Kovács Ákos | **házi gyermekorvos, a HGYE szakmai alelnöke**, Hernád
Dr. Novák Hunor | **házi gyermekorvos**, Budapest
Csordás Ágnes | **elnök, Magyar Védőnők Egyesülete**, Budapest

Rutin-köldökápolás a területi védőnők és az alapellátó gyermekorvosok gyakorlatában

Az egészséges újszülöttek köldökének ápolására hazánkban az alapellátó gyermekorvosok és védőnők körében a mai napig nem alakult ki egységes gyakorlat. Az egyes szülészeti intézményekben, újszülöttosztályokon olykor igen különböző módszerek használatosak a köldökcsonk ápolására. Ennek megfelelően az édesanyák edukációja sem egységes, ami nem könnyíti meg a hazaadott újszülöttekkel az alapellátásban találkozó szakemberek dolgát. Úgy tűnik, a sokéves, jól bevált gyakorlatunkon mi magunk, alapellátók sem könnyen változtatunk egy-egy újabb, nemzetközi szakirodalmi adatokra alapozott szakmai ajánlás kedvéért, ha egyáltalán eljutnak hozzánk ezek az ajánlások.

Jelen közleményünkben egy kérdőíves felmérés eredményéről számolunk be, amelyet annak érdekében végeztünk, hogy képet kapjunk az alapellátásban dolgozó kollégák által javasolt különböző köldökápolási módszerekről.

Anyag és módszer

Az Alapellátó Gyermekorvosok Szakmai Csoportja és a Magyar Védőnők Egyesülete Facebook-csoportjának regisztrált tagjai között kérdőívet tettünk közzé 2020 novemberében. A csoportok tagjait arra kértük, hogy válaszoljanak az alábbi kérdésre: „Egészségesen hazaadott újszülött lobmentes köldökének ápolására a saját praxisomban / védőnői körzetemben az alábbi módszert tanácsolom." A feltett kérdésre az alábbi lehetőségek közül lehetett választani, több válasz megjelölése is lehetséges volt: 1. nem ajánlok semmit, száraz köldökápolást javaslok; 2. Octenisept; 3. 70%-os alkohol; 4. fertőtlenítő hintőpor; 5. Betadine; 6. fiziológiás sóoldat; 7. sol. hexachloropheni; 8. sol. tricolorata; 9. antibiotikumot tartalmazó oldat vagy por; 10. egyéb.

Eredmények

257 védőnő (a területen dolgozó védőnők 7%-a) és 156 alapellátó gyermekorvos (a házi gyermekorvosi praxisban dolgozó kollégák 12%-a) töltötte ki a kérdőívet, s tőlük összesen 544 (367, illetve 177) válasz érkezett. Az egyes válaszok százalékos megoszlását az 1. ábra mutatja.

Az eredmények az mutatják, hogy:

1. A rutin-köldökápolás gyakorlata a válaszadók mindkét csoportjában jelentős heterogenitást mutat.
2. A védőnők és a gyermekorvosok között egyaránt az octeniseptes (oktenidin-dihidroklorid-tartalmú) fertőtlenítés a legnépszerűbb.
3. A védőnők kb. azonos gyakorisággal javasolják a 70%-os alkoholt (41%) és az Octeniseptet (39%), a gyermekorvosok között az Octenisept kétszer gyakoribb (52%), mint az alkohol (24%).
4. A védőnők jóval gyakrabban javasolnak hintőport, mint a gyermekorvosok (9%, illetve 1%).
5. A gyermekorvosok gyakrabban javasolják a száraz köldökápolást, mint a védőnők (20%, illetve 6%).

1. ábra: Rutin-köldökápolás a területi védőnők és a házi gyermekorvosok gyakorlatában egy internetes felmérés eredményei alapján

6. A Betadine és a fiziológiás sóoldat javaslata mindkét csoportban alacsony számban fordul elő.
7. A hexaklorofénoldat vagy a hármasfesték sehol nem használatos.

A kapott válaszok alapján megállapítható, hogy a köldökellátás gyakorlata hazánkban valóban nem egységes. Legjellemzőbb a fertőtlenítőszerek (elsősorban Octenisept, illetve 70%-os alkohol) alkalmazásának javaslata. A hintőpor használata, főként a gyermekorvosok között, meglehetősen ritka. A hazai és nemzetközi ajánlásokban első helyen javasolt száraz köldökellátás alkalmazása nem nevezhető népszerűnek, főként a védőnői gyakorlatban, de a gyermekorvosok között sem haladja meg a válaszadók ötödét az e módszert tanácsolók aránya.

Megbeszélés

„A hazai újszülöttosztályok köldökápolási gyakorlata jelentős különbségeket mutat. A köldök ellátása sokszor a helyi szokásoknak, tradícióknak megfelelően történik. Ezen gyakorlatok sok esetben nem evidenciákon (tudományos bizonyítékokon) alapulnak, és nincsenek összhangban a jelenlegi nemzetközi köldökápolási ajánlásokkal." E mondatok egy, a Gyermekgyógyászat folyóiratban 2015-ben megjelent, a korszerű köldökápolási irányelvekről szóló összefoglaló közleményben olvashatók.[1] Azóta több helyen történt változás, de mint az a jelen felmérésből is látszik, a köldökápolási tanácsok, javaslatok továbbra sem egységesek, és a régi szokásokat lassan váltja fel a bizonyítékokon alapuló gyakorlat.

Az 1950-es években az újszülöttek még átlagosan körülbelül 10 napot töltöttek a kórházban, ami kedvezhetett a bakteriális köldökfertőzések kialakulásának. Ezt alkohollal és fertőtlenítő hatású hintőporral próbálták megelőzni. A helyzet mára jelentősen megváltozott. A fejlett országokban végzett vizsgálatok egyértelműen kimutatták, hogy megfelelő higiénia mellett ezekre a szerekre nincs szükség. A bakteriális kolonizáció lehetőségének rizikóját kell csökkenteni, ezért a megfelelő kéz- és kórházhigiénia, a rooming-in rendszer és a minél korábbi hazabocsátás egyaránt segíti a köldökfertőzés elkerülését.

Az alkohol mint sebfertőtlenítő ma már nem számít korszerű készítménynek. Az újszülöttek bőrén keresztül kimutatható mértékben képes felszívódni, különösen, ha hosszabb ideig érintkezik a bőrrel,[2,3,4] emellett a bőrt kiszáríthatja, lokális károsodást okozhat. A különféle antiszeptikus, antibiotikum-tartalmú hintőporok használata semmilyen sebfelület esetén nem ajánlott, így köldökcsonk ápolására sem. Egyrészt a hintőpor által a bőrön képzett réteg alatt könnyebben elszaporodnak a baktériumok, másrészt a pelenkázás során az újszülött belélegezheti a levegőbe kerülő hintőport, amely a tüdőbe kerülve káros hatású lehet. A hexaklorofén potenciálisan neurotoxikus hatása miatt sok országban már kiszorult a terápiából. A jódtartalmú fertőtlenítők lehetőség szerint szintén kerülendők újszülöttkorban, ugyanis a bőrön át felszívódó nagyobb mennyiségű jód befolyásolhatja a pajzsmirigy működését. A bizonyítottan mérgező, legtöbb országban már forgalomból kivont, higanytartalmú ecsetelő (mercurochrome, merbromin) szintén nem ajánlatos, ahogy a lefejt anyatej rácseppentése sem, mivel az kiváló táptalaj lehet a baktériumoknak. Normális esetben a köldökcsonk átlagosan a születést követő 5–10. napon válik le. Erős fertőtlenítők használata esetén ez az idő 15 napra is kitolódhat. Az Octenisept vagy a klórhexidin-tartalmú fertőtlenítők modern szernek számítanak, de a békés, száraz köldök ápolására ezeket sem szükséges rendszeresen alkalmazni.

A fejlett nyugati országokban már lassan húsz éve a száraz köldökellátás javaslata az egyértelmű ajánlás.[5] Az emlősök sem fertőtlenítik a köldöküket, a köldök ápolása különösebb teendőt nem igényel, valójában csak szárazon, tisztán kell tartani.[6] Átlagos otthoni körülmények között sem szükséges rutinszerűen fertőtlenítőszert használni. Ha a köldök alapjánál szöveti törmelék, váladék gyűlik fel, nedves gézlappal ki lehet tisztítani, ehhez a víz felforralása, sterilizálása is indokolatlan. Ha a fürdésnél víz kerül a köldökcsonkra, óvatosan meg kell törölni, és hagyni megszáradni. A pelenkát vissza lehet hajtani, hogy a köldökcsonk fedetlen maradjon (a ruha alatt talán jobban tud szellőzni), de ennek a módszernek a hasznosságát illetően nincs semmilyen evidencia.

A témával foglalkozó, korábban megjelent magyar nyelvű közleményekben az szerepelt, hogy ha a köldökcsonkra széklet vagy vizelet kerül, fertőtlenítőszer használata javasolt, ez azonban feltehetően szintén túlzott óvatosság, ezt ugyanis a külföldi ajánlások nem tartalmazzák. Összefoglalva elmondható, hogy nem tartható helyesnek, ha az alkohol és a hintőpor használatát a fertőtlenítőszerek rendszeres, rutinszerű használata váltja fel, alapesetben, megfelelő higiénés viszonyok között legtöbbször semmiféle készítmény alkalmazására nincs szükség.

Ha a köldök körül kifejezett bőrpír, duzzanat, jelentkezik, és/vagy az újszülött lázas lesz, az köldökfertőzésre utalhat, amit komolyan kell venni. A köldökcsonk bűzössé válása önmagában nem jelez feltétlenül infekciót. Ha a köldökcsonk a születést követően három héttel sem esik le, annak hátterében állhat fertőzés, ritkán akár immundeficiencia (leukocita-adhéziós defektus) is. Viszonylag gyakori elváltozás a sokszor köldökgombának, fungus umbilicinek nevezett sejtszaporulat, amely valójában sarjszövet-granulóma; ezüst-nitráttal kezelhető, nagyobb méret esetén sebészi eltávolítása is szóba jön.

Ezek tehát a jelenleg modernnek számító, elsősorban a fejlett egészségügyi kultúrával rendelkező országok gyakorlatára alapozott, a nyugat-európai és észak-amerikai higiénés viszonyok között biztonsággal alkalmazható, bizonyítékokra alapozott ajánlások. A fejlődő országokban a köldökfertőzés még manapság sem ritka, ezért ott az ajánlások szerint is a lokális dezinficiens szerek profilaktikus alkalmazása javasolt.

Aki veszített már el a kezei között köldökszepszisben szenvedő, korábban egészséges érett újszülöttet, az megtanulja a nagy esetszámokra alapozott empirikus evidenciákat a gondjaira bízott páciens egyéni adottságainak, szociokulturális környezetének ismeretében megfelelő alázattal és körültekintéssel alkalmazni. Mind a védőnő, mind az alapellátó gyermekorvos akkor jár el a szakma szabályainak megfelelően, ha az elérhető legmagasabb szintű bizonyítékok ismeretében, azokat legjobb tudása szerint a saját szakmai tapasztalatába integrálva, mindig a család egészségkultúrájának, szociális helyzetének ismeretében tesz javaslatot az újszülött köldökének ápolására.

(A felhasznált irodalom elérhető a szerkesztőségben.)

Dr. Müller Katalin Eszter PhD | gyermek-gasztroenterológus, Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest

Cöliákia Közép-Európában

Cikkreferátumok*

Közép-Európában az orvosok és a betegek cöliákiára vonatkozó ismeretei egyaránt hiányosak

*Riznik P, et al.: The Knowledge about Celiac Disease among Healthcare Professionals and Patients in Central Europe publikációja alapján JPGN 2020 Dec 16; doi: 10.1097/MPG.0000000000003019

A cöliákia diagnózisa gyakran későn történik meg, aminek negatív hatása lehet a betegek egészségi állapotára és életminőségére. A diagnózis késlekedéséhez számos egyéb tényező mellett hozzájárulhat az egészségügyben dolgozók hiányos ismerete is.

Öt közép- és nyugat-európai ország (Magyarország, Németország, Olaszország, Horvátország, Szlovénia) 12 centrumában az egészségügyi dolgozók – orvosok és dietetikusok –, valamint cöliákiában szenvedő betegek lisztérzékenységre vonatkozó tudását mérték fel kérdőívek segítségével. A kérdőív a cöliákia klinikai tüneteire, epidemiológiájára, diagnosztikájára, terápiájára és a gluténmentes diéta elemeire kérdezett rá.

A kérdéseket 1381 orvos és dietetikus válaszolta meg. A résztvevők a kérdések 50%-ára válaszoltak helyesen, azonban mindössze a válaszadók 14%-a ért el 70% feletti eredményt. A gyermekgyógyászok (a gasztroenterológusok és az alapellátók átlagos eredménye 54%) és a felnőtt-alapellátásban dolgozók (53%) szignifikánsan jobb eredményt értek el, mint a belgyógyászok (46%) és más szakmák képviselői (43%). A gyermek-gasztroenterológusok tesztje szignifikánsan jobb volt, mint a felnőtt-gasztroenterológusoké (69% vs. 54%). A diagnosztikát és a terápiát érintő kérdésekre mindenki jobban válaszolt, mint a klinikai tüneteket érintő kérdésekre. Érdekes eredmény, hogy a hosszabb ideje dolgozók rosszabbul teljesítettek. Megjegyzendő az is, hogy az a válaszadó, akinek a rokonságában előfordult cöliákiás beteg, jobb eredményt ért el, ami az informális tanulás jelentőségére hívja fel a figyelmet.

A betegek ismereteit a szerzők hasonló kérdőívvel mérték fel: 2262 beteg, illetve szülő töltötte ki a kérdőívet. A helyes eredmények átlaga 56% volt. Mindössze a résztvevők 18%-a ért el 70% feletti eredményt. A cöliákiás gyerekek szüleinek eredménye szignifikánsan jobbnak bizonyult, mint a felnőtt cöliákiásoké (58% vs. 55%). A betegszervezetek tagjai jobb tesztet írtak, mint akik nem tagok. Az 5 éven belül diagnosztizált cöliákiások ismeretei is jobbak voltak, mint a több mint 10 éve diagnosztizáltaké.

Következtetés: az egészségügyben dolgozók és a betegek ismeretei a cöliákiát illetően nem megfelelők. Az alapellátásban dolgozók klinikai tünetekre vonatkozó hiányos tudása azért aggasztó, mert ők az első vonalbeli ellátók. Az egészségügyben dolgozók megfelelő képzésével, tudásuk bővítésével, az ismeretek rendszeres frissítésével javítható lenne a cöliákia felismerése és gondozása. A tanulmány felhívja a figyelmet a betegszervezetek szerepére az ismeretterjesztésben.

A cöliákia klinikai megjelenésének változása Közép-Európában

*Riznik P, et al.: Clinical Presentation in Children with Coeliac Disease in Central Europe publikációja alapján. JPGN 2020 Dec 9. doi: 10.1097/MPG.0000000000003015

Egy a multicentrikus tanulmányban a cöliákia prezentációs tüneteit mérték fel közép-európai gyermekek körében. Öt országból (Magyarország, Horvátország, Németország, Olaszország és Szlovénia) 12 centrum gyermek-gasztroenterológusai töltöttek ki egy kérdőívet 653 gyermek adatai alapján.

Korábban más vizsgálatokban is megerősítették azt a tényt, hogy mára a betegek életkora a diagnózis felállításakor a klasszikus, tankönyvi leírásokhoz képest jóval későbbre tolódott. A diagnózis idején a gyerekek mediánéletkora 7,2 évnek bizonyult. A betegek 20%-a tünetmentes volt. Nálunk a magas kockázat miatt végzett vagy populációs szintű szűrővizsgálat kapcsán született meg a diagnózis. A gyerekek 27%-a tartozott a magas kockázatú csoportba (pozitív családi anamnézis vagy egyéb autoimmun betegség), a betegek 24%-ának volt cöliákiás hozzátartozója. A pozitív családi anamnézis gyakoribb volt a tünetmentesek körében (50%), mint a tüneteket mutatók között (12,5%); leggyakrabban (41%-ban) az édesanyák voltak az érintett családtagok.

