

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA



XXV. évfolyam
2020/3. szám

Tartalom

SAKMAPOLITIKA ÉS ÉRDEKVÉDELEM

Merre tovább, melyik úton? 4

INTERJÚ

A házi gyermekorvoslás a hivatásom 6

NAPRAKÉSZEN

A gyakori csecsemőkori tünetek és a tejfehérje-allergia közötti összefüggésre utaló bizonyítékok vizsgálata 9

Új szakmai irányelv a Lyme borreliosis diagnózisáról és kezeléséről 11

PEDISZKÓP

Kamaszkor – kamaszkór? 15

JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT

Alapellátás a veszélyhelyzet után – szabályok és értelmezési kérdések 16

GONDOZZUK KERTJEINKET!

Anorexia nervosa 18

Fertőzésmegelőzés elősegítése a bélflóra támogatásával (X) 27

Az aminosav alapú táplálás gyakorlata (X) 29

PRAXISMENEDZSMENT

Status post COVID, avagy tele van a medicinánk 30

HÁZUNK TÁJA

A gyermek-alapellátás kihívásai a 21. században 32

TAGSÁGI VÉLEMÉNY

Y generáció a házi gyermekorvoslásban 39

Médiatámogató:  OBSERVER

A Házi Gyermekorvosok Egyesületének kiemelt támogatói 2020-ban:

 BioGaia

 gsk

 NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION

 Nestlé Nutrition

 Pfizer

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. Póta György

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. Pölöskey Péter

Pediszkóp; Praxistuning

Dr. Altorjai Péter

A világ egyetem

Braun Helga

Egyesületi hírek; Hirdetések

A JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT ELÉRHETŐSÉGEI:

dr. Erdélyi István: +36 20 944 3540

(minden pénteken 14 és 16 óra között hívható)

Emailcím: mediconsult.kft@upcmail.hu

HÍRVIVŐ

A HÁZI GYERMEKORVOSOK EGYESÜLETÉNEK SZAKMAI LAPJA

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

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

Kiadó: Házi Gyermekorvosok Országos Érdekképviseleti és Szakmai Egyesülete

Felelős kiadó: Dr. Póta György, elnök

Lapigazgató: Braun Helga

ISSN szám: 1417-0795

Dizájn, nyomdai munkák:

PRESENT Kft.

1222 Budapest, Borkó u. 4-6.

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

Merre tovább, melyik úton?

Válaszút elé érkeztünk. A koronavírusról való félelem világgossá fogja tenni a további változások szükségességét. Lehet, hogy lesz második hullám, amely erősebb lesz az elsőnél, lehet, hogy nem, nem tudjuk. A félelem azonban, hogy munka közben fertőződöm meg, és én vagy szeretteim közül valaki emiatt meghal, sokakat elgondolkodtat, lehet-e, érdemes-e folytatni.

Mit kezdünk ezzel a helyzettel? Folytatjuk úgy, ahogy eddig, majd csak lesz valahogy? De ki fogja ellátni a biztosan jóval nagyobb számú akut betegeket, ki fog oltani? Még egyszer nem lehet a házi gyermekorvosok megmaradt hatvan százalékától elvárni, hogy ad hoc módon szervezze meg az ellátást. És vegyük észre, a betegek sem viselnének el újra egy több hónapig tartó időszakot, amikor nem érik el az orvosukat, ha elérik, csak telefonon konzultálhatnak, hiszen csak a COVID-gyanúsak kapnak ellátást, a többieknek úgyisincs olyan nagy bajuk.

Ez így nem fog menni. De akkor hogyan tovább?

A hazai alapellátást még mindig szülőpraxisok jellemzik. Nagy előnye ennek, hogy az ember a maga ura. Kis túlzással, amíg nem követ el törvénybe ütközőt, azt csinál, amit akar. Egyetemisták között végzett felmérés bizonyítja, hogy jellemzően ez az, amit pró és kontra szinte mindenki említ, ha azt kérdezik, miért akar vagy miért nem akar az alapellátásban dolgozni. Sokaknak tetszik a szabadság, ám ugyanennyit taszít is a saját magára utaltság. Hogy jön ez most ide? A praxist vezető házi gyermekorvos kötelessége biztosítani a hozzá bejelentkezők számára a teljes körű ellátást. Tehát, ha én nem tudok vagy nem akarok kontaktellátásban részt venni, gondoskodnom kell, hogy mikor ki fogja megvizsgálni a betegeimet, ha félek oltani, biztosítanom kell az oltások időben való beadását akár úgy, hogy a telemedicina adta lehetőségeket kihasználva csak a feltétlen szükséges eseteket küldöm tovább, de akkor is meg kell egyeznem a kollégákkal, mikor kihez küldhetem. A veszélyhelyzet alatt voltak, akik teljesen visszavonultak az ellátásból, és a területen dolgozókra hagyták az ellátást. Az, hogy ki hogyan egyenlíti ki a helyettesített szolgáltatást, minden esetben a kollégák közötti megegyezés kérdése, mert mindenkinek magának kell gondoskodnia a megfelelő ellátásról. Ez a szülőpraxisok hátránya. Lehet ezt az utat választani a jövőben, de a járványhelyzet megmutatta, milyen sérülékeny a rendszer. És ez csak rosszabb lesz. Ebbe a formába nem nagyon jönnek a fiatalok, nem lesz helyettes, sokan már most sem tudnak elmenni szabadságra, továbbképzésre. Ez az út a házi gyermekorvoslás lassú, biztos megszűnéséhez vezet.

Évek óta mindenki, akinek csak egy kis köze is van az alapellátáshoz, kijelenti: a praxisközösségeké, a csoportpraxisoké a jövő. Ahhoz, hogy tömegével alakuljanak ilyen teamek, teljesen meg kell változtatni a jogi és finanszírozási környezetet.

Praxisközösség

A praxisközösségek kapcsán mindenkinek az utóbbi évek kormányzati törekvései jutnak az eszébe. Az etalon az úgynevezett svájci projekt volt. Nagyon sok eredményt tud felmutatni, de ne felejtjük el, ez a hátrányos helyzetű, rossz egészségügyi ellátású területeken szerveződő forma. Ott, ahol a legrosszabbak voltak az egészségügyi mutatók, természetesen a lakossági szűrővizsgálatok megszervezésével rögtön javulást lehetett elérni. Ahol szinte nem volt gyermekorvos, egy gyermekpraxis konzultációs tevékenységével sokat javult a helyzet. Akkor is tudtuk, ez a minta nem terjeszthető ki az egész országra.