Vezető tünetek közé tartozott a hasi fájdalom (33%), a növekedés elmaradása (14%), a krónikus hasmenés (13%) és a vashiány (10%). A gyerekek többségénél egyszerre több tünet is fennállt. A három év alatti korcsoportban a hasmenés volt a leggyakoribb vezető tünet (23%), emellett gyakori volt a növekedési elmaradás (16%) és a hasi disztenzió (15%) is. A 3 és 6 év közöttiek körében a legjellemzőbb tünet a hasfájás volt (21%), amit a növekedésbeli elmaradás és a vashiány követett (11-11%). A 6 év felettieknél szintén a hasi fájdalom volt a leggyakoribb panasz (32%), ezt követte a növekedés elmaradása (9,5%) és a hasmenés (8%). A három korcsoportban a tünetmentesek aránya növekedett: a 3 év alattiaknál 7%-ra, az óvodásoknál ez az arány 19%, az iskoláskorúaknál 24%. A korábban megjelent tanulmányokkal összhangban az autoimmun pajzsmirigybetegség és az I-es típusú diabétesz mellitusz társult leggyakrabban a cöliákiával.

A vizsgálat megerősítette, hogy a lisztérzékenység klinikai megjelenése az utóbbi években jelentősen megváltozott: a klasszikus malabszorpciós tünetek ritkábban tapasztalhatók, gyakoribbak a tünetmentes vagy enyhe tünetekkel jelentkező betegek. A diagnózis felállítása jellemzően a 7 éves kor körüli időszakra tolódott. A kisebbeknél továbbra is többnyire a típusos tünetek dominálnak, a nagyobb gyermekeknél pedig jóval gyakoribbá vált a monoszimptómás forma. A 6 év feletti korcsoportban a diagnózis idején a betegek közel egyharmadában a hasfájás az egyetlen tünet.

Dr. Kovács Zsuzsanna | ny. házi gyermekorvos, Budapest

A gyermekek elleni erőszak: felismerés, jogok, teendők

Cikkreferátum - Oberg C., Nathawad R., Raman S., Goldhagen J.: Violence Against Children: Recognition, Rights, Responses. Pediatric Clinics of North America, 3 February, 2021

A gyermekek elleni erőszak minden formája súlyos egészségügyi probléma, emellett sérti a gyermekek jogait.

A hagyományos meghatározás – rossz bánásmód, családon belüli erőszak – elsősorban a személyek közötti erőszak összefüggéseire fókuszált, idesorolták az elhanyagolást, a bántalmazást, a családon belüli erőszakot. Az utóbbi évtized során világossá vált, hogy ez a meghatározás már nem fedi teljesen a gyermekek és a gyermekkor ellen elkövetett globális támadást. Jobban megfelel az ENSZ gyermekjogi egyezményében is meghatározott jogi elveknek a gyermekek elleni erőszak kifejezés.

Az utóbbi harminc évben végzett idegtudományi, pszichológiai, társadalomtudományi, epidemiológiai és egyéb vizsgálatok, kutatások feltárták, hogy a gyermekek elleni erőszak érzelmi és kognitív zavarokhoz, kockázatos magatartáshoz vezethet, valamint betegséget, fogyatékosságot, szociális problémákat és korai halálozást okozhat, sőt a további generációkra is kihat. Egyértelműen kimondhatjuk, hogy hatása a társadalomra rövid, közép- és hosszú távon egyaránt jelentős.

A gyermekek elleni erőszak megközelítése jogi szempontból:

- A WHO meghatározása szerint az erőszak „sérülést, halált, pszichés károsodást, fejlődési zavart vagy nélkülözést okozó fizikai erő vagy hatalom szándékos használata vagy az azzal való fenyegetés bármely személy vagy közösség ellen".
- Az ENSZ gyermekjogi egyezményének 19. cikke szerint a részes államok megtesznek minden arra alkalmas intézkedést, hogy megvédjék a gyermekeket az erőszak, a támadás, a fizikai és lelki durvaság – ideértve a nemi erőszakot is –, valamint az elhagyás, az elhanyagolás, a rossz bánásmód és a kizsákmányolás bármilyen formájától.
- Az ENSZ a gyermekjogi egyezményhez 2011-ben fűzött 13. általános kommentárja elismeri, hogy „a gyermekekkel szemben elkövetett erőszak mértéke és intenzitása riasztó", és felszólítja a tagállamokat az ellene való hatékonyabb fellépésre.
- Az ENSZ 2015-ben megfogalmazott Világunk átalakítása – A fenntartható fejlődés 2030-ig megvalósítandó programja című dokumentum 16.2-es célja szerint „Véget vetünk a gyermekek ellen irányuló zaklatás, emberkereskedelem, erőszak, kínzás és visszaélés minden formájának".

Ezek a dokumentumok nem tárgyalják a gyermekek elleni erőszak valódi gyökereit – az intézményi rasszizmust, a gazdaságpolitikát, a nemi diszkriminációt, a szegénységet, a globalizációt, a klímaváltozást stb. –, amelyek alapvetően érintik a gyermekek életét. Ezért a cikk szerzői javasolják, hogy kezdődjön széles körű párbeszéd az erőszak definíciójának módosításáról. Javaslat: „Az erőszak: bármely szándékos vagy akaratlan tevékenység, rendszer vagy eljárás, amely sérti a gyermek jogát az optimális élethez és fejlődéshez."

Az ENSZ gyermekjogi egyezménye megfogalmazza, hogy a gyermeknek joga van az emberi jogok alapelveihez és normáihoz, így a méltósághoz, a testi és lelki integritáshoz, a szociális biztonsághoz, a törvény előtti méltányos és igazságos eljáráshoz, a magánélethez. Joga van, hogy az őt érintő kérdésekben meghallgassák. A gyermekjogi egyezmény az első nemzetközi dokumentum, amely elismeri a gyermek polgári, politikai, gazdasági, társadalmi és kulturális jogait. Emellett az egyezmény kiemeli, hogy valamennyi a gyermeket érintő területen a fő alapelv, hogy „a gyermek érdeke mindenekfelett".

A gyermekek elleni erőszak új definíciója lehetővé teszi az emberi jogok, a társadalmi igazságosság és az egyenlőség elveinek és normáinak a gyakorlatba való átültetését az államigazgatás és a civil szféra valamennyi területén.

A gyermek jogai és az erőszak – a szocioökológiai rendszer felülvizsgálata

A gyermekek és környezetük kapcsolatát és a környezetnek a gyermekek növekedésére és fejlődésére való hatását gyakran illusztrálják a szocioökológiai modellel. A gyermekek különböző környezetben, ökológiai rendszerben élnek és fejlődnek. Az erőszak e rendszer valamennyi szintjét áthatja.

Személyek közötti erőszak: A megvert gyermek szindrómát először Henry Kempe írta le a hatvanas években, majd a gyermekkel való rossz bánásmód néven terjedt el világ-

szerte, magában foglalva az elhanyagolást, a fizikai, érzelmi és szexuális bántalmazást. A családon belüli erőszak bármely családtagot érintheti, ez esetben a gyermek nemcsak mint bántalmazott, hanem mint a bántalmazás tanúja is érintett.

Erőszak a közösségben: Ma már közismert, hogy a testi fenyítés, melynek hagyománya a történelmi múltba nyúlik vissza, károsítja a gyermekek pszichoszociális egészségét. Napjainkban az iskolákban már 125 országban tiltják, és 50 országban mindenfajta testi fenyítés tilos (megjegyzés: hazánk volt a 14. ország e sorban, ahol ezt törvénybe iktatták). Sajnos azonban az országok többségében ez még mindig napi gyakorlat. A gyermekek nemcsak a tanáraiktól, hanem kortársaik agressziójától is szenvedhetnek akár sértő szavak, akár fizikai bántalmazás által. Napjainkban az internetes zaklatás egyre nagyobb probléma. Nemzetközi adatok szerint háromból egy tinédzsert zaklatnak a társai. Az Amerikai Egyesült Államokban évente 100 000 sérülés és 40 000 haláleset következik be lőfegyverek használata miatt. A közép- és felsőoktatásban tanuló diákok nagyobb eséllyel halnak meg lövöldözés következtében, mint bármely egyéb okból.

Társadalmi erőszak: A gyermekmunka jelen van az egész világon, fő oka a szegénység és az iskolázatlanság. Becslések szerint 168 millió gyermek dolgozik, és több mint 50%-uk egészségre ártalmas munkát végez. Az Ázsiában és a csendes-óceáni régióban élő gyermekek 10%-a, Afrika Szaharától délre fekvő területein élő gyermekek 21%-a dolgozik.

Gyermekkereskedelem és szexuális kizsákmányolás: Becslések szerint az emberkereskedelem áldozatainak 50%-a gyermek. Idesorolható a dolgoztatás, a szexuális kizsákmányolás, a katonai besorozás, a házasságba kényszerítés, a tiltott örökbefogadás, a koldulásra kényszerítés és a szervkereskedelem.

Intézeti nevelés: Gyermekek milliói élnek intézetben. Az intézetekben élő gyermekek, különösen a fogyatékkal élők sokkal inkább ki vannak téve erőszaknak, mint a családban élők. Hasonló a helyzet a bebörtönzött fiatalkorúakkal is.

Kultúra és vallás: A gyermekek jogai sérülhetnek kulturális vagy vallási hagyományok, babonák, „ártalmas hagyományos gyakorlatok" következtében is, melyek a patriarchális társadalmakban ma is léteznek, és elsősorban a nőket, a lányokat és az LMBT egyéneket érintik. Ezekben a társadalmakban még mindig előfordul savas támadás, emlőcsonkítás, kényszerházasság, „hozomány" (megjegyzés: leánygyermekek eladása), női nemi szervek csonkítása, becsületgyilkosság. Az ENSZ gyermekjogi egyezménye külön cikkekben (19., 20., 23., 29., 32., 34., 35., 37.), valamint egyéb határozatokban tér ki a tagállamok felelősségére és teendőire a fent leírt problémákkal kapcsolatban, illetve külön ENSZ-dokumentumok szorgalmazzák az ártalmas hagyományos gyakorlatok betiltását.

Globális erőszak: A globalizáció következtében a gyermekek elleni erőszak már az egyes társadalmak feletti szinten is észlelhető.

Gyermekek és fegyveres konfliktusok: Gyermekek milliói élnek fegyveres harcok közepette, 33%-uk idegen országban menekültként. Kereszttűzben vagy akár célpontként sebesülhetnek meg vagy válhatnak áldozattá. A lakhely kényszerű elhagyása, a családtól való elszakadás, az egészségügy, az oktatás és a gazdaság összeomlása további ártalmakhoz vezet. Hosszú távú pusztító következmények várhatók a fegyveres csapatokba toborzott vagy kényszerített gyermekek esetében. Az ENSZ gyermekjogi egyezménye 38. cikke valamint a genfi konvenció részletesen tárgyalja a tagállamok ez irányú felelősségét.

Menekült gyermekek: Az ezredforduló óta mintegy 50 millió gyermek kényszerült elhagyni a hazáját, és további 17 millió kényszerült saját hazáján belül elhagyni a lakhelyét. A migráció során gyakran egyéb trauma is éri a gyermekeket, fizikai és szexuális erőszak, emberrablás, gyermekkereskedelem stb. Az ENSZ gyermekjogi egyezményének 22. cikke határozza meg a tagállamok humanitárius kötelezettségeit a menekült gyermekek ellátásánál.

Globalizáció: A magas jövedelmű országok hasznot húznak a fejletlenebb országokkal való gazdasági kapcsolatokból, és ez negatív hatással lehet az ottani gyermekek egészségére. Az ENSZ, a Világbank, az UNICEF, az ENSZ Menekültügyi Főbiztossága kiemelten foglalkozik a globalizáció gyermekekre gyakorolt hatásával.

Klímaváltozás: Kifejezetten ártalmas hatása van a gyermekekre az éghajlatváltozásnak, különösen a bennszülött, szegénységben élő, fejlődési zavarokkal küzdő vagy menekült gyermekekre. Becslések szerint 160 millió gyermek él szárazsággal sújtott és 500 millió árvízzel fenyegetett régiókban, ahol mind az élelmezés, mind a tiszta vízhez jutás problematikus. Az ENSZ gyermekjogi egyezményének 6. és 24. cikke határozza meg a gyermekek jogát az élethez, a fejlődéshez, az egészséges táplálékhoz, a biztonságos környezethez és az egészségügyi ellátáshoz.

A fentiek alapján a cikk szerzői a gyermekek elleni erőszak közismert szocioökológiai modelljét egy további, globális szinttel egészítik ki.

Teendők a gyermekekkel szembeni erőszak megszüntetéséért

Évente több mint 1 milliárd gyermeket ér erőszak. A Save the Children nemzetközi szervezet által 2017-ben kiadott Ending Violence in Childhood című beszámoló részletezi az erőszak okait, következményeit és a bizonyítékokon alapuló megelőzési stratégiákat.

Teendők klinikai szinten:

- Minden gyermeket és fiatalt ellátó egészségügyi szakembert fel kell készíteni a trauma felismerésére és megfelelő ellátására.

- A szakembereknek tisztában kell lenniük a jelentési kötelezettségükkel és a helyi jogszabályoknak megfelelő keretek között együtt kell működniük a hatóságokkal.
- Biztosítani kell az áldozatok mentális és lelki támogatását.
- Biztonságos menedéket kell működtetni.
- A gyermekeket és fiatalokat tájékoztatni kell jogaikról, és erősíteni kell az önbizalmukat.

Teendők közösségi szinten:

- A helyi intézmények legyenek elkötelezettek, és működjenek együtt az erőszak kezelésében és megelőzésében.
- A fiatalkorú bűnelkövetők nem vethetők alá kínvallatásnak, és a fogva tartás alatt is biztosítani kell a megfelelő bánásmódot.
- A fogyatékkal élőknek különös védelmet kell biztosítani.

Teendők politikai szinten:

- A humanitárius elvek és szemlélet globális elfogadása, a nemzetközi jogi normák betartatása, az államok közötti együttműködés javítása szükséges, hogy megvédjük gyermekeinket és fiataljainkat az erőszak minden formájától.
- Az ENSZ által megfogalmazott fenntartható fejlesztési célok között szerepel a szegénység elleni globális küzdelem, az egészség és jólét optimalizálása.
- Világszerte kezdeményezni kell a testi fenyítés tilalmát.
- Meg kell szüntetni az ártalmas hagyományos gyakorlatokat.
- Támogatni kell a gyermekmunka megszüntetését és az oktatást.
- Meg kell szüntetni a gyermekkereskedelem minden formáját.
- Nemzetközi együttműködés szükséges a migrációs krízis kezelésében.
- Kiemelten fontos a globalizáció és a klímaváltozás okozta károk enyhítése.

Összefoglalás

Újra kell értelmeznünk a gyermekbántalmazás és az elhanyagolás fogalmát. Helyettük javasolt a gyermekek elleni erőszak kifejezés használata, mivel az jobban érzékelteti a probléma globális voltát és gyermekjogi megközelítését. Valamennyi gyermekkel foglalkozó egészségügyi és egyéb társszakmában tevékenykedő szakember felelőssége és felelősségrevonhatósága biztosítja azt, hogy e jogokat diszkriminációmentesen betartsák. A gyermekek elleni erőszak valamennyi formáját úgy kell kezelni, hogy az a gyermekjogok alapelveivel és normáival összhangban legyen.

Forrás:

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031395520301802

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

Világunk átalakítása: a fenntartható fejlődés 2030-ig megvalósítandó programja. Szerk.: Zlinszky János és Balogh Dorka. Pázmány Press Budapest, 2016
https://jak.ppke.hu/uploads/collection/546/file/Vilagunk_atalakitasa.pdf
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031395520301802

A Legjobb Hír-szerző díja

A HGYE vezetősége februári online vezetőségi ülésén Legjobb Hír-szerző díjának alapításáról határozott.

A díj alapításával a vezetőség célja a Hírvivőben kiemelkedő minőségű szakmai témájú közleményeket publikáló alapellátó gyermekorvosok munkájának elismerése és ezáltal a folyóirat tudományos profiljának erősítése, valamint a hazai alapellátó gyermekorvoslás szakmai rangjának, elismertségének javítása.

A díjat az a hivatását gyakorló, az alapellátásban dolgozó gyermekorvos kaphatja meg, aki a Hírvivőben a díj átadását megelőző évben megjelent szakmai tárgyú közleményt első szerzőként publikált. A díj összege 100 000 Ft, odaítéléséről az egyesület vezetősége által erre felkért kuratórium dönt.