A háromgenerációs pályázatra alakult praxisközösségek tapasztalataira és tanulságaira már lehet építeni, de a gond, hogy ezek a praxisközösségek egyes önkényesen választott népegészségügyi szűrőprogramokra épültek, ezekben sem mutatkoznak meg még a gyógyító munka során jelentkező előnyök.

A valódi gyógyító, megelőző alapellátó praxisközösségekben egy adott területen dolgozó házi gyermekorvosok állnak össze, praxisuk megtartása mellett, gazdasági és szakmai közösségbe szerveződve. Akár egy szövetkezetben, a tagok egyenrangúak, önállóak, de a hatékonyabb munkavégzés miatt szükséges a szoros együttműködés. Közösen szerződhetnek specialistákat, kiegészítő társszakmák művelőit a magasabb színvonalú lakosságközeli ellátás érdekében. Ez a forma a jelenlegi praxistörvény-szabályozás keretein belül megvalósítható, de szükséges a definitív ellátás kiszélesítése. Elengedhetetlen, hogy a tevékenységek teljes finanszírozása megszerezhető legyen az alapellátásban. Ebből a pluszfinanszírozásból tudja a praxisközösség díjazni a szükséges külső erőket. A sokszor emlegetett, de meg nem valósult lehetőség, a második szakvizsga vagy megszerzett jártasságok alkalmazása a praxisban pluszfinanszírozáshoz juttathatja az ott dolgozókat. Az ilyen praxisközösségek a területi adottságok szerint állhatnának csak gyermekorvosokból, amire még nincs példa Magyarországon, és olyan területeken, ahol nagy távolságban is kevés a házi gyermekorvos, lehetnének felnőtt- és gyermekellátók-ból alakult praxisközösségek. Ennek a formának az előnye,

hogy megmarad a szoros orvos-páciens kapcsolat, a betegek ahhoz az orvoshoz járnak, akit választottak, akiben a legjobban megbíznak. Véleményem szerint hazánkban és a hasonló történelmű környező országokban ez a bizalom alapuló, választott orvos-beteg kapcsolat még meghatározó szereppel bír. A finanszírozás változása esetén a fentebb leírtak szerint ez a forma is biztosítani tudja a magas szintű definitív ellátást, kezelni tudja a helyettesítéseket. Így a tagok önállósága megmarad, a praxisok tulajdonosai azonban cserélődhetnek, vagyis ezeket a praxisokat el lehet adni. Ennek a formának az alapfeltétele, hogy minden tag együttműködő, csapatjátékos legyen, itt nem engedhető meg a többiekől eltérő önállósági törekvés.

Csoportpraxis

Az utóbbi időben számos országban egyre több csoportpraxis alakul. Ez újfajta gondolkodást igénylő forma orvostól, betegtől egyaránt. A hagyományos egy orvos – egy beteg kapcsolat itt megszűnik, egy nagyobb ellátási területen belül megszűnnek a praxishatárok. A páciens egy csoportpraxishoz, egy rendelői közösséghez tartozik. Nem kötelező praxistulajdonosnak lenni, alkalmazotként is el lehet látni a munkát. A specialisták, a társszakmák képviselői tagjai a csoportpraxisnak. A forma előnye, hogy könnyen tudja kezelni a humánerőforrás-problémákat, rendelési idők vannak, és az ott dolgozó orvosok képesek megfelelő előkészítés után nagyobb tömegeket is megfelelően ellátni. Az egységes ellátás kialakított protokollokra épül, több szerep jut a nondoktori ellátásnak. A járványhelyzet megmutatta, hogy egy ilyen formában működő terület jóval könnyebben tudja kezelni a kollégák kiesésével járó, egyenetlen elosztá-

sú, hirtelen fellépő helyzetet. A valódi csoportpraxisok kialakításának feltétele a praxistörvény megváltoztatása és, ugyanúgy, mint a praxisközösségek esetében, a finanszírozás átalakítása.

Ma még ezek a formák Magyarországon csak elképzelések, de a világ és Európa sok országában működnek. Nem kell feltalálni a spanyolviaszt. A Házi Gyermekorvosok Egyesülete is a tavaly őszi kongresszusán bemutatta a csoportpraxis-szerű működést a modell egyik izraeli kitalálója, Cohen professzor előadásában. Viszont azt is tudjuk, nincs két egyforma ország, nincsenek egyformán működő ellátási formák. Óva intek mindenkit valamelyik forma erőszakos bevezetésétől. Szerintem még senki sem tudja, nálunk melyik forma hol fog jól működni, és hol bukik meg. Ki kell alakítani a feltétlenül szükséges jogi és finanszírozási környezetet, preferálni a teammunkát, és lehetőséget adni a három forma párhuzamos működtetésére. Ha valaki szólóban akar tovább dolgozni, és biztosítani tudja a megfelelő színvonalú ellátást, hagyjuk meg neki. Én is fontosnak tartom a bizalomra és a folyamatos kapcsolatra épülő praxisok működését, ebben tudom azt a szerepet biztosítani a családoknak, amiért erre a pályára jöttem. Belátom azonban, a helyzet alakulása sok minden feladását kényszerítheti ki, ebben az esetben a skandináv országokban régóta jól működő csoportpraxis lehet a megoldás. Az élet el fogja dönteni, melyik út lesz hosszú távon járható. A legfontosabb, hogy őrizzük meg a gyermekorvosi alapellátást mindenki számára hozzáférhető módon, mert abban mindnyájan biztosak vagyunk, hogy a gyermekek komplex egészsége szempontjából nem mindegy, ki látja el őket.

Kedves Kolléganő/ Kolléga Úr!



Bízunk benne, hogy elégedett a HGYE vezetőségének munkájával, szolgáltatásaival, rendezvényeivel, és továbbra is számíthatunk éves tagdíja befizetésére, amelynek összege 10 000 Ft. Ezen forrás az egyesület folyamatos és zökkenőmentes működéséhez nagymértékben hozzájárul. A több mint két évtizede következetesen a hazai gyermekorvosi alapellátás szakmai céljaiért, a területen dolgozó gyermekorvosok érdekeinek érvényesítéséért végzett tevékenységünket a jövőben is szeretnénk folytatni.

**A HGYE számlaszáma:
11713005-20419448**

(a közlemény rovartban tüntesse fel nevét), a számlát ezt követően küldjük a megjelölt (cég)névre.

Tisztelettel:
Dr. Póta György elnök

Tájékoztatjuk, hogy a praxisukat ténylegesen feladó, nyugdíjba vonuló kollégákat - kérésük esetén - fizetési kötelezettség nélkül is megilletik a HGYE-tagnak járó kedvezmények.

Braun Helga |

A házi gyermekorvoslás a hivatásom



Muzsai Géza,
országos kollegiális
házi gyermekorvosi
szakmai vezető

2020 júniusában vehette kézhez kinevezését Muzsai Géza országos kollegiális házi gyermekorvosi szakmai vezető. Néhány héttel később vezetésével már meg is tartották első megbeszélésüket a megyei szakmai vezetők. Muzsai Gézával július végén beszélgettünk tervekről, elképzelésekről, célokról.

Mit érdemes tudni önről?

Jövőre lesz harminc éve, hogy házi gyermekorvosként tevékenykedem Győrben. A HGYE vezetőségének munkájában pedig immár a negyedik ciklusban veszek részt, az utóbbi nyolc évben mint alelnök. Fontos szerepet játszott ez a szervezet a házi gyermekorvoslás fennmaradásában. Biztos vagyok abban, hogy nélkülünk a házi gyermekorvosi ellátórendszer alacsonyabb színvonalon működne. A HGYE elnöksége mellett kilenc éve az Egészségügyi Szakmai Kollegium gyermek-alapellátási tanácsának elnöke vagyok, két ciklus erejéig a Magyar Gyermekorvosok Társaságának főtítkárhelyettesi pozícióját is betöltöttem. Tizenhárom éve vagyok ügyvezetője a Győri Házi orvosok Ügyelete Nonprofit Kft.-nek, tizennyolc évvel ezelőtt lettem megyei szakfőorvos, és mindaddig az voltam, amíg ez a pozíció létezett. Az utóbbi évtizedekben ellátott feladatok széles rálátást biztosítanak a jelenlegi házi gyermekorvoslási alapellátás rendszerére. A szülők és a gyermekek érdeke is az, hogy ez az ellátórendszer megújulva, modern formát öltve még sokáig segítse a gyermekek színvonalas gyermekorvosi ellátását. Ehhez mindenképp meg kell oldanunk az utánpótlás ügyét, hiszen a házi gyermekorvosok korfája jelenleg rendkívül magas. A gyermekek megfelelő minőségű orvosi ellátása a felnőttek egészsége szempontjából is kiemelkedően fontos. Nem véletlen a HGYE szlogenje sem: „Az egészséges felnőttkor záloga az egészséges gyermekkor”. A hatékony prevencióval, betegségek megfelelő gyógyításával, gondozásával egészségesen tudjuk átadni a felnőtt házi orvosok rendszernek 19 éves koruk után a fiataljainkat. A felnőttek egészségét mi, házi gyermekorvosok alapozzuk meg a megfelelő minőségű házi gyermekorvosi ellátással. Erre kell törekednünk folyamatosan, és ez a célom kollegiális házi gyermekorvosi szakmai vezetőként is.

2019-ben írta ki az ÁEEK a kollegiális szakmai vezetői pályázatot. Ennek a hálózatnak a kiépítése mit jelent a gyermekorvos kollégák számára?

Úgy gondolom, hogy ez a rendszer segíteni fogja kollégáink munkáját. Erre már nagyon régóta szükség volt, ezért is fogadtuk az alapellátásban nagy örömmel és várakozással a kollegiális szakmai vezetői rendszer létrehozását lehetővé tevő rendeletmódosítást 2018-ban. Ez alapján írták ki 2019-ben a pályázatot, és választották meg az országos és megyei kollegiális szakmai vezetőket. Most kezdődhet a rendelet céljainak gyakorlatba ültetése. A kollégák, reméljük, mielőbb megismerik a hálózatot, és megtapasztalják, hogy ez a munkájukat nagymértékben támogató testületként működik. Ez azonban nem egyik pillanatról a másikra fog megtörténni.

Miért gondolta úgy, hogy benyújtja a pályázatát?

A legegyszerűbben talán úgy válaszolhatok, hogy ez a feladat jelenti a legnagyobb kihívást számomra, úgy érzem, hogy így tudok a legtöbbet tenni a szakmánkért. Nem egyedül találtam ki. Több kollégám is biztatott a feladat elvállalására.

A kinevezési folyamat elhúzódott, ez nem bizonytalanította el?

Optimista vagyok, és hiszek abban, hogy zökkenőmentesen lehet kialakítani ezt a rendszert, és hiszek abban is, hogy húsz év múlva is lesz házi gyermekorvoslás, ezért akarok dolgozni. A gyermekeknek a területen házi gyermekorvosra van szükségük! Ehhez elengedhetetlen a megfelelő finanszírozás, illetve az infrastruktúra megteremtése. Kiterjedtebb kompetenciával, ehhez korszerű eszközállománnyal kell rendelkeznie a jövő házi gyermekorvosának. Ki kell használni a csapatmunkában rejlő lehetőségeket és ez által is definitívebb ellátást nyújtani a ránk bízott gyermekeknek. A magas színvonalú szakmai ellátás vonzó lesz a fiatal korosztály számára, és lesz utánpótlás is.

Hogyan kell elképzelni a kollegiális rendszert? Miként épül fel?

A 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 2018 közepén hatályba lépett módosítása szerint mindhárom alapellátáshoz tartozó szakmában (házi gyermekorvos, háziorvos és fogorvos) területi, megyei és országos vezetőből áll össze a rendszer. Mindhárom szakterületen a megye méretétől függően több területi vezető lesz, akiket a tizenkilenc megyei és egy budapesti vezető fog össze, őket pedig az országos szakmai vezető irányítja. A kinevezés mindenkinek három évre szól. A házi gyermekorvosoknál a Békés, a Nógrád és a Vas megyei vezetői pozícióra az ÁEEK újabb pályázatot írt ki, így ők utólag csatlakoznak a csapathoz. Addig is a többiekkel megkezdjük a munkát, a közös gondolkodást. Előreláthatólag most ősszel választják meg maguk közül a kollégák a területi vezetőket. A számuk, ahogy már említettem, a megye nagyságától függ. Először jelölni kell, majd ezután elektronikus szavazással történik a választás, és még idén feláll a rendszer legelső tartópillére is.