A kuratórium elnöke:

Dr. Kálmán Mihály alapellátó gyermekorvos, a Hírvivő korábbi szakmai szerkesztője

A kuratórium tagjai:

Dr. Erlaky Hajna alapellátó gyermekorvos, a Biztos Kezek Alapellátó Gyermekorvosok Társaságának elnöke

Dr. Fekete Ferenc, a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet orvosigazgatója

Prof. dr. Kovács Gábor egyetemi tanár, a Semmelweis Egyetem II. Sz. Gyermekgyógyászati Klinika igazgatója

Dr. Pölöskey Péter alapellátó gyermekorvos

A díjat évente egy alkalommal, nyilvánosan, a HGYE Kávészünet konferenciájának keretében szervezett ünnepélyes eseményen adják át.

Dr. Onozó Beáta | **házi gyermekorvos, klinikai immunológus**, Miskolc
Dr. Altorjai Péter | **házi gyermekorvos, az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia Alapellátási Szekciójának vezetője**, Budapest

Sokszervi gyulladás gyermekekben COVID-19-fertőzés után

2020 tavaszán, egy hónappal a COVID-19-esetek csúcspontját követően Olaszországban, az Egyesült Királyságban és az Egyesült Államokban láz és sokszervi gyulladás képében jelentkező új tünetegyüttest figyeltek meg gyermekeknél, akik közül sokan intenzív osztályra kerültek keringési elégtelenség miatt.[1, 2] A tünetek átfedést mutattak a Kawasaki-szindrómával, de voltak esetek, ahol elsősorban a sokkállapot dominált a jellegzetes tünetek nélkül. Közös jellemzőjük volt az időbeli összefüggés az új típusú koronavírus-fertőzéssel:

- korábban igazolt SARS-CoV-2-fertőzés az anamnézisben vagy
- a betegség megjelenésekor kimutatható volt vírusellenes antitestek jelenléte, illetve
- a közvetlen környezetben nagyszámú koronavírus-fertőzöttség előfordulása.[1, 2, 3, 4, 5, 6, 10]

A kórképet az angolszász irodalomban kétféle nevezéktannal jelölték: az Egyesült Királyságban és Európában a Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome – Temporarily associated with SARS-CoV-2 (PIMS-TS) elnevezést kapta, az amerikai kontinensen pedig a Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) elnevezést használják. A két definíció között van némi különbség, lényegében azonban ugyanarról a betegségről van szó.[1, 9]

A kórkép lényege

Az új típusú koronavírus okozta fertőzésre adott kóros immunreakció következtében a vírusfertőzést követően 2–6 hét – egyes közlések szerint akár hónapok – múlva hiperinflammációs állapot alakul ki, amely magas lázzal, bőr- és nyálkahártyatünetekkel és több szervrendszert, elsősorban a gasztrointesztinális traktust és a szívet érintő tünetekkel jelentkezik. Az ok-okozati összefüggést a beteg gyermekek túlnyomó részénél (75–100%) észlelt SARS-CoV-2 IgG-titer emelkedése erősíti.[15]

1. táblázat: WHO: World Health Organization, CDC: Centers for Disease Control and Prevention (USA), RCPCH: Royal College of Paediatrics and Child Health (UK)

	WHO (8)	CDC (9)	RCPCH (10)
Elnevezés	Multisystem inflammatory syndrome in Children (MIS-C)	MIS-C	Pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with COVID-19 (PIMS)
Életkor	0–19 év	0–21 év	Gyermekkor
Láz	≥ 3 nap	≥ 24 óra	Folyamatos láz
Klinikai tünetek	Minimum 2 tünet jelenléte: 1. rash vagy konjunktivitisz vagy mukokután tünetek 2. hipotenzió vagy sokk 3. karditisz 4. koagulopátia (D-dimer ↑ vagy PTT ↑) 5. Akut gasztrointesztinális tünetek (hányás, hasmenés vagy hasi fájdalom)	Hospitalizációs igény Legalább 2 szervrendszer érintettsége (kardiális, hematológiai, gasztrointesztinális, renális, légzőszervi manifesztáció)	Egyetlen szervrendszert vagy több szervrendszert érintő funkciózavar (kardiális, légzőszervi, renális, gasztrointesztinális), valamint Kawasaki-szindrómára jellemző tünetek (nem szükséges az összes tünet)
Gyulladás jelenléte	We ↑, CRP ↑, PCT ↑	CRP ↑, We ↑, fibrinogén ↑	Neutrofília, limfopénia, CRP ↑
Egyéb okok kizárása	Igen	Igen	Igen
COVID-19 az előzményben	PCR, antigénteszt vagy szerológia pozitivitása vagy családtag igazolt COVID-19-betegsége	PCR, antigénteszt vagy szerológia vagy 4 héttel korábban ismert COVID-19-expozíció	PCR-vizsgálat lehet pozitív és negatív is

A kórképet először leíró Whittaker és munkatársai három fő megjelenési formát különítettek el:[1]

1. Kawasaki-szindrómához hasonló fenotípus,
2. dominálóan sokk képében manifesztálódó fenotípus,
3. elhúzódó lázas állapot emelkedett gyulladásos paraméterekkel, de sokk és Kawasaki-szindrómára utaló tünetek nélkül.

Bár a Kawasaki-szindróma kóroki háttere sem ismert, az infekciózus eredetet valószínűsíti a betegek jó részének kórelőzményében megtalálható, elsősorban légúti virális megbetegedés, valamint a betegség téli-tavaszi halmozódása is. Először egy amerikai kutatócsoport figyelte meg, hogy a Kawasaki-szindrómában szenvedő gyermekek kétharmadánál a torokváladékból RT-PCR módszerrel egy, a koronavírusok családjába tartozó – nem a SARS-CoV-2 – vírust lehetett kimutatni; a rögtön szkepticizmussal fogadott adatokat azonban egy japán retrospektív vizsgálat ellentétes eredményei sem tudták megerősíteni. Kawasaki-szindrómás betegek szerológiai vizsgálatai kapcsán később azonban ismét reflektorfénybe került a koronavírusok családja. Ezek az eredmények azt sugallják, hogy a koronavírusok részben valóban szerepet játszhatnak a szindróma kialakulásában, a jelenlegi világjárványért felelős SARS-CoV-2 pedig egy olyan különösen virulens törzs, mely kifejezetten erős immunválaszt képes kiváltani a gazdaszervezetben.[6]

A halmozódó esetek feldolgozása alapján úgy tűnik, hogy spektrumbetegséggel állunk szemben, amelynek során enyhe, spontán gyógyuló típustól a súlyos, intenzív osztályos kezelést igénylő és néhány esetben halálos kimenetelű kórformák is előfordulhatnak.

Hazánkban egyre több PIMS-TS-es / MIS-C-s esetről érkezik híradás a hagyományos és a közösségi médiában egyaránt. A kialakuló hiperinflammációs állapot jelentős szervi diszfunkciókat eredményezhet, ezért a korai felismerés és az időben indított szupportív és immunmoduláns kezelés meghatározhatja a beteg további sorsát. Mivel egy olyan újonnan leírt betegségről van szó, amellyel a területen több évtizedes gyakorlati tapasztalattal rendelkező kollégák sem találkozhattak, mindenképpen indokolt a betegség tünettanának áttekintése. **A jelenlegi helyzetben a telemedicinális ellátás előtérbe kerülésével könnyen előfordulhat, hogy a szülő – különösen nagyobb gyermek esetében, aki általában ritkábban beteg – csak több nap várakozás után jelentkezik. Ezért rendkívül fontos a telefonos anamnézisfelvétel során ennek a betegségnek az ismerete is!**

Epidemiológiai és demográfiai jellemzők

Pontos prevalenciaadatokkal még nem rendelkezünk. Egy összefoglaló közlemény 15 millió COVID-19-fertőzöttre 783 esetet azonosított, ez azonban valószínűleg alábecsült adat, mert a metaanalízisben szereplő közlemények a szindróma leírását követő 2 hónapban születtek, és elsősorban európai és amerikai adatokra épülnek.[11]

A kórkép valamennyi életkorban előfordulhat 21 év alatt – 3 hónapos és 21 éves korban előforduló eseteket is leírtak –, azonban jellegzetesen a 9-10 év feletti életkor betegsége, minimális (56%) fiúdominanciával.

Érdekesség, hogy Kínában a járvány kezdetén és azóta sem írtak le gyermekekben sokszervi gyulladást, az amerikai egyesült államokbeli esetekben afrikai és karibi, Angliában pedig éppen ázsiai és színesbőrű-túlsúly volt felfedezhető.[1] Egyenlőre nem tisztázott, hogy genetikai háttér vagy egyéb szocioökonómiai okok – például az egészségügyi információkhoz és magához az ellátáshoz való hozzáférés különbözőségei – tehetők felelőssé az észlelt eltérésekért.

Az érintett gyermekek 80%-ában nem szerepelt semmilyen krónikus betegség az anamnézisben, a leggyakoribb komorbiditás az obezitás volt (7%).[11]

Prezentációs tünetek, amelyekkel a rendelőben találkozhatunk

Láz: Hirtelen jelentkező, 39 fok fölé emelkedő, kontinua típusú láz, amely 3-5 napon túl is fennáll (100%).

Általános tünetek: A gyermek erőteljes fáradékonyságra, fáradtságra, gyengeségre, egyes esetekben izomfájdalomra is panaszkodik. Fejfájás, tarkótáji, nyaki fájdalom, ritkán meningoenkefalitiszre jellemző tünetek is előfordulhatnak (29–58%).

Gasztrointesztinális tünetek: Hasfájás, hasmenés, hányás, epigasztriális fájdalom, gyomorégés. A hasfájás akut appendicitisz tüneteit is utánozhatja, annyira, hogy néhány esetben műtétre is sor került, a feltáráskor azonban többnyire csak mezenteriális limfadenitisz volt fellelhető. A hasi ultrahangvizsgálat gyakran megvastagodott bélfalakat, nyirokcsomó-gyulladást és szabad hasi folyadékot ír le, ezért a terminális ileum gyulladása vagy éppen kolitisz is felmerülhet. Hasi panaszok igen nagy arányban, 60–100%-ban fordultak elő. Saját esetünkben a hasi fájdalomhoz epididimitiszre jellemző hereduzzanat is társult.

Mukokután manifesztáció: A betegek 40–60%-án jellemzőek a bőrtünetek. Jelentkezhet a törzsre, végtagokra lokalizálódó rash, amely helyenként összefolyó, eritémás makulózus kiütés.

Előfordulhat, különösen a Kawasaki-szindrómára emlékeztető esetekben a tenyéri és talpi eritéma és ödéma is. A betegek szájnyálkahártyája vérbő, fellazult, lepedékes nyelv vagy málnanyelv előfordulhat. Jellegzetes az ajkak élénkvörössége és repedezettsége. Torokfájdalomra szintén panaszkodhat a beteg, azonban a garatképlet nem jellegzetes. Kétoldali, nem szuppuratív konjunktivitisz vagy a limbus területét szabadon hagyó konjunktivális erezettség szintén több esetben megfigyelhető.

Kardiális érintettség: Az esetek 70%-ában kardiális érintettség alakul ki, amely főként a miokardiumot érinti, elsősorban bal kamrai szisztolés funkciózavart okozva. Klinikai megjelenési formáktól függetlenül leírtak koronáriaeltéréseket is – dilatáció vagy aneurizma (6–24%),[15] – azonban kisebb arányban, mint Kawasaki-szindróma esetén.

Rendelői körülmények között a tahikardia, az alacsony vérnyomás (a szindróma részeként jelentkező ún. capillary leak miatt csökkenő intravazális volumen miatt), a „meleg sokk" (meleg perifériák, rövid kapilláris újratelődés, periférián peckelő, magas amplitúdójú pulzus) állapotába belecsúszó gyermek, valamint néhány, az EKG-n észlelt nem specifikus eltérés – mint repolarizációs zavar, arritmia (7–60%),[15] ST eleváció-depresszió[2] – hívhatja fel a figyelmet a kardiális érintettségre.

Jellemző laboreltérések

A laborvizsgálatok közül a CRP napról napra meredeken emelkedik, nemritkán a 200–400 mg/l értéket is elérheti. A süllyedés fokozott, magas a fibrinogénszint, és emelkedett a ferritinszint is. A vérképben jellegzetes a leukocitózis, jellemző a neutrofília és a kifejezett limfopénia. A trombocitaszám rendszerint a normál tartományban mozog, de inkább a normálérték alsó határához tart. Trombocitózis a betegség kezdetén nem jellemző, később azonban többszörös értéket is mutathat. A betegek májfunkciós értékei gyakran emelkedettek, hipoalbuminémiásak és hiponatrémiásak. A D-dimer emelkedése egyrészt mint gyulladásos marker, másrészt mint az intravaszkuláris koaguláció és fibrinolízis markere a hiperkoagulációs állapotra utal, a magas kardiális troponinszint pedig a miokardium érintettségét jelzi.[11]

Összességében a PIMS gyanúját az alapellátásban a klinikai tünetek mozaikjainak összerakásával tudjuk felállítani, a laboreltérések megerősítik a klinikai diagnózist.

2. táblázat: MIS-C-hez köthető tünetek és gyakoriságuk az UpToDate adatai alapján

Tünet	Gyakoriság
Láz	100%
Hasfájás, hányás, hasmenés	60–100%
Szívizom érintettsége	51–90%
Kötőhártya-gyulladás	30–81%
Kiütés	45–76%
Sokk	32–76%
Nyálkahártyák gyulladása (nyelv, ajak)	27–76%
Légúti tünetek	21–65%
Tenyerek, talpak duzzanata	9–16%
Nyirokcsomó megnagyobbodása	6–16%

Differenciáldiagnosztika az alapellátásban

Skarlát: Skarlát esetében a grízes tapintású kiütések, a jellegzetes streptococcus angina, a kötőhártyareakció hiánya segíthet az elkülönítésben. A streptococcus-gyorsteszt önmagában nem segít, hiszen attól, hogy valakinek a garatában Streptococcus pyogenes mutatható ki, még lehet COVID-19-fertőzést követő sokszervi gyulladása. A skarlátos betegek gyorsan és jól reagálnak **penicillin vagy annak valamely származékával történő kezelésre**.

Fertőző mononukleózis: EBV-fertőzésben jellegzetes a konfluáló, lepedékes tonzillitisz nyaki limfadenomegáliával, de hiányzik a kétoldali kötőhártya-reakció. Nem könnyű azonban az elkülönítés, hiszen nincs minden PIMS-betegnek konjunktivális reakciója, valamint a sokszervi gyulladás bőrtünetei könnyen összetéveszthetők a mononukleózisban gyakran észlelt amoxicillin okozta bőrkiütéssel. Mononukleózisban a vérképben elsősorban monocitózist vagy limfocitózist látunk, a COVID-19-fertőzést követő sokszervi gyulladásra pedig a limfopénia, gyakran 1000 alatti limfocitaszám jellemző.

Adenovírus-fertőzés: Az adenovírus-fertőzést a kétoldali konjunktivális reakció, a nyálkahártyatünetek és a több napig tartó magas láz miatt a klasszikus Kawasaki-szindrómával lehet összetéveszteni. Az adenovírus-fertőzés elsősorban a kisdedek betegsége. A COVID-19-hez társuló sokszervi gyulladás is előfordulhat fiatalabb életkorban is, de ez a betegség az esetek többségében a 10 év feletti korosztályt érinti.

Kawasaki-szindróma: A COVID-19-hez társuló sokszervi gyulladás megjelenése számos átfedést mutat azokkal a Kawasaki-szindrómás esetekkel, amelyeknél nem szerepel COVID-19-fertőzés a kórelőzményben. A Kawasaki-szindróma klasszikusan a csecsemő-, illetve a kisgyermekkor betegsége, a PIMS-TS/MIS-C esetében pedig a kiskamaszkori, kamaszkori előfordulás dominál. A típusos Kawasaki-szindróma diagnózisának felállításához 5 napot meghaladó kontinua típusú láz mellett jól definiált tünetek jelenléte szükséges (bilaterális, nem váladékozó konjunktivitisz, polimorf kiütések, kezek-lábak vörössége, duzzanata, későbbi hámlása, nyaki limfadenomegália, szájnyálkahártya-eltérések). Hasfájás, hasi tünetek a Kawasaki-szindrómás eseteknek csupán 5%-ában fordul elő, a PIMS-TS/MIS-C esetében viszont ez az egyik leggyakoribb prezentációs tünet (60–100%).