A feladatokat minden szinten a rendeletek szabályozzák, vagy inkább csak egy keretet határoznak meg?

Az ÁEEK-val mindenki szerződést kötött, és abban már részletesebben vannak leírva a feladatok, mint a rendeletben. Az ÁEEK főigazgatója rám bízta az egész rendszer kialakítását, amelynek első lépéseként meg kell választani a területi vezetőket, majd ezt követően gyakorlatilag nekünk kell felépítenünk a hálózatot az alapoktól, és emellett megfelelő egészségügyi javaslatokat kell letenni az asztalra.

Szakmai vezetőként mi lesz a feladata, mik a prioritások?

Hiszek abban, hogy az egész alapellátással közösen összefogva lehet eredményt elérni, mert vannak olyan területek, amelyek mind a három szakmát érintik. Feladataimat, ahogy a területi és megyei vezetők feladatát is mindhárom szakmában a 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet határozza meg. Ezek között szerepel a folyamatos kapcsolattartás – amely eddig is megvolt – a kollégákkal, a szakellátással, a klinikummal, a szakmai szervezetekkel (pl. HGYE, BKGYT, MGYT, HAOSZ), a tagozattal, a tanáccsal, az egészségfejlesztési irodákkal, a kamarával. Ez a problémafeltárás miatt nagyon fontos. Ha rendszeres kapcsolatot tartunk velük, akkor látjuk az esetleg felmerülő problémákat, és közösen meg tudjuk őket oldani. Például ha már az alapellátás területén van valami nehézség, azt a területi kollegiális vezető megpróbálja megoldani. Ha nem megy, fordulhat a megyei kollegiális vezetőhöz vagy még feljebb, az országos szinthez megoldásért. A helyben dolgozó kolléga látja a legjobban a helyi problémákat, így minden megyére oda tudunk figyelni, és minden megye problémáját közösen meg fogjuk tudni oldani. Így, remélem, egy jól működő országos rendszer fog kialakulni. De nem hullanak az ölünkbe a megoldások, hanem keményen meg kell értük dolgozni. Senki ne várjon azonnali eredményt. A kollégákkal a rendszeres, legalább háromhavonkénti találkozókra meg lehet beszélni a problémás eseteket, ezekhez a megbeszélésekhez szakmai továbbképzéseket lehet és kell kapcsolni. A jogszabályokra, változásokra fel tudjuk hívni a kollégák figyelmét. Évek óta

dolgozunk azon, hogy gyermekgyógyász szakorvosként nagyobb jogosítványokat kapjunk a gyógyításhoz. Például kórházi orvosként – akár csak páréves gyakorlattal – jogosult vagyok bizonyos tevékenységekre, praxisba kikerülve, akár húsz-harminc éves gyakorlattal viszont már ugyanarra nincs jogom. Azt gondolom, hogy ugyanolyan jogosítványokkal kell rendelkeznie a kórházi és a praxisban dolgozó gyermekgyógyász szakorvosoknak. Ha megadjuk az alapellátásnak a jogot bizonyos kérdések megoldására, az alapellátás definitív ellátást tudna nyújtani. Ezáltal levinnénk a szakellátásról ezt a terhet, így sokkal kevesebb gyermeket kellene oda továbbí-



Dr. Békássy Szabolcs,
országos kollegiális
háziorvosi szakmai
vezető

Kollegiális szakmai háziorvosi vezetőként mi lesz a feladata, mik a prioritások?

Az újonnan felálló országos kollegiális vezetői hálózat feladatai az irányadó jogszabály rendelkezései szerint pontosan meg vannak határozva, ám az egészségügyi ellátórendszer, azon belül az alapellátás keretei között elinduló, új strukturális elemről van szó, amely jelenleg még az útkeresés fázisában van. A pionírszerep kör nagy kihívás elé állítja az országos és megyei vezetőket, egyúttal adva van annak a lehetősége is, hogy saját képünkre, azaz a háziorvos- és házigyermekorvos-társadalom képére formáljuk a rendszert. A megválasztott vezetőknek ez próbatétel és nagy felelősség egyben. Elsődleges célként fogalmaztuk meg a kollégáknak közvetíthető szakmai és módszertani támogatáson túl azt, hogy olyan kollegiális hálózat szolgálja az alapellátó szakembereket, mely nagymértékben hozzájárulhat az alapellátás sajátosságából adódóan elszigetelten működő praxisok helyzetének javításához. Kiemelt jelentőségű, hogy a háziorvosi és házi gyermekorvosi hálózat szoros együttműködésben végezze tevékenységét, hiszen egyrésztől közös hajóban evezünk, másrésztől pedig sajnálatos módon egyre nagyobb mértékben vegyes praxisok kénytelenek ellátni a gyermekeket. A trend megfordíthatatlannak tűnik, a háziorvosok helyzeténél talán már csak a házi gyermekorvosok vannak nehezebb helyzetben. A praxisok kiüresedéséből és az utánpótlás hiányából fakadóan a vegyes körzetek száma drasztikusan nő, e kedvezőtlen folyamatok kapcsán pedig a gyermekek ellátásával kapcsolatos specifikumokhoz köthető problémák is egyre gyakrabban felszínre jönnek a háziorvosi praxisokban.

tani. Jelenleg sokszor csak azért kell beküldeni, hogy a kolléga megkapja a javaslatot a gyógyszerfelíráshoz, erre nem lenne szükség, illetve csak akkor, ha az alapellátás nem tudja ellátni. Egyszerűbb lenne mindkét oldalnak, ha csak az kerülne kórházba, akinek szükséges. Ennek meg kell teremteni a megfelelő kritériumait. Ez az egyik legnagyobb lehetőség a kollegiális vezetői rendszerben. Ha ezt a rendszert az egész országra kiterjesztjük, gyakorlatilag hasonló elvek érvényesülhetnek, így egységes elvek alapján tudna működni a teljes házi gyermekorvosi ellátás. Ehhez el kell érni néhány jogszabályváltozást. Sajnos nem lehet mindenhol házi gyermekorvos, bár az volna az ideális. Mivel jelenleg ezt nem tudjuk elérni, a kollegiális vezetőknek a területükhöz tartozó vegyes praxisban dolgozó kollégák gyermekellátását is segíteniük kell. Ezzel a vegyes praxisok gyerekellátása is javulhat. Ha a vegyes praxis nem tudja megoldani a problémát, akkor a házi gyermekorvoshoz fordulhat segítségért, ne kelljen a gyermeket beutalni a szakrendelésekre. A védőnőkkel való munkakapcsolatot is javítani kell. Bizonyos helyeken nagyon jól működik, más hol viszont úgy, mintha nem is ugyanazt a gyermekpopulációt gondoznánk. A jó, személyes együttműködés a legfontosabb, együtt, egy csapatban kell dolgozni, rendszeres eszmecsere-vel, közös tanácsadásokkal, mert a gyerekek érdeke ezt kívánja. A védőnők adminisztrációs terheit pedig csökkenteni kell.

Hogyan tudja majd összeegyeztetni a sok tevékenységet?

Eddig is sok funkcióm volt, eddig sem volt egyszerű, és ezután sem lesz az. Praxistevékenység nélkül nem lehetett pályázni, így lehet átlátni az egész szakmát, az ellátórendszert. Nagyon sok időt, fáradságot igényel ez, de a házi gyermekorvoslásért végzett munka nekem nagyon sokat jelent.

Már megvolt az első megbeszélés is a megyei vezetőkkel. Miről volt szó? Mik az első tervek, célok?

Július elején Budapesten ültünk össze először. Nagyon jó volt az első találkozás, mindenki bemutatkozott, elmondta, mivel, hogyan indulunk el, és néhány feladatot már ki is osztottunk. Készítettünk kérdőívet a kollégáknak, a válaszok értékelése alapján fogjuk meghatározni a további teendőket, illetve egy lehetséges munkatervet. Megbeszéltük, hogy a COVID-19-járvány által kikényszerített pozitív munkamódszereket megpróbáljuk továbbra is fenntartani. Erre létrehoztunk már egy munkacsoportot is. Így a 14 év alatti korosztály számára az e-receptnek, valamint a telemedicinális eredményeknek fenn kell maradniuk. Az e-beutaló, az e-konzultáció rendszerének kialakítása, valamint a házi gyermekorvosi definitív ellátás javítása szintén fontos feladat lesz. Az éves terv már alakul, a kollégák tettek már erre javaslatokat. Igazán aktívak a kollégák, és nagyon akarnak dolgozni. Ezt jó látni. Bízunk benne, hogy az idő előrehaladásával sem fog ez lankadni. A megbeszéléseink online formában folytatódnak. Az első teendő a rendszer teljes, összes megyére kiterjedő felépítése.

Kollegiális szakmai vezetőként szorosan együtt kell majd működni számos szakmai partnerrel, szervezettel, így a HGYE-vel is? Ezt hogyan képzelel el?

A HGYE vezető képviselői közül többen benne vannak ebben a rendszerben. A megyei vezetők között hárman vannak a HGYE vezetőségéből. Bízom benne, hogy a területi vezetők között is lesznek HGYE-vezetőségi tagok. Ez a kollegiális hálózat azonban jóval több embert foglalkoztat. A problémák sokkal jobban a felszínre jöhetnek, és a megoldásuk talán nagyobb hangsúlyt kaphat az ÁEEK égisze alatt. Országosan több mindenre kiterjedhet majd a figyelem. A kollegiális rendszer és a Házi Gyermekorvosok Egyesülete ki fogják egészíteni egymást, így szorosan együttműködve tudják majd a területi gyermekorvoslás érdekeit képviselni.

HÁZIORVOSI TAGOZAT MEGYEI VEZETŐK LISTÁJA

Bács-Kiskun	Dr. Móczár Csaba
Baranya	Dr. Princz János
Békés	Dr. Garay Erzsébet
Csongrád-Csanád	Dr. Cs. Szabó Zsuzsanna
Fejér	Dr. Török Péter Ádám
Győr-Moson-Sopron	Dr. Balázs Mihály
Hajdú-Bihar	Dr. Kovács Eszter
Heves	Dr. Bőze Barna Zsolt
Jász-Nagykun-Szolnok	Dr. Pethő Szilvia (orvosi név: Dr. Szénási Szilvia)
Komárom-Esztergom	Dr. Juhász Dr. Gordán Ildikó
Nógrád	Dr. Balogh Botond
Pest	Dr. Papp Kornél
Somogy	Dr. Mihályfalvi Zita Katalin
Szabolcs-Szatmár-Bereg	Dr. Soós Zoltán
Tolna	Dr. Papp Zoltán
Veszprém	Dr. Kalmár Zsolt
Zala	Dr. Vajda Gábor

HÁZI GYERMEKORVOSI TAGOZAT MEGYEI VEZETŐK LISTÁJA

Bács-Kiskun	Dr. Szentannay Judit
Baranya	Dr. Pátri László János
Borsod-Abaúj-Zemplén	Dr. Onozó Beáta Zsuzsanna
Budapest	Dr. Király Balázs
Csongrád-Csanád	Dr. Rósa Ágnes
Fejér	Dr. Wilhelm Róbert
Győr-Moson-Sopron	Dr. Török Violetta
Hajdú-Bihar	Szabóné Dr. Sutka Melinda
Heves	Dr. Puja Sándor
Jász-Nagykun-Szolnok	Dr. Szőnyi József
Komárom-Esztergom	Dr. Fehér Béla
Pest	Dr. Kovács Ákos
Somogy	Dr. Fátih Beáta
Szabolcs-Szatmár-Bereg	Dr. Kántor Irén
Tolna	Dr. Omacht Erika
Veszprém	Dr. Kristófné Dr. Szabó Etelka
Zala	Dr. Hóbor Miklós József

Összeállította: Dr. Szentannay Judit | házi gyermekorvos, gyermek-gasztroenterológus szakorvos, Kecskemét

A gyakori csecsemőkori tünetek és a tejfehérje-allergia közötti összefüggésre utaló bizonyítékok vizsgálata^[1]

Folyóirat-referátum

Az Amerikai Orvostudományi Társaság (American Medical Association) folyóiratának áprilisi számában az Imperial College London munkacsoportja által jegyzett közlemény jelentőségét az a megállapítás adja, hogy napjainkban egyre nő a tejfehérje-allergiával diagnosztizált csecsemők száma, ezzel párhuzamosan meredeken emelkedik a speciális tápszerek felírása, s ez a tendencia egyértelműen nem kedvez az anyatejes táplálásnak.