A néhány nap alatt kibontakozó klinikai képet a COVID-19-fertőzést követő sokszervi gyulladás esetén a **magas láz, a sokk állapot, a gasztrointesztinális tünetek és a miokardiális érintettség uralják**, ezért a beteg mielőbbi kórházi kezelése, szükség esetén intenzív osztályos megfigyelése elengedhetetlen.

A fokozatosan súlyosbodó klinikai állapot esetén differenciáldiagnosztikai szempontból **kórházi körülmények** között az alábbi kórképek elkülönítésére is szükség lehet: bakteriális szepszis, toxikus sokk szindróma, akut has, appendicitisz, peritonitisz, makrofágaktivációs szindróma, szisztémás autoimmun betegségek, súlyos szisztémás vaszkulitisz, reumás láz.

Kezelés

A betegség kezelése empirikus. Folyadék-reszuszcitáció és vazoaktív terápia mellett a bakteriális háttér kizárásáig széles spektrumú antibiotikum javasolt.

Immunmoduláns kezelésként nagy dózisú intravénás immunglobulint és/vagy kortikoszteroidot, illetve harmadik vonalbeli kezelésként biológiai terápiát is alkalmaznak.[1, 2]

Külön figyelmet kell fordítani a tromboembóliás szövődmények megelőzésére, amely a hiperinflammációs állapot, az extrém magas D-dimer-szint, valamint a felnőtt COVID-19-betegek tromboembóliás szövődményeinek ismeretében kiemelt fontosságú. Ezért a betegek alacsony dózisú acetilszalicilsav-kezelésben részesülnek 4–6 hétig, és esetenként – terhelő anamnesztikus adat, arritmia, bal kamrai funkciózavar, koronáriaaneurizma esetén – LMWH is javasolt.

Nincs még konszenzus arra vonatkozóan, hogy a gyermekek utánkövetése meddig tart. Egyes szerzők akár egy évig tartó követést is javasolnak az összetettebb eseteknél a szívizomzatot ért károsodás kései szövődményeinek – hegesedés, fibrózis – detektálása (speciális laborok, EKG, echo-, Holter- és szív-MRI-vizsgálatok) céljából. A trombózison, tromboembólián átesett gyermekek esetében elhúzódó – általában legalább 3 hónapig tartó – antikoagulációs terápia szükséges a betegség akut szakaszát követően is.[15]

Nem rendelkezünk jelenleg egyértelmű ajánlással arra vonatkozóan, hogy mikortól és hogyan térhetnek vissza a volt MIS-C-s gyermekek az aktív testmozgáshoz – ez utóbbi a kiskorú sportolókra vonatkozó rendelkezéseket figyelembe véve, a kardiális érintettség függvényében több hónap, akár fél év is lehet.[16]

A COVID-19-fertőzés nem egy egyszerű légúti betegség, hanem komoly szisztémás fertőzés nemcsak a felnőttek, hanem a gyermekek esetében is. Annak ellenére, hogy egyes szerzők a lázzal jelentkező gyermekeknél megpróbáltak a később MIS-C-nek bizonyuló esetekben specifikus eltéréseket, úgynevezett red flageket azonosítani (az idősebb korosztályba tartozó gyermeknél észlelt magasabb, elhúzódó lázmenet mellett észlelt hasi fájdalom, hányás, nyálkahártya-irritáció, tarkótáji fájdalom és kötöttség, kiütés), a kórkép viszonylag tágan értelmezhető diagnosztikus kritériumrendszere és újszerűsége nemegyszer „túldiagnosztizáláshoz" is vezethet. Így fordulhattak elő olyan esetek, amelyekben az egyébként malignitás okozta általános tüneteket MIS-C részjelenségeként értelmezve a beteg gyerekek eleinte immunglobulin- és/vagy szteroidterápiában részesültek.[17]

A betegség késői szövődményeit még csak most kezdjük megismerni, azonban a gyermekek sokszervi gyulladásának tünettana fokozatosan körvonalazódik.

Hazai regiszter híján egyelőre az informális csatornák adataira alapozva, a koronavírus terjedésével párhuzamosan egy itthon is növekvő incidenciájú kórképpel állunk szemben. A jelen járványügyi helyzetben bármikor találkozhatunk praxisunkban is PIMS-TS-es / MIS-C-s beteggel. Ha a definitív diagnózis felállítása nem is, a betegség klinikumának, prezentációs tüneteinek ismeretében a gyanú felvetése és a beteg időben történő kórházi beutalása az alapellátó orvos feladata.

(A felhasznált irodalom elérhető a szerkesztőségben.)

Dr. Erlaky Hajna | **házi gyermekorvos**, Budapest
Dr. Onozó Beáta | **házi gyermekorvos, klinikai immunológus**, Miskolc

Végtagfájdalom differenciáldiagnosztikai kérdései az alapellátásban

Miért kell beszélnünk a végtagfájdalomról?

A végtagfájdalom nem betegség, hanem tünet, a legtöbb betegség, amely a vázrendszert (csontokat, ízületeket, izmokat) érinti, végtagfájdalom képében jelentkezik. A panaszok hátterében igen változatos kórképek állhatnak. A felmérések alapján mire a gyerekek a serdülőkor végére érnek, körülbelül 25%-uknál jelentkezik legalább egy alkalommal végtagfájdalom, az összes orvoshoz fordulás 7-9%-ában lehet ez a vezető panasz.

A végtagfájdalmak jelentős része jóindulatú, spontán szűnik, és nem igényel további vizsgálatokat vagy speciális ellátást. Mivel azonban panaszok hátterében az ártalmatlan betegségektől kezdve akár az életet veszélyeztető súlyos kórképig sok munden állhat, az alarmírozó tünetek ismerete kiemelten fontos a betegek kiszűrése és továbbküldése céljából. Az alapellátó éberségén múlik, hogy a gyanús esetek kellő időben a megfelelő szakellátó helyre kerüljenek. A gondos anamnézisfelvétellel és az alapos fizikális vizsgálattal nagy pontossággal ki lehet szűrni, hogy mikor van lehetőségünk várni, és mikor van szükség azonnali további vizsgálatokra.

1. Mit kérdezzünk?

Régi mondás, hogy ha megfelelően hallgatjuk meg a beteget, akkor maga fogja elmondani a diagnózist. Ez a végtagfájdalom miatt a rendelőben jelentkező betegek esetében különösen igaz. Mire vonatkozzanak az alapvető anamnesztikus kérdések, amelyeket mindenképpen tisztázni kell?

- Pontosan hol fáj? (Nem minden esetben tisztázható az anatómiai lokalizáció.)
- Mikor kezdődött a fájdalom, milyen a karaktere, kisugárzása, intenzitása? (Alarmírozó jel, ha a fájdalom konzekvensen, több mint 7 napja fennáll.)
- Mi provokálja a fájdalmat, mire szűnik?
- Milyen a fájdalom időbeni változása?
- Milyen egyéb kísérő tünetek jelentkeztek?

A traumás eredet kizárása után az alapellátásban elsődlegesen eldöntendő kérdés, hogy gyulladásos vagy nem gyulladásos eredetű a fájdalom, illetve hogy van-e olyan alarmírozó tünet, amely azonnali beavatkozást tesz szükségessé. Az alapellátó orvos feladata azoknak a figyelmeztető jeleknek a keresése, amelyek azonnali beavatkozást tesznek szükségessé. Figyeljük a jellemző prezentációs tüneteket, amelyek esetén haladéktalanul tovább kell küldenünk a gyermeket szakambulanciára, illetve esetleg azonnali kórházi felvétel is szükséges lehet.

Figyelemfelhívó tünetek:

- kifejezett nyugalmi fájdalom, amely fizikai aktivitásra javul;
- a fájdalom éjszaka jelentkezik, egy pontra lokalizálódik, és minor analgetikumok hatására nem szűnik;
- a fájdalom mellett ízületi duzzanat, kifejezett ízületi mozgáskorlátozottság, csontok fokozott nyomásérzékenysége, izomgyengeség is jelentkezik;
- ízületi duzzanat, illetve merevség, amely reggelente roszszabb;
- a végtagfájdalom mellé szisztémás kísérő tünetek társulnak: láz, éjszakai izzadás, rash (kiütések), petechiák, hányinger, étvágytalanság, fogyás.

Az aktuális panaszok mellett figyelmet kell fordítani a korábbi megbetegedésekre is:

- Volt-e a gyermeknek a panaszok megjelenését megelőzően bármilyen légúti, gasztrointesztinális vagy húgyúti fertőzése? Tranziens koxitisz, reaktív ízületi gyulladás, miozitisz irányába terelheti a gondolkodásunkat.
- Milyen gyógyszereket szedett korábban? Ma már szinte minden praxisban van tumoros betegségből gyógyult kisgyerek, a tartós szteroidkezelés mellékhatásaként oszteoporózis, kompressziós törések előfordulhatnak.
- Ne feledkezzünk meg a családi anamnézisről sem, az immun-patomechanizmusú kórképek családi halmozódást mutathatnak (pikkelysömör, gyulladásos bélbetegség, HLA-B27-pozitivitás stb.).

2. Hogyan vizsgáljunk?

A gyermekek mozgásszervi vizsgálatának standard módszere a Newcastle-i Egyetem gyermekreumatológusai által kifejlesztett és gyermekekre adaptált úgynevezett pGALS (pediatric Gait, Arms, Legs and Spine) vizsgálatsor. A gyermekgyógyászok általában nem rendelkeznek nagy gyakorlattal a mozgásszervek vizsgálatában, hiszen a szakképzésnek sem a gyermekortopédia, sem a gyermekreumatológia nem kiemelt része. Ma már számos videó elérhető a világhálón a pGALS vizsgálat technikájáról. Ha nem vagyunk is nagyon gyakorlottak a részletes vizsgálatban, néhány alapvető szempontot szem előtt tartva a

végtagfájdalommal jelentkező betegeinket nagy biztonsággal, gyorsan, valamennyi ízületre kiterjedően meg tudjuk vizsgálni.

Ha a betegünk végtagfájdalmat panaszol, minden esetben meg kell kérni, hogy vetkőzzön le alsóneműig, és úgy végezzük el a mozgásszervek vizsgálatát! A vizsgálatot **a nézd meg, tapintsd meg, mozgasd meg (look-feel-move)** alapelvet követve kell elvégezni. Soha ne csak az érintett ízületet, hanem mindig a környező ízületeket és az ellenoldali végtagot is vizsgáljuk meg!

- Figyeljük meg a gyermek spontán mozgását. Egyformán terheli-e mindkét végtagját, harmonikus-e a mozgása? Tud-e lábujjhegyen, sarkon járni? Le tud-e guggolni és felállni? Próbáljuk megállapítani a fájdalom kiindulási helyét. Csontból, ízületből vagy lágyrészből indul ki?
- Nézd meg (look): Figyeljük meg a végtag nyugalmi helyzetét, észlelhető-e végtaghosszkülönbség, ízületi duzzanat, deformitás. Észlelünk-e bármilyen bőrtünetet (horzsolás, hematóma, bőrkiütés, eritéma, petechiák, purpurák, ekhimózisok).
- Tapintsd meg (feel): Tapintással állapítsuk meg, hogy a fájdalmas végtag felett észlelünk-e az ellenoldalihoz képest duzzanatot, melegséget. Jelen lehet még nyomásérzékenység, fluktuáció, krepitáció is. A gerincet, a hátat és a hasat se hagyjuk ki a vizsgálatból!
- Mozgasd meg (move): Vizsgáljuk meg, hogy milyen az érintett végtag aktív mozgása. Passzív mozgatásnál figyeljük meg az ízületi mozgások terjedelmét minden irányban, hasonlítsuk össze az ellenoldali végtag mozgásaival. Az érintett végtag mozgásának jelentős beszűkülése mindig felveti a súlyosabb betegség lehetőségét. Ne felejtsük el megvizsgálni az izomtónust, az izomerőt és a reflexeket se.

Ha kellő körültekintéssel kérdeztük ki a beteget, és a fizikális vizsgálatunk is alapos volt, akkor nagy biztonsággal el tudjuk dönteni, hogy hogyan lépjünk tovább: szükséges-e azonnal további szakellátó helyre irányítanunk a gyermeket, vagy további vizsgálatok (laboratóriumi vizsgálat, ultrahang, röntgen) elvégzése után döntünk a beteg esetleges továbbküldéséről, esetleg további vizsgálatok elvégzése nélkül a figyelmes várakozást választjuk.

3. Mire figyeljünk a mozgásszervek vizsgálata során?

- Ne csak az érintett, hanem a szomszédos ízületeket is vizsgáljuk.
- Ne felejtsük el a gerincet is megvizsgálni.
- Az ellenoldali végtaggal is hasonlítsuk össze.
- Ne maradjon el az izomerő és reflexek vizsgálata.

Végtagfájdalommal járó leggyakoribb kórképek jellemző életkor szerinti bontásban:

Kisdedkor (1–4 év)	Kisiskoláskor (5–10 év)	Kiskamaszkor-kamaszkor (> 10 év)
Tranziens koxitisz	Tranziens koxitisz	Törés, rándulás, ficam
Akut miozitisz	Akut miozitisz	Schlatter–Osgood-betegség
Zöldgally törés	Csípőízületi diszplázia	Sever-betegség
Csípőízületi diszplázia	Perthes-kór	Epiphyseolysis capitis femoris

A végtagfájdalom okai, amelyek bármely életkorban jelentkezhetnek:

- trauma,
- bántalmazás okozta sérülések,
- funkcionális fájdalom (lúdtalp, túlerőltetés, növekedési fájdalom),
- malignitás (csont-, ízületi tumor, hematológiai megbetegedések),
- infekció (szeptikus artritisz, oszteomielitisz),
- autoimmun, reumatológiai betegségek: RA, JIA, HSP, post infect arthritis, vaszkulitisz, Guillain–Barré-szindróma,
- egyéb hematológiai betegségek (hemofília), vazookkluzív krízisek.

4. Milyen további vizsgálatokat végezzünk el?

Minden vizsgálat elvégzése előtt gondoljuk végig, hogy az eredmény hogyan fogja befolyásolni a további terápiás lépéseinket. Az egyszerűbb laboratóriumi vizsgálatok minden alapellátó számára könnyen elérhetők, ezért az elvégzésük indokolt területen. A képalkotó vizsgálatok közül az ultrahang és a röntgenvizsgálat alapellátásban is kérhető. Ezek elvégzése segíthet annak eldöntésében, hogy mikor és hova célszerű (ortopédia, reumatológia, sürgősségi osztály, traumatológia) továbbküldenünk a beteget.

Laboratóriumi vizsgálatok és értékelésük:

Laboratóriumi vizsgálat	Mikor indokolt?
Vérkép, perifériás kenet	Ízületi gyulladás, bakteriális fertőzés, hematológiai betegség gyanúja
CRP	Gyulladásos kórképek, bakteriális fertőzés
LDH	Bizonyos gyulladásos megbetegedések, Malignitások
CK	Akut miozitisz
AST	Poststreptococcális ízületi gyulladás, reumás láz
Torokleoltás	Poststreptococcális ízületi gyulladás, reumás láz
Vizeletvizsgálat	Szisztémás autoimmun betegség (SLE), Henoch–Schönlein-purpura
Lyme-szerológia	Artritisz
Antinukleáris antitest, reumafaktor	Alapellátásban nem indokolt, ne használjuk autoimmun-szűrővizsgálatként

Képalkotó vizsgálatok indikációja:

Az ultrahang-diagnosztika az ízületi gyulladások kizárásában, illetve megerősítésében az első vizsgálat. Az ultrahangvizsgálat során egyértelműen detektálhatók az ízületi gyulladásra jellemző elváltozások, a folyadékgyülem, illetve a szinóvium megvastagodása.

A röntgenvizsgálatok indikálásánál mindig vegyük figyelembe, hogy az egyszerű antero-poszterior felvétel csak nagyon kevés kórkép esetén elegendő a diagnózishoz, viszont felesleges su-

gárterhelést okoz a gyermeknek. Ezért mielőtt röntgenvizsgálatot indikálunk, érdemes az iránydiagnózis felállítása után konzultálni a szakrendelőkkel, hogy szükséges-e a vizsgálat, illetve kell-e valamilyen speciális felvételt készíteni az érintett végtagról.

A CT- és MRI-vizsgálatok indikálása minden esetben az ortopéd vagy reumatológus szakorvos feladata.

5. Mikor kell azonnal továbbküldenünk a beteget?

Vannak esetek, amikor mindenféle további (labor, képalkotó) vizsgálat csak felesleges késlekedést okoz, és a várakozás a beteg állapotának romlásához vezethet. Idetartozik a szeptikus artritisz, az oszteomielitisz, a törés, illetve a femurfej epifizeolízise. Ilyenkor haladéktalanul magasabb progresszivitási szintre kell továbbküldeni a gyermeket. Amennyiben malignitás, hematológiai betegség gyanúja merül fel, akkor a további kivizsgálás érdekében még aznap egyeztetni kell a területileg illetékes gyermekonkológiai centrummal a beteg felvételéről.

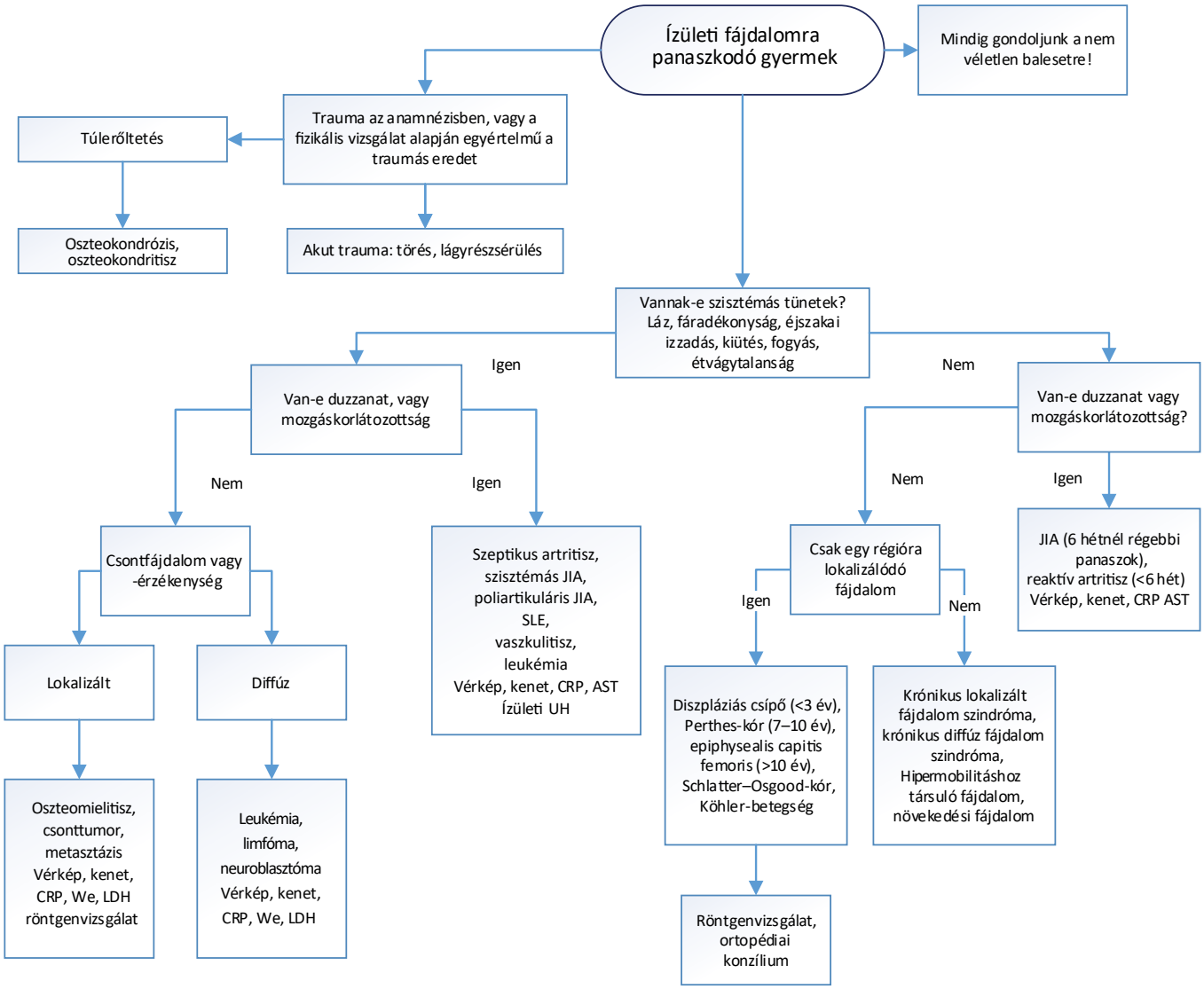
Autoimmun betegség gyanúja esetén, ha a gyermek általános állapota jó, nincsenek szisztémás tünetei, 1-2 héten belül ajánlott megkezdeni a kivizsgálást reumatológiai centrumban.

6. Algoritmus

A mozgásszervi tünetek, ezen belül a végtagfájdalom nagyon gyakoriak gyermekkorban. Az esetek többségében a panaszok nem igényelnek további kivizsgálást, azonban ennek eldöntéséhez nélkülözhetetlen az alapellátó gyermekorvosok jártassága a mozgásszervek vizsgálatában és az alarmírozó jelek felismerésében. A pGALS vizsgálat egyszerű, gyorsan elsajátítható módszer, amelyet kiegészítve a megfelelő diagnosztikus algoritmusokkal biztosan tudunk iránydiagnózist felállítani a végtagfájdalommal jelentkező gyermekek esetében.

Irodalom:

Foster, H.E., Jandial, S.: pGALS – paediatric Gait Arms Legs and Spine: a simple examination of the musculoskeletal system. Pediatr Rheumatol 11, 44 (2013). https://doi.org/10.1186/1546-0096-11-44



Dr. Fadgyas Balázs | gyermeksebész, Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Sebészeti és Traumatológiai Osztály, Budapest

Alacsony kockázatú fejsérülést elszenvedett gyermekek ellátása

A fejet érő trauma gyakori sérülés gyermekkorban. A legtöbb gyermekkori fejsérülés enyhe, nem jár agysérüléssel vagy hosszabb távú következménnyel. Néhány gyermek azonban, akinek a sérülése alacsony kockázatúnak tűnik, mégis klinikai jelentőségű traumás agysérülést szenved.

A hazai gyakorlat és tankönyvi ajánlás sokáig a fizikális vizsgálat mellett a klasszikus koponya-röntgenvizsgálat szerepét hangsúlyozta. Az evidenciákon alapuló nemzetközi ajánlások és az ezekre épülő gyakorlat ennek nem felel meg. A közelmúltban ez utóbbi gyakorlatot követve intézetünkben is jelentősen csökkentettük a koponya-röntgenvizsgálatok számát.

A COVID-19-járvány során a kórházi tartózkodások számának, hosszának, valamint a kontaktusok számának csökkentése érdekében saját intézményi ajánlást dolgoztunk ki és vezettünk be. Ennek köszönhetően drasztikusan csökkent a képalkotó vizsgálatok száma, miként a kórházi megfigyelések száma és hossza is.

Ahogy a COVID-19-pandémia, úgy az új ajánlásunk is velünk maradt. Ez utóbbinak azonban kifejezetten örülhetünk, sikerként könyvelhetjük el. A következő lépés, hogy az ilyen sérülést szenvedett gyermekek ellátása ne a sebészeti osztályon, hanem lehetőség szerint a sürgősségi betegfelvételi osztályon történjék. A nem komplikált eseteket bátran elláthatja az alapellátó gyermekorvos és a háziorvos is. Ebben szeretnénk segítséget nyújtani az intézeti eljárásrendünk bemutatásával.

Intézeti eljárásrend

Alapvetően fontos leszögezni, hogy az alacsony kockázatú fejsérülést szenvedett betegek vizsgálata és ellátása általános orvosi, nem pedig gyermeksebészeti vagy traumatológiai kompetencia.

Definíció

3 évesnél fiatalabb vagy egyéb okból önálló válaszadásra képtelen gyermek alacsony kockázatú fejsérülése

A 3 évesnél fiatalabb vagy egyéb okból önálló válaszadásra képtelen gyermekek alacsony kockázatú fejsérülését külön kell definiálni. Ennek okai:

1. A klinikai jelek értékelése nehezebb (a gyermek nem tudja elmondani a panaszát, tüneteit);
2. A koponyaűrön belüli sérülés sokszor tünetmentes (a kutacs tágulásának lehetősége);
3. Enyhe trauma is okozhat koponyaboltozati csonttörést, valamint klinikailag jelentős mértékű agysérülést;
4. Ebben az életkorban gyakoribb a bántalmazás.

Alacsony kockázatúnak tartjuk a fejsérülést, ha

1. az anamnézis és a fizikális vizsgálat arra utal, hogy tompa, alacsony energiájú ütés érte a fejet;
2. a gyermek éber, vagy szóval, illetve finom érintéssel könnyen ébreszthető.

3 évesnél idősebb gyermek alacsony kockázatú fejsérülése

Az alacsony kockázatú fejsérülés definíciója 2 évnél idősebb gyermeknél a GCS- (Glasgow Coma Scale) beosztáson alapul. Alacsony kockázatúnak tartjuk a fejsérülést, ha

1. az első vizsgálat alkalmával a GCS 14 és 15 között van;
2. a neurológiai vizsgálat során nincs kóros eltérés;
3. nincs koponyatörésre utaló klinikai tünet (nincs tapintható koponyacsont-defektus, nincs koponyaboltozati vagy koponyaalapi törésre utaló jel, úgymint boltozati fluktuáló hematóma, hemotimpanon, hallójárati vagy orr-, illetve garatvérzés, pápaszem-hematóma, retroaurikuláris hematóma).

Diagnózis

1. Anamnézis

- A baleset pontos mechanizmusa:
  - alacsony energiájú (beütés, nekiütődés, leesés ágyról, puha talajra, kevesebb mint másfél testmagasságból, labdával megdobás, -rúgás)
  - nagy energiájú (közlekedési baleset, kerékpáros, lovas, motoros baleset sisak nélkül, leesés több mint másfél testmagasságból, bántalmazás)
- Látta-e felnőtt a balesetet?
- Nincs ismert hematológiai, véralvadási betegség?
- Nem merül fel bántalmazás lehetősége?

2. Klinikai jelek:

- Eszméletvesztés
  (pillanatnyi, 1 percnél rövidebb, hosszabb)
- Hányás (egyszer, többször)
- Fejfájás
  (enyhülő, fokozódó, tartós, ütés helyén vagy diffúz)
- Szédülés, görcs, viselkedészavar, tudatzavar, amnézia

3. Célzott fizikális vizsgálat:

- Koponyatraumára utaló jel
- Koponyaboltozati törésre utaló jel
- Koponyaalap-törésre utaló jel

4. Neurológiai vizsgálat:

- Pupilla
- Góctünet
- Reflexek
- AVPU/GCS

5. Képalkotó vizsgálatok

- Kétirányú koponya-röntgenfelvétel: rutin radiológiai vizsgálat nem szükséges. Idegentest keresésekor (sebzés) szóba jöhet, bántalmazás gyanúja esetén pedig mindenképp indokolt.
- Natív koponya-CT: egyértelmű koponyaboltozati törés, GCS < 13, politraumatizáció, bázistörés gyanúja, pozitív lágyrészultrahang, romló neurológiai státus esetén kötelező. Egyéb esetekben a vizsgáló orvos és a radiológus együttes mérlegelése szükséges a felesleges sugárterhelés elkerülése végett. (Narkózis általában nem szükséges, amennyiben a beteg megfelelően van rögzítve a vizsgálóasztalon.)
- Csökkentett dózisú, koponyacsontokra célzott CT:
  24 óránál régebbi trauma, koponyatörés klinikai gyanúja esetén indokolt.
- MRI: koponyaűri vérzések kontrolljában elsődlegesen választandó képalkotó módszer (narkózis szükséges).

Kezelés

1. A traumás agysérülés kockázata minimális / alacsony kockázatú fejsérülés

- Pontosan (nagyobb gyermek vagy a szülő által) feltárható körülmények, alacsony energiájú sérülés
- GCS: 14–15 (nincs tudatzavar), AVPU: A (1. ábra)
- Nincs koponyaboltozati vagy koponyaalapi törésre utaló jel
- Stabil vegetatívum (enyhe szédülés, hányinger, illetve egyszeri hányás lehetséges)
- Negatív neurológiai státus

a) 3 évnél fiatalabb vagy önálló válaszadásra képtelen gyermek:

- Rendezett szociális körülmények, közeli lakhely (15–30 perc), saját autó: a tünetek megszűnését követően 6–12 órás megfigyelés, majd újabb orvosi vizsgálat szükséges. Amennyiben ekkor tünetmentes, otthonába bocsátható (szülőtájékoztató, I. melléklet).
- Bizonytalan szociális, vagy egyéb körülmények, távoli lakhely, nincs saját autó: osztályos felvétel (24 óra) indokolt.

b) 3 évnél idősebb gyermek:

- Teljesen tünetmentes, izolált, alacsony kockázatú fejsérülés, megbízható körülmények: emisszió (szülőtájékoztató).
- 1-2 vegetatív tünet (hányinger, fejfájás, szédülés), maximum 1 hányás, megbízható körülmények, közeli lakhely: az orvos döntésétől függően emisszió vagy a tünetek és panaszok megszűnését követő 6–12 órás megfigyelés (majd újabb vizsgálat és tünetmentes esetben emisszió).
- Több hányás, több vegetatív tünet, távoli lakhely, nagy energiájú sérülés, bizonytalan körülmények: felvétel (minimum 24 óra, emisszió a tünetmentesség elérése után).

Az alacsony kockázatú fejsérült betegek esetén sem radiológiai, sem neurológiai szakorvosi vizsgálat nem indokolt! Ezt mind a nemzetközi, mind a hazai irodalom alátámasztja. Ez a gyakorlat jelentősen csökkenti a felesleges orvos-beteg kontaktusok számát. A szülő részletes szóbeli és írásbeli tájékoztatása után otthoni megfigyelés javasolt.

A legtöbb gyermek, aki alacsony kockázatú enyhe fejsérülést szenved, biztonsággal hazaengedhető. Ezekben az esetekben a gyermek megfigyelése a legfontosabb, mivel az agysérülés tüneteinek megjelenésekor azonnal kórházba való visszaszállítás javasolt. Ezért fontos a szülő érthető, részletes tájékoztatása mind szóban, mind írásban (I. melléklet).

Osztályra megfigyelés céljából felvett gyermek emissziót követően további otthoni megfigyelése javasolt. A sérülés után egyre kisebb eséllyel alakulhat ki intrakraniális eltérés, ennek lehetőségéről azonban a szülőt tájékoztatni kell. Iskoláskorú gyermekeknél ha több vegetatív tünettel járó fejsérülése volt („agyrázkódás"), fokozatos fizikai terhelés javasolt (I. melléklet).

2. Koponyatörés

a) Vonalas koponyatörés koponyaűri vérzés nélkül (24 órán belüli anamnézis):

- Érdemes a CT-vizsgálatot a trauma után 6 órával elvégezni (nagyobb eséllyel lesz látható a vérzés, mely neurológiai tünetet nem okoz, illetve ha a CT elvégzéséhez altatás szükséges, addigra éhgyomorra lesz a be-

teg). Amennyiben a koponya-CT-vel kizártuk a koponyaűri vérzés jelenlétét, elégséges a kórházi megfigyelés (3 nap), neurológiai konzílium (szükség esetén ismételt konzílium is az emisszió előtt). Felvételkor vérkép-, aPTI-, PT-vizsgálat javasolt.

b) Vonalas koponyatörés (24 órán túli anamnézissel):

- Ha a csökkentett dózisú, koponyacsontokra célzott CT-vel kizártuk a durva koponyaűri vérzés jelenlétét, neurológiai vizsgálatot követően kórházi felvétel, minimum 24 óra megfigyelés indokolt. Felvételkor vérkép-, aPTI-, PT-vizsgálat javasolt.

c) Vonalas koponyatörés intrakraniális vérzéssel vagy impressziós törés vagy bázistörés neurológiai tünet nélkül:

- A diagnózishoz a natív koponya-CT elvégzése után jutunk. Felvétel mindenképpen indokolt. Sürgős idegsebészeti konzílium, aPTI-, PT-, vérkép-, vércsoportvizsgálat javasolt. Bázistörés esetén fül-orr-gégészeti konzílium indokolt. A további ellátást az idegsebész határozza meg.