A szerzők a cikk első felében kilenc releváns nemzetközi irányelvet tekintenek át, és azt vizsgálják, hogy van-e összefüggés a gyakori csecsemőkori tünetek és a tejfehérje-allergia között. A közlemény második felében arra keresik a választ, hogy az anyatejben megjelenő tehéntejfehérje-allergének képesek-e allergiás reakció kiváltására.

Egyes gyakori csecsemőkori tünetek – mint a sírás, a hányás, a bőrkiütések – hátterében a szülők gyakran tejfehérje-allergiát feltételeznek. Ezzel párhuzamosan az utóbbi években gyakoribbá vált a speciális tápszerek felírása. Ausztráliai és angliai adatokat vizsgálva egyebek közt azt láthatjuk, hogy az aminosav-alapú tápszerek felírása a tízszeresére emelkedett az elmúlt tíz évben. Ezt a növekedést messze nem magyarázza a tejfehérje-allergia prevalenciájának ilyen arányú növekedése.

A tejfehérje-allergia gyakoribb formája az IgE-mediált allergia. Ebben az esetben a tünetek az allergénnel való találkozás után gyorsan, általában két órán belül jelentkeznek. Ezek leggyakrabban hányás, eritéma, urtikária, angioödéma, letargia vagy légúti tünetek lehetnek. A tünetek gyorsan, általában az antigénnel való találkozást követően órákon belül megszűnnek, és ismételt expozíció esetén újra kiválthatók. Diagnosztikus lehet a Prick-teszt vagy az allergénspecifikus IgE-vizsgálat.

A csecsemők nem IgE-mediált tejfehérje-allergiája más formában jelentkezik. Megjelenhet később jelentkező hányás formájában (food protein-induced enterocolitis syndrome – FPIES), jelentkezhet véres széklet (allergiás proktokolitisz), krónikus bőr- vagy gasztrointesztinális tünetek formájában, mint a fejlődésben való elmaradás, sírás vagy hányás. E tünetek mögött gyakran eozinofil özofagitisz, ételallergén által kiváltott

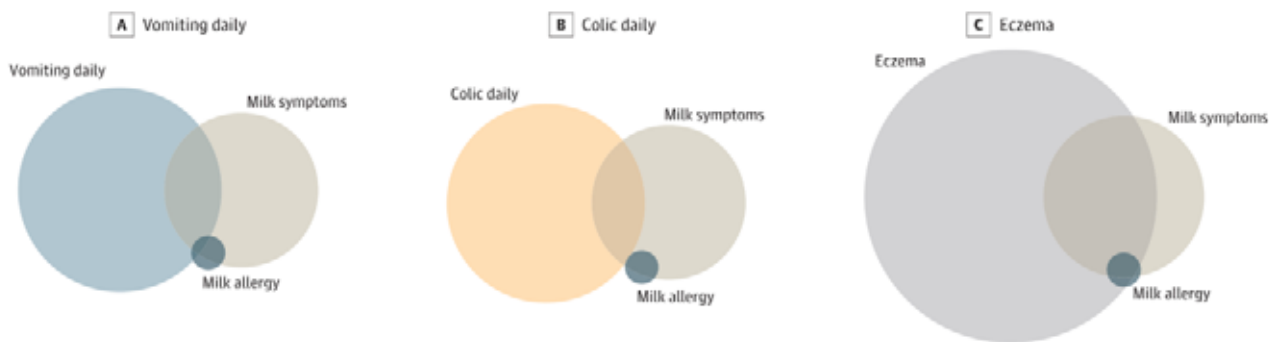
enteropátia vagy egyéb allergiás gasztroenteropátiák állhatnak. Ez az a betegcsoport, amelynek tünetei gyakran átfedést mutatnak a mindennapos csecsemőkori tünetekkel. A nem IgE-mediált tejfehérje-allergia diagnózisára a tej elvonását követően megszűnő, visszaterhelésre ismét megjelenő tüneteken kívül nincs más specifikus, validált vizsgálat, ezért gyakori a helytelen diagnózis.

A szerzők kilenc orvosi társaság 2012 és 2019 között megjelent, a nem IgE-mediált tejfehérje-allergia diagnosztikájával és kezelésével kapcsolatos irányelvét elemzik. Ezek közül hét irányelv az enyhe gasztrointesztinális tünetek hátterében is felveti a tejfehérje-allergia lehetőségét. Olyan mindennapos tünetek ezek, mint a nyűgösség, a regurgitáció, a lazább széklet, a gyakoribb székletürítés vagy a perianális pír, holott ezek a tünetek szinte minden egészséges csecsemőnél előfordulhatnak. Ugyancsak hét irányelv javasol szigorú anyai tejmentes diétát, ezek közül három még akkor is ezt javasolja, ha a tünetek nem javultak a diéta hatására, illetve az anyatej mellett vagy helyett speciális tápszer adását is ajánlják.

Azt is megvizsgálják a szerzők, hogy a tejallergia diagnosztikájával és kezelésével foglalkozó ajánlások kereskedelmi érdektől mentesen íródtak-e. Azt találták, hogy az ajánlások szerzőinél 81%-ban volt valamilyen összeférhetlenség az irányelvek előállítását támogató tápszergyártó vagy gyógyszermarketinggel foglalkozó vállalatokkal. Ezek a profitorientált vállalatok erős befolyással bírnak az irányelvek készítésére és az ezzel kapcsolatos edukációra. Ezek a pénzügyi összeférhetlenségek és érdekkonfliktusok akaratlanul is befolyásolhatták a jó szándékú szerzőket a javaslatok kialakításában.