A fentiektől eltérő esetekben nem érvényes az alacsony kockázatú fejsérültek ellátására vonatkozó eljárásrend.

Megbeszélés

Amint az a fenti ajánlás alapján is látható, a legtöbb esetben sem képalkotó vizsgálatra, sem kórházi megfigyelésre nincs szükség. Az elsődleges fizikális vizsgálat, az anamnézis felvétele, a rizikóbecslés már alapellátói szinten is megvalósítható. Természetesen bizonytalanság esetén mindig érdemes kórházba utalni a beteget.

Esetismertetés

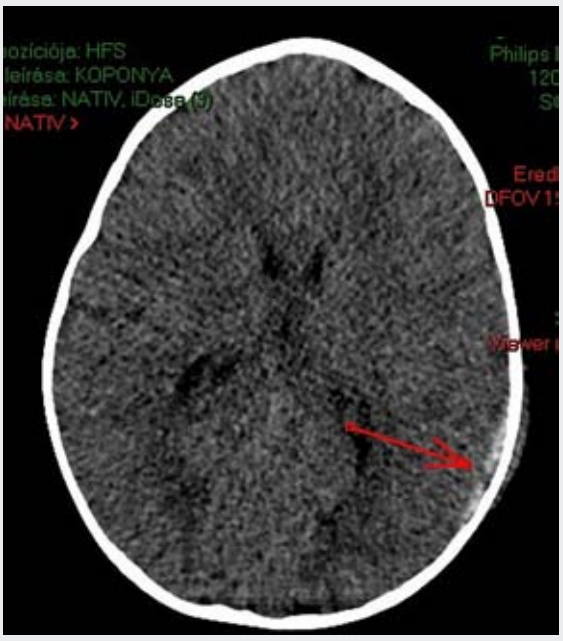
O. B. 14 hónapos kisded pénteken délután 40 centiméter magasból földre esett, fejét beütötte. Azonnal felsírt, eszméletvesztése nem volt. Telemedicina segítségével történő vizsgálat során az alapellátó gyermekorvos a boltozati csontoknak megfelelően kialakuló hematómára utaló eltérést vagy egyéb kóros tünetet a szülő beszámolója alapján nem gyanított: otthoni megfigyelést javasolt.

A hétfői rendelésen végzett személyes vizsgálat során fluktuáló hematóma volt tapintható, kóros neurológiai tünet továbbra sem jelentkezett, a gyermek jó általános állapotú, élénk volt. Az alapellátó orvos nem gondolta törésnek, de a szülővel megbeszélve kórházi beutalás mellett döntöttek.

Gyermeksebész telefonos konzílium alapján gyanúsnak ítélte (elsősorban a hematóma „tejeszacskó-tapintata" alapján). A felvételkor elvégzett bedside UH-vizsgálat igazolta a gyanút, látható volt a törés. Akut CT készült: vonalas parietooccipitális törés (zöld nyíl), kis szubarachnoidális vérzés (piros nyíl) ábrázolódott.

Idegsebészeti konzílium teendőt nem látott, megfigyelést javasolt. A gyermek továbbra is panaszmentes.

Tanulság: fluktuáló vagy több nap alatt sem felszívódó hematóma esetén mindig célszerű a beteget kórházba utalni.



Dr. Altorjai Péter | **házi gyermekorvos, az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia Alapellátási Szekciójának vezetője**, Budapest

Az európai gyermekgyógyászat jövője, a jövő Európájának gyermekgyógyászata

Visszatekintés az alapellátási állandó munkacsoport élén töltött kétéves munkámra

Idén januárban lezárult életem egyik legérdekesebb, feszült határidőkkel, komoly elvárásokkal, váratlan eseményekkel teli, korábban soha nem tapasztalt mértékű felelősséggel járó időszaka: letelt az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia (European Academy of Paediatrics, EAP) alapellátási állandó munkacsoportja élén megbízatásom. Az akadémián hazánkat mind a Házi Gyermekorvosok Egyesülete, mind pedig a Magyar Gyermekorvosok Társasága nevében már több éve képviselve kötelességemnek érzem erről a különleges időszakról nemcsak a delegáló szervezetek vezetőségeinek, de minden tagjának – ezúttal azonban kicsit talán személyesebb hangvétellel – beszámolni.

Valamikor 2018 kora nyarán érkezett az a bizonyos telefonhívás az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia akkor már nyolcadik éve jól ismert főtitkárától, ami elindította az egész folyamatot: a jelölésemet, a pályázatom megírását, a választást és végül az intenzív közös munkát is. A váratlan hívás oka nem más volt, mint hogy azt a kérést tolmácsolja olasz kollégám, hogy az épp kétéves mandátumának végéhez közeledő szlovén kollégám posztjára, az akadémia állandó alapellátási munkacsoportja élére adjam be jelentkezésemet, mintegy – szerinte – megkoronázandó a mögöttem lévő, valóban egyre több felkérést, szereplést, közös projektekben való részvételt.

Pályázatomban akkor az alábbi pontokat jelöltem meg, illetve fejtettem ki:

- Az akkor épp ismét megerősödő vélemények, hogy a több gyermekgyógyászati szervezet végre egy, közös európai hangon[1] szóljon a gyermekek egészsége, jövője és a gyermekgyógyászati szakma érdekében is, nagyon egybeestek a már jó ideje körvonalozódó és épp megfogalmazásra váró küldetéstudatommal.

- Ugyanígy sokat vártam a 2018 őszén befejeződő, gigantikus MOCHA projekt[2] eredményeitől is; ez a projekt hivatott a különböző EU tagállamok gyermek-alapellátási modelljeit összehasonlítani, az egészségügyi, a szociális és a pedagógiai ágazat szereplőit egy-egy elképzelt beteg gyermek sorsát követve feltérképezni.

- A Hágában megrendezett záró megbeszéléssel párhuzamosan a projekt egyes eredményeit máris felkarolták más, még épp futó EU-s pályázatok: így kaptam meghívást a Trillium II projekten[3] keresztül a nemzetközi eHealth fejlesztések egyik zászlóshajójaként működő Health Level 7-hez (HL7) a CEN-CENELEC brüsszeli épületében tartandó közös találkozóra,[4] majd igen nagy megtiszteltetésként a tárgyalások folytatásaként Koppenhágába a WHO Europe-hoz. Itt az eredeti elképzelés szerint a már fejlesztés alatt álló, gyakorlatilag egyfajta nemzetközi törzskartonnak (international patient summary, IPS) megfelelő dokumentum gyermekgyógyászati vonatkozásait kezdtük el közösen fejleszteni, elsősorban a védőoltásokkal kapcsolatos információkra alapozva (international immunization summary, IIS).[5] Javaslatomra bővítettük a kört a krónikus beteg, gondozott gyermekek elengedhetetlenül szükséges egészségügyi adatainak (beavatkozások, kontrollok, állandó gyógyszerek, implantátumok stb.) számbavételével. Ezen munkáinkról, megfogalmazott javaslatainkról több neves szaklap hasábjain jelenítettünk meg angol nyelvű publikációt,[6] majd végül 2019-ben fejlesztő csapatunk meghívást kapott elképzeléseink bemutatására a lyoni MedInfo egészségügyi informatikai nemzetközi konferencián, workshop keretében.

- Az előző évben hazánkban megszervezett Eurordis konferencia[7] kapcsán kiépülő nemzetközi és hazai kapcsolatrendszeremet mindenképp szerettem volna a terveimnek megfelelően becsatornázni a közös EU-s egészségügyi

informatikai fejlesztések gyermekgyógyászati vonulatába. Az EAP ritkabetegségek-munkacsoportjával közösen[8] terveztünk az ellátási kontinuumnak megfelelő algoritmusokat kidolgozni már meglévő egészséginformatikai adatbázisok (pl. ICD, LOINC, Snomed, ATC, Orphanet, ICF-CY, ISO 9999) alapján.

- Végül, de nem utolsósorban listámra vettem a csecsemőkori csípődiszplázia (developmental dysplasia of the hip, DDH) korai diagnosztikájával és megfelelő terápiájával kapcsolatban nemzetközi ajánlást[8] megfogalmazni készülő munkacsoporttal való együttműködést annak jelentős gyermek-alapellátási vetülete miatt.

Beiktatásomat követően alapellátó gyermekorvosként bekerültem abba a stratégiai csapatba, amely az akadémiával párhuzamosan működő Európai Gyermekgyógyászati Szövetséggel (European Pediatric Association) esetlegesen tervezett unió gyakorlati lépéseit tárgyalta volna. Sajnos a tervezett tárgyalásokból mindösszesen csak feszültebb hangulatú levelezés, az unióból pedig végül semmi sem valósult meg. Terminusom végéhez közeledvén az Alapellátó Gyermekorvosok Európai Szövetségével (European Confederation of Primary Care Paediatricians, ECPCP) a tárgyalások viszont egyre barátibb hangnemet ütöttek meg, a saját utódomként általam is javasolt és támogatott alapellátó gyermekorvos kollégám, a tel-avivi prof. Zachi Groszman is egyik legfontosabb feladatának jelölte meg a szintén izraeli ECPCP-elnökkel, Simon Barakkal való szoros szakmai és szakmapolitikai együttműködést. Ennek első lépéseként hamarosan közös égisz alatt jelenik meg egy már december óta többünk által gondozott állásfoglalás a kamaszkorú gyermekeket érintő iskolabezárások negatív hatásaival kapcsolatban. Ugyanígy közös munkában, az EAP már kiépített kutatási hálózatát (EAPRASnet) használva tervezzük az általam 2019 decemberében javasolt,[9] majd a pandémia kapcsán átmenetileg halasztott összeurópai kutatási projekt levezénylését, melyben nemcsak az utolsó – 10 évvel ezelőtti – demográfiai kutatás adatait szeretnénk frissíteni, hanem először kérdeznénk rá a praxisok közti együttműködési modellekre is: szóló vs. csoportpraxis, praxisközösségek.

Az egyik legkomolyabb publikációs vállalkozásunk a már egy ideje dédelgetett témánk: egy összeurópai gyermekgyógyászati ajánlás, a közösségi média gyermekvonalon történő térnyerésének hatásainak leírása – publikálására[10] mindössze fél év intenzív kutatómunkájával sikerült sort keríteni a European Journal of Pediatricsben. Az Altmetric olvasottságkövető portál adatai szerint[11] ajánlásunk a valaha mért legolvasottabb cikkek felső 25%-ába került alig hónapokkal a megjelenést követően.

A koronavírus-járvány első hulláma alatt két ízben is fordultunk az EAPRASnet nemzeti koordinátoraihoz webalapú kérdőíves kutatásunkkal: javaslatomra először a különböző védőfelszerelések hozzáférhetőségére, beszerezhetőségére, elosztására, valamint a munkaerő elérhetőségére kérdeztünk rá országonként. Másodjára pedig az európai térképre tekintve igen eltérő korábbi gyakorlattal, jogi szabályozási háttérrel, de a világjárvány terjedése indokolta intézkedések kapcsán szinte egységesen előírt telemedicina-alapú gyermekgyógyászati alapellátás szerteágazó szempontjait próbáltuk felfedni – az adatok értékelése folyamatban, tavasszal várhatók az első komolyabb eredmények ebből a vizsgálatból. Ekkortájt jelent meg közös publikációnk az EAPRASnet megelőző kutatásának adataira alapozva a Vaccine hasábjain.[12]

Az akadémián képviselettel bíró, hol kizárólag családorvosi (pl. Egyesült Királyság, Hollandia), máshol szín gyermekgyógyászati (Spanyolország), illetve – mint hazánk is – vegyes ellátási modellt működtető országok alapellátási gyakorlatával kapcsolatban végül sajnos a MOCHA projekt sem tudott verdiktet hirdetni, azaz nincs olyan modell, ami minden körülmények között, az adott ország hagyományaira, történelmére való tekintet nélkül illeszthető lenne. Felmerült, hogy a meglévő szegényes, természetesen elsősorban egészségügyi kérdésekre fókuszáló indikátorrendszer mellé valamilyen „forradalmian" új szemléletet (change the domain – az értelmezési vagy tárgykör megváltoztatása) kellene bevezetnünk. Valami olyat, melyben gyermekvédelmi, szociopediátriai, sőt tágabb értelemben: szociológiai, társadalomökonómiai faktorok, a minőségi ellátáshoz való hozzáférés kérdései is helyt kaphatnak. A brüsszeli székhelyű Eurochild hálózaton belül a Childonomics nevű keretrendszerről többen olvastunk-hallottunk érdeklődéssel már korábban is, és amikor kiderült, a projekt vezető tudományos tanácsadója a gyermekjogi kérdéseket illetően hazai berkekben jól ismert Herczog Mária, adva volt, hogy az EAP nevében én vegyem fel hivalatosan is a kapcsolatot a hálózattal. Bár a levelezésünket nagy örömömre 2020 elején egy személyes találkozó is követte, a járvány kitörésével és terjedésével fókuszunk átmenetileg lekerült a felmerült együttműködési lehetőségekről. Jó hír, hogy az utódommal folytatott zárszámadó online megbeszélésünk során úgy néz ki, ez a kezdeményezésem is túléli a terminusomat – azaz az együttműködés kiépítésének folytatására lettem felkérve.

Az újszülöttek és fiatal csecsemők veleszületett csípőízületi eltéréseivel kapcsolatban létrejött nemzetközi munkacsoport (eleinte ICODE, újabban ITFBHS) időközben, 2019 nyarára elkészítette és hosszas előkészület után publikálta[13] is evidence based ajánlásait. A csoport vezetőivel megegyeztünk abban, hogy a kiadótól megkapott egyszeri speciális terjesztési jog alapján a tagországok képviselői dönthetnek, támogatják-e az EAP-t, hogy egy ilyen összeurópai ajánlás terjesztésében, a mindennapi munkába való átültetésében segítségére legyen a tagállamoknak. A 2020 késő tavaszára tervezett megbeszélés az addigra eszkalálódott járványhelyzet miatt mindössze egy rövid online találkozó formájában valósulhatott csak meg, és bár a dokumentumok kiküldésre kerültek, a tagál-

lami szintű endorsementre végül nem került sor. Egy kanadai szakpublikáció, szakmailag nehezen védhető ajánlására – miszerint mind a DDH diagnosztikája, mind terápiája a járványhelyzet miatt akár 4 hónapos kor fölé is tolható – mindeközben közös véleménynyilvánítás született.

Ahogy az ECPCP saját alapellátó gyermekorvosok számára készített kurrikulumát felújítani készül, az EAP is nekifogott a 2014 óta változatlan közös törzsképzési ajánlása (ún. common trunk curriculum) átdolgozásának, melyben a gyermekgyógyászati alapellátás, a praxisban töltendő gyakorlatok a klinikaiétól eltérő szempontjainak megjelenítésére vállalkoztam. A 2019 késő őszi düsseldorfi találkozót és folyamatos online munkát egy 2020 tavaszi oxfordi megbeszélés zárta volna, a munkálatok azonban a COVID-19 miatt egyenlőre nem folytatódtak.

Nem utolsósorban az EAP vezetőségeként előkészítettük az akadémia ablakainak és ajtóinak rég várt kitárását a földrajzi értelemben – és a WHO szerint is – vett Európa összes országára, ezzel a lehető legméltóbb módon próbálva szakmai képviseletet nyújtani a gyermekgyógyászat művelőinek. Az EU- és nem EU-tagállamok jogi különbözőségei miatt rendkívül bonyolult és összetett, gyakorlatilag jogi értelmezési munka – látva a kitörő lelkesedést fogadtatásakor – megért minden időbeli áldozatot, befektetést.

Saját rendezvényeink – így a fenti tavaszi, majd a január végi téli ülés is – mellett egy sor, korábban beharangozott rendezvény is elmaradt. 2020 őszére meghívást kaptunk az Európai Alapellátási Fórum ljubljanai konferenciájára, Zágrábban, a Europaediatrics rendezvényen meghívott előadóként vettem volna részt. A szokásos, kétévente megrendezett EAPS-rendezvényt végül teljes egészében a virtuális térben rendezték. Itt a 2020-as év nagy járványügyi kihívására felelve, meghívott előadóként a gyermekgyógyászati alapellátás és a közegészség-tudomány egyre összefonódó kapcsolatát boncolgattam, második előadásomban pedig a kisdedek elektronikus médiával való kapcsolatára tértem ki, annak veszélyeire hívva fel a figyelmet. A két blokkban, ahol online üléselnökként vettem részt, jó hangulatú, szabad légkörű, de hihetetlen szakmai elkötelezettséggel összeállított előzetesen felvett előadások hangzottak el.

Végezetül az akadémia ritka betegségekkel, adoleszcens medicinával foglalkozó és az alapellátó állandó munkacsoportjának tagjai a fenntartható fejlődési célok részét képező általános (gyermekgyógyászati) ellátási minimum (universal health coverage) tényleges megfogalmazásának fontosságára hívtuk fel 2020 év végén a figyelmet a Research Square oldalain,[14] kiemelve olyan lényegi kérdések tisztázását, mint az egységes és átjárható képzési rendszerek vagy a minőségi digitális egészségügyi adathalmazok megléte.

Január végi online beszámolómban a fentiekről tételesen is számot adva köszöntem meg az anno, két éve decemberben kiérdemelt és előzetesen belém fektetett bizalmat. A zavarba ejtően pozitív visszajelzések átmenetileg próbálják feledtetni a hosszú listát, mennyi mindent terveztem, terveztünk együtt – és végül mennyi mindent kellett elnapolni, felfüggeszteni, átdolgozni mindezek közül.

Jól látható, hogy bár most, 2021 elejét írva sem mondható már el, hogy ugyanazt a gyermekgyógyászatot, azon belül gyermekgyógyászati alapellátást tudnánk nyújtani kis betegeinknek, gondozottjainknak, mint egy évvel korábban – Európa egyetlen országában sem –, az örök kételkedés magunkban, a többlettudás iránti vágyunk, a tapasztalatok megosztásának és a közös kutatómunkának az öröme olyan állandó hajtóerő, foglalkoztató rugó, ami engem sem enged el messzire kalandozni és tétlenül nézni a zajló eseményeket; ezért is tölt el nagy büszkeséggel, hogy a fent leírt, korábban elindított projektjeim közül többet utódom is a zászlajára tűzött, kivitelezésükben csakúgy, mint végrehajtásukban a segítségemet kérve.

És hogy milyen lesz az európai gyermekgyógyászat jövője, a jövő Európájának gyermekgyógyászata? Ez a nagy, remélhetőleg egymással egyre többet kommunikáló szakmai szervezetek egyre több közös projektje, kutatómunkája, közös állásfoglalásai alapján fog a következőkben hamarosan kiderülni.

Az amerikai testvérakadémia (American Academy of Pediatrics, AAP) saját szaklapja, a Pediatrics 2010 novemberében Gyermekgyógyászat 2020-ban és azon túl[15] címmel megjelent cikkében a szerzők nyolc nagy, úgynevezett megatrendbe csoportosítva írták le a várható, a gyermekgyógyászat egészét is érintő folyamatokat. A globális felmelegedéssel, valamint a COVID-19-pandémiával az utolsó pipa is felkerült a tíz év alatt teljesült víziók, bevált jóslatok felsorolása mellé. Az amerikai szerzők szavaival élve azonban a professzionális gyermekgyógyászat művelői számára a jövő tervezésekor a cél egyáltalán nem a vég meghatározása, hanem hogy tudják előre jelezni, legyenek terveik ezekre a vészhelyzetekre, képesek legyenek alakítani, formálni a várható kimenetelt, és végül tudjanak boldogulni ezekben az elképzelt helyzetekben, melyek végül bármelyik pillanatban valóra válhatnak. A pandémia különös ízt és súlyt ad ezeknek a gondolatoknak: a feladat tehát adva van, már csak szövetségeseket kell keresni nyugodt végrehajtásukhoz.

(A felhasznált irodalom elérhető a szerkesztőségben.)

Dr. Kálmán Mihály | házi gyermekorvos, Budapest

Gondolatok a távkonzultációról

A gyógyítás történetében orvos és betege között a legfontosabb érintkezési módot az orvoslás ősi jellegéből, lehetőségéből eredően a személyes találkozó jelentette. Az utóbbi évtizedekben a digitális technika, a távmedicina módszereinek használata egyre nagyobb szerephez jut a gyógyításban. Napjainkban, amikor a COVID-19-járvány okozta izoláció soha nem látott mértékben csökkentette az orvos és páciense perszonális találkozásainak számát, – már csak kényszerűségből is – tovább erősödött a telemedicina szerepe.

A távgyógyítás helye az orvoslásban

A telemedicina a járványt megelőző időszakban a gyorsabb adat- és leletgyűjtést, a távoli szakkonzultációkat és képalkotási leletezéseket szolgálta, újabban a szív- és cukorbetegek, egyéb krónikus betegek állapotának folyamatos telemetrikus megítélését is lehetővé teszi. Ezek a nagyszerű módszerek azonban csak kiegészítői lehetnek az orvos és betege személyes kapcsolatának, és ebben a szédületes fejlődésben a gyógyítás remélhetőleg soha nem fogja átlépni a teljes személytelenség küszöbét. A digitális medicina kritikátlan használata ugyanis – számtalan előnye mellett – beszűkíti az orvos kreativitását, a sablonosság irányába tereli a gondolkodását, lehetetlenné teszi az empírián alapuló, intuitív helyszíni diagnózisalkotást. A COVID-járvány tapasztalatait is felhasználva kell megtalálni a számítástechnika, a telemedicina helyét a praxisok diagnosztikai és terápiás gyakorlatában.

Személyes vizsgálat és távkonzultáció

A telemedicina biztonságos alkalmazása az orvoslás elméleti alapjainak alapos ismerete mellett az orvos sokéves tapasztalatát és emberismeretét is megköveteli. A gyógyítás ugyanis egyszerre elméleti és empirikus tudomány, mely – különösen a diagnosztikában – időnként az orvos intuícióját is igényli. Elsősorban a csecsemők és a kisdedek állapotdiagnosztikájában fontos közvetlenül látni, tapintani, „érezni" a beteget, értékelni nonverbális metakommunikációját. Több tucat ugyanott és ugyanúgy fájó has tapintásakor „annál az egynél" a tapasztalt, odafigyelő orvos ujjai valahogy mást és máshogy érzékelnek, mint a többiek esetében. A személyes orvosi vizsgálatnak ezek a finomhangolásai hiányoznak a távkonzultáció során. Nincs az a precízen összeállított kérdezőprotokoll, amely helyettesíthetné a helyszíni „megérzés művészetét".

A távkonzultáció célja, módszere, érzelmi háttere

A telefon- vagy videóbeszélgetésnek célja a gyermek állapotának a lehető legprecízebb megállapítása, a sürgősség mértékének megítélése, ha lehetséges, a diagnózis felállítása, a személyes konzultáció vagy a kórházba szállítás szükségességének, idejének és módjának meghatározása.

A személyes orvosi konzultáció is számos, az emberek közötti általános társalgás jellemzőitől eltérő elemet tartalmaz. Nagyobb az érzelmi töltete, a beteg vagy hozzátartozója többnyi-

re izgatott, ezért nehezebben, kevésbé összefogottan, pontosan fogalmazza meg mondanivalóját. Távkonzultáció esetében még nagyobb jelentőségű, hogy a hívás fogadásakor hogyan, milyen hangon szólunk a telefonba. Hanghordozásunkkal már a beszélgetés első pillanataiban a hívó fél megnyugtatására, bizalmának elnyerésére kell törekednünk, ezzel is segítve a beszélgetés fonalának gyors felvételét, a társalgás további részének irányítását. A beszélgetés első mondataiból fel kell mérni a szülő, a hívó fél érzelmi és mentális állapotát.

Nagy segítséget jelenthet, ha évek óta ismerjük a szülőt, így könnyebben hangolódhatunk rá a karakterére, hogy aztán ennek megfelelően folytassuk a társalgást. Figyelemmel kell lennünk arra, hogy a telefonos távkonzultáció során nem használhatjuk a metakommunikáció hagyományos eszközeit: az arckifejezést, a szemkontaktust, a gesztusokat, a testtartást.

1. táblázat:
A helyzetmegítélés általános szempontjai

Gyermek életkora, neme
Betegségek időfaktora
Panaszok, tünetek jellege, gyakorisága
Betegségek korspecifikus előfordulása
Betegségek, tünetek dramaturgiája, sorrendisége
Betegségek dinamikája
Betegségek statisztikai valószínűsége
Szokatlan tünet vagy panasz jelenléte

Korspecifikus távkonzultáció

Újszülöttek

Az újszülöttek morbiditási skálája, a betegségek klinikai képe, a kórfolyamatok dinamikája különbözik a gyermekek és az idősebb csecsemők kórtörténéseitől is, ezért az újszülöttkori tüneteket óvatosabban kell megítélni. A távkonzultáció lehetőségei ebben az életkorban a legszűkebbek, ezért különös gondossággal kell értékelni ezeket a beszélgetéseket. Az úgynevezett állapotdiagnosztikának ebben az életkorban rendkívüli jelentősége van. Hogyan néz ki, hogyan mozog, hogyan viselkedik? Lát-e a szülő a megszokott kinézetén kívül valami eltérést, kiütést, elszíneződést, és a szokottól eltérően viselkedik-e az újszülött? Minél tapasztaltabb a szülő annál helytállóbbak és értékelhetőbbek a gyermeke állapotára vonatkozó megfigyelései. Ezekkel az előnyökkel – értelemszerűen – az újszülöttjét először gondozó édesanya még nem rendelkezik, ezért észleléseit nagy körültekintéssel kell figyelembe venni. A gyermekorvos kérdéseinek megértését, a rájuk adott válaszokat többszörös ellenőrzésnek kell alávetni. A kezdő szülőkkel folytatott beszélgetésben kérdéseink bővebb magyarázatára is szükség lehet. Az újszülöttek panaszainak, tüneteinek távkonzultációja során a legkisebb bizonytalanság is személyes vizsgálatot igényel.

2. táblázat:
Az újszülöttkor távkonzultációs sajátosságai

A távkonzultációs megítélés szűkebb lehetőségei
Az állapotdiagnosztika nagyobb jelentősége
Az addigitól eltérő kinézet, viselkedés értékelése
A láz, a légzészavar, a mellre tétel, a táplálék elutasításának kiderítése
Tapasztalatlan szülők megfigyeléseinek értékelése
Egyértelmű kérdések használata
Kérdéseink magyarázata
Kérdéseink, tanácsaink megértésének ellenőrzése
Bizonytalan megítélés esetén személyes vizsgálat vagy kórházba utalás

A lázra, a légzészavarra, a mellretétel és a táplálék elutasítására mindig rá kell kérdezni, és az eltéréseket súlyos tünetként kell értékelni.

A 3 hónaposnál fiatalabb lázas csecsemő – minden egyéb tünettől és általános állapottól függetlenül – haladéktalan kórházi kivizsgálást igényel. A légzési nehezítettség – mértékétől függetlenül –, a tahipnoé, a centrális cianózis (amikor nemcsak az ajak körüli bőrterület és a végtagok kékülnek, hanem az ajakpír és a nyelv is) szintén sürgős kórházi vagy szakspecialista-ellátást igényel.

Az újszülött táplálkozáshoz, szoptatáshoz való viszonyulásának is nagy jelentőséget tulajdonítunk az állapot megítélésében. A három-négy óránkénti mellre kéredzkedés, a megfelelő adag elfogyasztása, ha teljesen nem zárja is ki, kevésbé valószínűsíti a súlyos betegség jelenlétét. Az újszülötteknél és a csecsemőknél – különösen az első félévben – az önfenntartás ösztöne, a szopási hajlandóság mindent elsöprő „drive". Ha azonban a csecsemő, különösen az újszülött legalább két étkezést kihagy, a szopás iránt érdektelenné vagy csökkent érdeklődésűvé válik, akkor ez – egyéb tünetek hiányában is – komoly betegségtünetként értékelendő.

A hányást is mindig súlyos jelzésként kell figyelembe venni, bár sokszor nehéz a nagyobb bukást a hányástól megkülönböztetni. A bukások többnyire a szoptatás, etetés utáni órában jelentkeznek, és általában kisebb mennyiségű gyomortartalom ürülését jelentik. (A ruhára tapadt hányás mennyiségének megítélésében segít, ha ismert mennyiségű – 1 kávéskanál, 5 milliliter – tejet vagy tápszert löttyintünk egy pelenkára, és ehhez hasonlítva ítéljük meg a ruhára, ágyneműre tapadt tej mennyiségét.) Az üres gyomorból származó, epét tartalmazó gyomortartalmat mindig hányásként kell értékelni. Körültekintően kell megítélni a több napon át „pötyögtetve" zajló hányásokat is, mert ezek már nem foghatók banális vírusinfekciókra. A hányásokat és a hasfájást mindig a székletürítéssel, a szelek távozásával együtt kell értékelni.

Csecsemők, kisdedek

A tünetek értékelésénél ebben az életkorban az életkorfüggő időfaktor jelentősége általában már valamivel kisebb. Az életkor előrehaladásával a vélelmezett betegség időfaktora a döntő a sürgősség megállapításában.

Az idősebb csecsemők, gyermekek szüleinek tapasztalata értékes segítség a távgyógyításban. Néhány lázas felső légúti fertőzés tapasztalataival a tarsolyában a szülő információi nagyobb segítséget jelentenek a tünetek értékelésében. Ezért fontos, hogy a gyermekorvos az első lázas betegségek esetén mindig ismertesse a banális lázas betegségek lefolyásának várható dramaturgiáját, illetve az attól való eltérések jelentőségét. Ebben az életkorban az újszülöttekhez viszonyítva nagyobb a differenciált megítélés lehetősége, amihez hozzátartozik a tünetek megjelenésétől a telefonhívásig észlelt súlyosbodás ütemének ismerete is. A banális infekciókra általában jellemző, hogy a tünetek nem mutatnak progressziót. A sürgősség gondos megítélése után a perszonális vizsgálat várhat a rendelés idejéig.

A csecsemőkor betegségeiben a szülői ellenőrzés minőségét javítja, ha a gyermekorvos nyomatékosan ismerteti, hogy mely tünet vagy panasz meddig állhat fenn, milyen sorrendben kell megszűnnie, milyen tünetek jelentkezése esetén kell szövődményre gondolni, és mikor válik halaszthatatlanná a gyermekorvosi kontroll, mikor szóljon újra a szülő, mikorra várható a teljes gyógyulás. Ebben az életkorban a lezajlott betegségek tapasztalatai alapján válaszokat kaphatunk az olyan kérdésekre is, hogy mennyiben mutat más képet ez a mostani betegség, mint az addigiak.

A csecsemők és a kisdedek monoszimptómás lázas állapotaiban kötelezően vizeletvizsgálatot kell végezni a húgyúti infekciók kizárására. Ebben az életkorban már biztosabban tudja megállapítani a tapasztaltabb szülő, hogy melyik testrészen jelentkezik a fájdalom, és a tünetek, köztük a köhögés jellegére, időszakára (éjjel vagy nappal) is értékes információkkal tud szolgálni.

3. táblázat:
Csecsemő-, kisdedkori távkonzultáció sajátosságai

Ismert, tapasztaltabb szülő –„közös nyelv”
Differenciáltabb helyzetmegítélés
Előző betegségekkel való összehasonlíthatóság
Tünetek időbeli progressziójának jobb megítélhetősége
Az időfaktor kisebb életkorfüggő jelentősége
A fájdalom helyének pontosabb meghatározása
A gyermek aktívabb (verbális?) részvétele

Kiütés esetén minden életkorra vonatkozóan nagyon fontos a pohárpróba elvégzése. Ha nyomással nem halványítható el a kiütés, akkor sürgős személyes vizsgálat szükséges. A csecsemő 3-4 napja fennálló láza esetén még állapotrosszabbodás nélkül is indokolt az újabb rendelői vizsgálat.

A légzészavar mértéke, jellege (húzó vagy ziháló), keletkezésének körülményei (etetés közbeni jelentkezés) szabja meg, hogy van-e szükség vizsgálatra. Az állapot súlyosságának megítélésében segítség lehet a légzés, a köhögés hangjelenségének megítélése (telefonba köhögtetés, lélegeztetés), a mellkasi behúzódások jelenléte, a csecsemő kinézete (cianózis, rossz általános állapot). Az asztmás gyermek gyakorlottabb szülője jobban meg tudja ítélni a nehézlégzés mértékét. Nincs messze az idő, amikor a házi vizsgálati eszközök, gyorstesztek közé, a lázmérő, a vizelettesztcsík mellé besorol a pulzoximéter is. A légzészavarok megítélésére általában nem elég – még videóüzenettel kiegészítve sem – a távkonzultáció. A nehézlégzés súlyosságának megítélése mindenképpen személyes vizsgálatot igényel. Kényszerhelyzetben a csecsemők komolyabb légzészavarának távkonzultációs értékelése csak annak eldöntésére szolgálhat, hogy sürgősségi beavatkozásra vagy a rendelésig halasztható vizsgálatra van szükség.