Bizonyítékok a gyakori csecsemőkori tünetek és a csecsemő és az anya tejmentes diétája közötti összefüggésre

Kisgyermekes szülők megkérdezésén alapuló felmérés szerint a gyermekeik 14%-a szenved tejfehérje-allergiában. Ezzel szemben a reprodukálható, eliminációval és visszaterheléssel igazolt kórkép valójában ennél jóval ritkábban fordul elő. Egy kilenc európai országot felölelő, több mint tizenkétezer gyermek bevonásával végzett vizsgálat szerint az IgE-mediált tej-



A gyakori csecsemőkori tünetek és a tejallergia közötti átfedés az EAT vizsgálat adatai alapján

Az ábra az EAT vizsgálatban a kontrollcsoportot képező 650, az ételallergia kialakulásának szempontjából magas kockázati csoportba tartozó, legalább 3 hónapos koráig kizárólag szoptatott csecsemő adatait mutatja. A halmazábrákban a szülők által elmondott egyes panaszok gyakoriságát a bal oldali körök mutatják. A: legalább napi egyszeri hányás (22%, világoskék); B: legalább naponta egyszeri hasfájás (22%, narancssárga); C: ekcéma az első életévben (43%).

A tejallergiával összefüggésbe hozható panasz a csecsemők 13%-ánál fordult elő (sötétszürke), IgE-mediált tehéntej-allergiát (CMA) pedig a csecsemők 0,7%-ánál (sötétkék) sikerült igazolni orális terheléses vizsgálattal (hivatkozás a szövegben).

fehérje-allergia a kétéves kor alatti gyermekek kevesebb mint 1%-át érinti. A nem IgE-mediált tejfehérje-allergia prevalenciája még ennél is alacsonyabb. Mivel a pontos diagnózis felállítása itt nehezebb, csak becslések állnak rendelkezésre a gyakoriság tekintetében.

Ezzel szemben a mindennapos csecsemőkori tünetek, mint a kólika, a regurgitáció, az ekcéma valamelyike a csecsemők mintegy 20%-ában előfordul. Ezek gyakran átfedést mutathatnak a tejfehérje-allergiával, de ezeknek a csecsemőknek valójában nincs tejfehérje-allergiájuk. Azoknál a csecsemőknél, akiket tehéntejalapú tápszerrel táplálnak, és akiknél mérsékelt vagy súlyos hasmenés, véres széklet, hányás, hasfájás, táplálék elutasítása vagy növekedésben való elmaradás jelentkezik, valóban lehet tejfehérje-allergia a kiváltó ok, de igencsak vitatott ennek a kórképnek az előfordulása anyatejes, enyhe tünetekkel jelentkező csecsemők esetében.

Ezt bizonyítják a 2016-ban publikált EAT (Early Acquisition of Tolerance – tolerancia korai megszerzése) vizsgálat eredményei is,^[2] amelyben semmilyen összefüggést nem találtak az anya és a csecsemő tejmentes diétája és a gyakori csecsemőkori tünetek között.

Befolyásolja-e az anyai tejfogyasztás mértéke a csecsemőkori tejfehérje-allergia kialakulását?

A szerzők részletesen ismertetik azoknak a vizsgálatoknak az eredményeit, amelyekben a tehéntej egyik legfontosabb allergénjének tartott béta-laktoglobulin szintjét vetették össze az IgE-mediált tejfehérje-allergia kiváltásához szükséges küszöbértékkel. Egy ebben a témában megjelent szisztematikus áttekintés^[3] arról számol be, hogy a béta-laktoglobulin a legtöbb szoptató nő tejében nem mutatható ki, és a legmagasabb mértékű (4,2 ng/ml) is 13-szor alacsonyabb, mint az allergia kiváltásához szükséges küszöbérték. Az eredmények azt mutatják, hogy ha az anya napi 200–700 ml tehéntejet fogyaszt, az allergén átjutása az anyatejbe akkor is olyan kicsiny mértékű, hogy elenyésző az allergiás reakció esélye. A vizsgálatok hátránya, hogy ezek kizárólag az IgE-mediált tejfehérje-allergiára vonatkoztak.

Milyen hatásai vannak a tünetek nem megfelelő értelmezésének?

A csecsemőkorban előforduló tejfehérje-allergia súlyos tüneteket okozhat, ezért nagyon fontos a korai diagnózis. Ennek kiemelt jelentősége elsősorban a tápszerrel táplált csecsemőknél van. A tejfehérje-allergia túldiagnosztizálásának is megvannak azonban a káros következményei. Késve megszülető korrekt diagnózis esetén ugyanis elmaradhat a tünetek hátterében valóban rejlő kórkép adekvát kezelése. Nem mellékes, hogy a családoknak mindez komoly anyagi megterhelést is jelent. A tejfehérje-szükségtelen elvonása esetén az orális tolerancia kialakulása a tejre bizonytalan lesz, és a gyermek ízpreferenciája sokkal lassabban alakul ki. A tejfehérje-allergia túldiagnosztizálása és a következményesen javasolt anyai tejmentes diéta negatív hatással van az anyatejes táplálásra is. A szigorú tejmentes étrend növeli az anyai hiányállapotok kialakulásának veszélyét, emellett gyakran a szoptatás idő előtti abbahagyásához vezet. Nemelegyszer azt a téves benyomást keltheti ugyanis az anyában, hogy a gyermeke betegségét ő okozza a szoptatással, és hogy az anyatej bármilyen okból veszélyes lehet a gyermeke számára.

Következtetések

Tejfehérje-allergiában az allergén kerülése fontos, de bizonyított tejfehérje-allergia nélkül a mindennapos csecsemőkori tünetek esetén az anya és a csecsemő tejmentes diétája nem javasolt. A rendelkezésre álló adatok szerint a tejallergiás csecsemők 99%-ban tolerálják az anyatejben megjelenő allergén proteinek, és ezek nem okoznak allergiás reakciót. A tejfehérje-allergia túldiagnosztizálása az egyszerűbb és olcsóbb tápszerrek háttérbe szorulása mellett negatív hatással van a nőknek az anyatejével, a szoptatással kapcsolatos érzéseire is.