A táplálkozás értékelése a csecsemő- és kisdedkorban már kevésbé lényeges az állapot súlyosságának megítélésében. A bölcsődéskorban gyakori enterális fertőzések okozta hányások általában az első 12–24 órában – fokozatosan csökkenő gyakorisággal – megszűnnek. Az ennél tovább tartó vagy napokon át vissza-visszatérő hányás mindenképpen személyes vizsgálatot igényel. Hányások esetén az ellátás sürgősségét és módját az általános állapot és az egyéb tünetek értékelése szabja meg. A meningitiszt, a diabéteszes kómát, az akut hasi kórképeket, az előzetes fejtraumát és a dehidrációt biztonsággal ki kell zárni.

A nagyobb gyermek már többnyire meg tudja mutatni az ujjával, hogy melyik részen fáj a hasa. Szoros megfigyelés vonatkozik – lokalizációtól függetlenül – a nem szűnő hasi fájdalmakra. A hasat érő traumát követő hasi fájdalom mindig sürgősségi ellátást igényel. Sürgős sebészeti konzíliumra van szükség az invaginació, a petefészek- vagy a heretorzió gyanújánál. A hasi fájdalmak sürgősségi megítélésében a távkonzultáció nagy körültekintéssel és csak korlátozottan használható. A legkisebb bizonytalanság is perszonális vizsgálatot tesz szükségessé.

Óvodások, iskolások

Ebben az életkorban már tovább erősödik a bizalom, jobban ismeri egymást a gyermekorvos és a szülő. A gyermekének több banális fertőzését átvészelő, tapasztalt, általunk „kiképzett” szülővel beszélgetünk, ami javítja a tőle kapott információk értékét. Az esetek többségében az idősebb gyermekek betegségeinek dinamikája lassúbb (pl. dehidráció), ezért általában több idő áll rendelkezésre a betegség progressziójának megfigyelésére. A magatartászavarok, a pszichés hátterű kórképek azonban nem vizsgálhatók a távkonzultáció keretében.

Erre személyes konzultáció és részletes, időigényes pszichológiai vizsgálat szükséges.

A panaszok és a tünetek értékelésénél általános tapasztalat, hogy minél idősebb a gyermek, minél több együttes „élménye" van a gyermekorvosnak, a szülőnek a gyermek betegségeihez kapcsolódóan, annál jobban lehet támaszkodni az otthoni megfigyelésekre. Ennek a korosztálynak a szülei már többéves tapasztalattal bírnak gyermekük betegségeiről, jól ismerik a banális felső légúti betegségek lezajlásának menetét, a tünetek dramaturgiáját. Nyílt kérdések feltevésével részletekbe menő beszélgetést folytathatunk a szülő mellett a gyermekkel is.

4. táblázat:
Óvodás- és iskoláskori távkonzultáció sajátosságai

Nagyobb szülői tapasztalat és önállóság
Nagyobb kölcsönös bizalom
A gyermek bevonhatósága a kórelőzmény felvételébe
Részletesebb távkonzultáció
Differenciáltabb helyzetértékelés

Serdülők

A távkonzultációs anamnézis felvétele a serdülőknél annyiban tér el a többi korosztályétól, hogy velük már közvetlenül is meg lehet beszélni a panaszaikat. Ennek ellenére nem célszerű és nem is ajánlható kizárólag a serdülővel folytatni a távkonzultációt. Felmerülhet annak a lehetősége, hogy a szülővel és a fiatallal, egymás távollétében is, külön telefonos konzultációt folytassunk. A tünetek értékelésénél figyelembe kell venni a serdülők, adoleszcensek természetes szégyenérzetét és a korukkal együtt járó lezser hozzáállását. Ezért a szülőt is érdemes megkérdezni, hogy milyennek látja „kívülről" gyermeke állapotát. Bizonyos panaszok, tünetek megítélésénél szükség lehet a nemi aktivitásra vonatkozó kérdésekre is (várandósság kizárása). A leggyakoribb panaszok és az általános állapot felmérésére ebben a korosztályban is az előzőekben leírtak az irányadók.

5. táblázat:
A serdülőkori távkonzultáció sajátosságai

A szülő és a gyermek személyiségének alapos ismerete
A serdülő és a szülő együttes és külön-külön kikérdezése
Szégyenérzetük, lezserségük tekintetbe vétele
Differenciált helyzet- és állapotértékelés
Pszichés problémák személyes konzultációt igénylő kezelése

A távkonzultáció eredménye

A távkonzultációban alapvető követelmény, hogy a telefonkagyló letételéig el kell jutni a panaszok, a tünetek, a beteg helyzetének tisztázásához, esetleg a diagnózis megállapításához. Kézzelfogható, konkrét tanács, javaslat, a további teendők előírása nélkül egyetlen telefonbeszélgetés sem zárulhat. Az értékelés lényeges eleme a megállapított vagy vélelmezett kórkép súlyossága, időfaktora. A fentiekben részletezett általános törvényszerűségek ellenére minden egyes telefonhívás speciális megítélést követel. A távkonzultációnak természetesen dokumentációval kell zárulnia. Ilyenkor is kötelező a megismert kórelőzmény, a státus, a feltételezett diagnózis, az elhangzott javaslatok és a terápiás tanácsok pontos rögzítése.

6. táblázat:
A távkonzultációs ellátás eredménye, kimenetele

Nincs betegség, megnyugtatás
Diagnózis felállítása és otthoni terápia
Ha a vélelmezett betegség időfaktora engedi, további obszerváció-kontroll
Gyermekorvosi vizsgálat a rendelőben
Szakkonzultációs segítség (labor, rtg., UH) rövid határidővel
Szakkonzultációs segítség (labor, rtg., UH) hosszabb (1-2 hét) határidővel
Gyermekgyógyász szubspecialistához konzultációra utalás (telefonkonzultáció?)
Sürgős kórházi ellátás megfelelő mentőszállítással

Utószó

Ez az áttekintés természetesen minden előforduló gyermekbetegségre, tünetre, helyzetre nem adhat részletekbe menő megoldást. A ritka, az atípusos vagy a szakmailag sokrétű problémák megoldására nem javasolható a távkonzultáció. Ezeket az eseteket személyes vizsgálatra a rendelőbe, szakkonzultációra vagy a kórházba kell irányítani. A gyermekorvosnak, az asszisztensnek tudnia kell, hogy minden telefonhívás egyéni felelősségen alapuló egyedi értékelést igényel. A gyermekorvosoknak és munkatársaiknak a távkonzultációk során is ismerniük és tiszteletben kell tartaniuk kompetenciahatáraikat.

Minden telefonbeszélgetést azzal a tudattal szükséges lefolytatni, hogy abban a néhány percben benne rejtőzhet az egész gyermekgyógyászat, sőt szinte az egész „univerzum".

(A felhasznált irodalom elérhető a szerkesztőségben.)

2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról

Az első tisztázandó kérdés, hogy kikre terjed ki a jogszabály hatálya.

A törvény értelmében azon egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyek jogállására terjed ki, akik az állami vagy az önkormányzati fenntartású egészségügyi szolgáltatónál vagy annak fenntartójánál végzik feladataikat. Abban az esetben, ha jogszabály rendelkezése folytán valamely egészségügyi szolgáltató az e törvény hatálya alá tartozó egészségügyi szolgáltatóvá alakul át, az egészségügyi szolgáltatóra és annak foglalkoztatottjára – törvény vagy kormányrendelet eltérő rendelkezése hiányában – e törvény rendelkezéseit az egészségügyi szolgáltató átalakulását követő harmadik hónap első napjától kell alkalmazni.

A tekintetben, hogy ki foglalkoztatható egészségügyi szolgálati jogviszonyban, az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény ad eligazítást. E szerint:

a) az egészségügyi dolgozó,

b) az egészségügyben dolgozó, valamint

c) a rezidens.

Az állami és önkormányzati egészségügyi szolgáltatónál – az önkéntes segítők és közreműködők kivételével – csak egészségügyi szolgálati jogviszony keretében lehet egészségügyi tevékenységet és az egészségügyi szolgáltató működőképességének, illetve az egészségügyi szolgáltatások üzemeltetésének biztosítására irányuló tevékenységet végezni.

A nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény szerinti felsőoktatási intézmény által fenntartott egészségügyi szolgáltatónál, illetve működtetett klinikai központnál és egyetemi kórháznál foglalkoztatott egészségügyi dolgozó tekintetében e törvény rendelkezéseit kell alkalmazni.

Hogyan jön létre az egészségügyi szolgálati jogviszony?

Az egészségügyi szolgálati jogviszony egészségügyi szolgálati munkaszerződéssel jön létre. Az e törvénnyel ellentétes egészségügyi szolgálati munkaszerződés semmis. Egészségügyi szolgálati jogviszony olyan büntetlen előéletű és cselekvőképes személlyel létesíthető, aki megfelel az egészségügyi szolgálati munkaszerződés szerinti egészségügyi tevékenység végzésére jogszabályban előírt feltételeknek, és aki nem áll kamarai kizárás etikai vagy fegyelmi büntetés hatálya alatt. A jogszabály alapján létrejött munkaszerződésben a létesítésekor – áthelyezés, meghatározott feladat ellátására szóló megállapodás, azonos felek között létrejövő szerződés, illetve a kormány által meghatározott szakmai gyakorlati idő kivételével – három hónap próbaidő kikötése kötelező. Az egészségügyi szolgálati munkaszerződésben három hónapot meghaladó próbaidő is kiköthető, azonban a próbaidő tartama nem haladhatja meg összesen a négy hónapot. A próbaidő nem hosszabbítható meg.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy további munkavégzésre irányuló jogviszonyt, ideértve más keresőfoglalkoztatást, valamint díjazás ellenében folytatott tevékenységet is – a tudományos, oktatói, művészeti, lektori, szerkesztői, jogi oltalom alá eső szellemi tevékenység, a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszony (a továbbiakban együtt: gyakorolható tevékenység) kivételével – kizárólag a kormány által kijelölt szerv előzetes engedélyével létesíthet.

Fontos rendelkezés, hogy az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy az őt foglalkoztató egészségügyi szolgáltató székhelyén vagy telephelyén nem végezhet olyan egészségügyi tevékenységet, amelyre az egészségügyi szolgálati jogviszonya nem terjed ki. Ez alól kivételt képez, ha szolgálati jogviszonyban álló személy – a kormány által kijelölt szerv előzetes engedélye alapján – olyan tevékenységet végez, amelyben a munkavégzés időtartama részben azonos az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy munkaidejével.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy az egészségügyi szolgálati jogviszony keretében – az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerinti sürgős szükség esetét és a kormány rendeletében meghatározott eseteket kivéve – nem nyújthat egészségügyi szolgáltatást ugyanazon személy számára, akinek más, e törvény hatálya alá nem tartozó jogviszonyban már ugyanazon betegség tekintetében egészségügyi szolgáltatást nyújtott.

A kirendelés szabályai

Az egészségügyi szolgáltató fenntartója döntése alapján – az érintett egészségügyi szolgáltató vezetője véleményének kikérését követően – egészségügyi közfeladat ellátása érdekében az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy határozott időre kirendelhető egy másik, ugyanazon fenntartóhoz tartozó egészségügyi szolgáltatóhoz. A kirendelés időtartama nem haladhatja meg naptári évenként összesen a negyvennégy beosztás szerinti munkanapot vagy háromszázötvenkét órát. A kirendelés ugyanarra a feladatra egy alkalommal legfeljebb egy évvel meghosszabbítható. A kirendelés lejártát követően az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyt az egészségügyi szolgálati munkaszerződése szerinti egészségügyi szolgáltató köteles eredeti munkakörében tovább foglalkoztatni.

A kirendelés időtartamára a kirendelt az egészségügyi szolgálati munkaszerződésben foglalt illetményre jogosult, a kirendelés időtartama alatt az illetmény csak az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy javára módosítható. Az egészségügyi szolgáltatók közötti kirendelés az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyre nézve – különösen a korára, egészségi állapotára vagy egyéb körülményeire tekintettel – aránytalan sérelemmel nem járhat. Az egészségügyi szolgáltatók közötti kirendelés abban az esetben rendelhető el, ha a feladat ellátása megfelel az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy iskolai végzettségének, szakképzettségének vagy szakképesítésének. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személyt legalább tíz munkanappal korábban írásban kell tájékoztatni az egészségügyi szolgáltatók közötti kirendelés elrendeléséről, valamint várható időtartamáról.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról szóló 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet fontosabb szabályait a Hírvivő következő számában közöljük.

2021 áttörést hoz a házi gyermekorvoslásban?

Kedves Kollégák!

Az egészségügy átszervezése, az ahhoz kapcsolódó finanszírozásemelés, kötelezettségi és szervezeti változások valamennyiünk érdeklődésének a középpontjába kerültek. Sok bizonytalanság, számos találgatás lát napvilágot, ezért is szeretnénk minden információt a lehető leggyorsabban átadni. Az utóbbi hónapokban a HGYE vezetése számos egyeztetésen vett részt, amelyeken a megelőző – éjszakába nyúló – megbeszélések során kialakított szakmai álláspont mentén képviseltük a házi gyermekorvosok érdekeit a szakma, a politika, a szakmapolitika és a döntéshozók felé egyaránt.

Korábbi felmérésünk szerint a házi gyermekorvosok többsége megfelelő finanszírozás mellett szívesen vesz részt praxisok együttműködésében, amennyiben finanszírozási, praxisvezetési önállósága, praxisjoga nem sérül. Az előzetes tárgyalások során ezen alapvetéseket a döntéshozók elfogadták, ezek többségében megjelentek a sokunk által már nagyon várt, az alapellátás működését pontosan szabályozó rendeletben, soha nem látott mértékű béremelés kíséretében. A szabályozás lehetőséget biztosít az önálló házi gyermekorvosi rendszer fennmaradására az egészségügy átszervezése után is, a praxisközösségekben történő együttműködés nem vezet törvényszerűen a GP rendszerré való átalakuláshoz. Fontos szempont, hogy lehetőséget nyit pályázható forrásokból gyermekspecifikus szakemberek bevonására, eszközök beszerzésére, vagyis arra, hogy a helyi szükségleteknek megfelelő ellátásokat nyújtsunk.

A praxisközösségek laza kollegiális (területi alapú szervezeti egység), valamint szorosan együttműködő alapellátási (a 3G modellhez hasonló szakmai együttműködés) működési, finanszírozási, irányítási és jogi kereteit szabályozza az 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet. Egy háziorvosi kollegiális vezetőhöz tartozó járásban dolgozó háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi praxisok dönthettek, illetve akár a későbbiekben is dönthetnek úgy, hogy belépnek egy közös „laza" praxisközösségbe. Egy-egy laza praxisközösség tagjai közül legalább 5 praxis egyező szándéka esetén hozható létre szoros, azaz közös szakmai elképzelések megvalósítását vállaló praxisközösség. Utóbbi praxisközösség várhatóan több feladatot végez majd el, azonban lehetősége lesz a többletfeladatok megoldásához eszközöket beszerezni, szakembereket foglalkoztatni. Így az ilyen közösségben dolgozó kollégák, jó szervezés mellett, kevesebb adminisztratív és szakdolgozói feladatot végeznek, munkaidejük jelentősebb részét fordíthatják a szakvizsgájuk, akár szakvizsgáik által végezhető szakorvosi feladatokra. A praxisközösségek számára várhatóan olyan szakmai feladatokat tartalmazó listák, „bőségkosarak" készülnek, melyekből kiválasztható az érintett populáció, illetve a kolléga szaktudásának leginkább megfelelő többletszolgáltatás.

A praxisközösségekről minden beszerezhető információt, legyen az szakmai, jogi vagy gazdasági, egy személyes és online is elérhető konferencia keretében 2021 júniusában a mindenki által kedvelt siófoki helyszínen osztunk meg.

Barátsággal és bizakodással teli üdvözlettel:
Havasi Katalin, HGYE-elnök