Irodalom:

1. Munblit D., Perkin M.R., Palmer D.J., Allen K.J., Boyle R.J., et al.: Assessment of Evidence About Common Infant Symptoms and Cow's Milk Allergy. *JAMA Pediatrics Online*, 2020. 04. 13.
2. Perkin M.R., Logan K., et al.: Randomized Trial of Introduction of Allergenic Foods in Breast-Fed Infants. *New England Journal of Medicine*, 2016, 374(18), 1733–1743.
3. Munblit D., Levina D., Gamirova A., et al.: Food proteins in human breast milk and allergic diseases: a systematic review. *Prospero*, 2019; CRD42019126901

Dr. Lakos András | infektológus, gyermekgyógyász, az MTA doktora, Budapest

Új szakmai irányelv a Lyme borreliosis diagnózisáról és kezeléséről

Jelen közlemény az Egészségügyi Közlöny 2020. március 4-ei számában megjelent, eredetileg 29 oldalas irányelv rövidített változata. Összeállításában tizenhazai vezető infektológus és mikrobiológus vett részt, és hét szakmai kollégium véleményezte. Az irányelv teljes szövege elektronikusan valószínűleg elérhető lesz (kollegium.aeek.hu), de a kézirat szövegezésakor még nem volt fellelhető. A mostani a 2013 decemberében lejárt irányelv (Egészségügyi Közlöny, 2011; 61(7):1386-92.) aktualizált változata.

A Lyme borreliosis (Lb) az északi féltekén a leggyakoribb vektor által közvetített fertőző betegség. Ixodes kullancsok terjesztik. Egyéb vérszívók nem képesek a fertőzés átvitelére.^[1] A Lb csak megelőző kullancscsípés következtében jön létre, a csípés ténye azonban az esetek 30-50%-ában rejtve marad. Emberről emberre nem terjed. Az Ixodes-nőstények borreliafertőzöttségét hazánkban 12% és 50% között találták.^[2,3] Magyarországon évente átlagosan 1346 beteget jelentenek. Az elmúlt tíz év rendelkezésre álló betegforgalmi adatai és az utóbbi húsz év bejelentései szerint a Lb Magyarországon nem vált gyakoribbá.^[4,5] Kiszámíthatatlan, hogy a bejelentések milyen mértékben tükrözik a valóságot. Valódi hazai gyakoriságát százezer lakosra vetítve évi 80 és 100 közé becsülhetjük, azaz évi 8-10 ezer friss megbetegedéssel kalkulálhatunk. Ez a szám egyezik a Lb-diagnózissal a járóbeteg-rendelésen és a kórházakban vizsgált, kezelt betegek számával.^[5]

Magyarország egyes területein és bizonyos populációkban – például az erdészeti dolgozók körében – az átfertőződés (a szeropozitivitás) aránya elérheti a 29%-ot.^[6] A friss esetek többsége május–júliusban jelentkezik. A Lb területi megoszlása hasonlít egyes nagyvadak – gímszarvas, vaddisznó – elterjedéséhez.^[7]

A Lb az esetek túlnyomó többségében jóindulatú, sokszor magától is gyógyuló betegség.^[8] Halálzás rendkívül ritka,^[9] de a fertőzés idültté válhat, rendkívül ritkán évtizedekig is eltarthat. Az interneten terjedő végtelen számú téves információ^[10] miatt a fertőzés kórismézése és kezelése terén számos bizonytalansággal találkozhatunk még negyven évvel a betegség felfedezése után is. A gyakorlatban szinte bármilyen tünet hátterében felvetik a Lb gyanúját, ennek következtében egyre több szerológiai vizsgálatot végeznek. A sok vaktában végzett laboratóriumi vizsgálat sok hamis pozitív eredményhez vezet. Becsléseink szerint tízszer annyi embert kezelnek Lb-diagnózissal, mint ahány ténylegesen ebben a fertőzésben megbetegszik.

A Lb vagy a klinikum, vagy a szerológia alapján igazolható, de mivel az utóbbi esetében gyakori a tévedés, a jelen közleményben a klinikai alapon könnyen kórismézhető kórképek diagnosztikus kritériumaira helyezük a hangsúlyt.

A Lb sohasem okoz légúti tüneteket, és ritkán jár lázzal, a láz sohasem tart három napnál tovább. Az erythema migrans (EM) a legjellegzetesebb korai tünet. A bőrpír legalább egy héttig, esetenként hónapokig megmarad, előbb-utóbb magától is eltűnik. (Attól még a kórokozó a szervezetben tovább szaporodhat.) Fontos hangsúlyozni, hogy az EM kezdetben mindig homogén, és többnyire csak napok, hetek múlva – akkor sem mindig – ölt céltáblaszerű rajzolatot. Az 5 centiméternél kisebb, céltáblaszerű, nem növekvő eritéma sohasem EM! (A multiplex erythema migrans egyes elemei lehetnek 5 centiméternél kisebbek.) Nagyobb gyermekeken az alsó végtagokon, a térdhajlatban, a lábszáron és a bokák felett egész területében bevezett vagy vérzéssel tarkított lehet.

1. táblázat
Az erythema migrans diagnosztikus kritériumai

Felismert kullancscsípés esetén								
A kullancscsípés helyén	ÉS	legalább 24 óra lapangási idő után	ÉS	legalább 3 napja legalább 5 cm átmérőjű	ÉS	azóta is fokozatosan növekszik	ÉS	ovális eritéma

Felismert kullancscsípés hiányában, vagy a felismert csípéstől távol keletkező		
legalább 8 cm-es ovális eritéma	ÉS	legalább 5 napja legalább ekkora, és fokozatosan növekszik azóta is

2. táblázat
Borrelia lymphocytoma (BL) diagnosztikus kritériumai

Fájdalmatlan	ÉS	a fülkagylón, a fülcimpán, a mellbimbón vagy kivételesen a scrotumon	ÉS	lilászörös tömött duzzanat	ÉS	kezeletlenül egy hétnél mindig to- vább tart
--------------	----	--	----	-------------------------------	----	--

Gyermekekben a csípés gyakori a fejen, a fül mögött, ahol csak ritkán fedezik fel. A fül mögötti centrummal induló EM általában igen halvány bőrpírral jár, rendszerint csak egy cranio-caudalis irányú, ujjnyi széles csíkot látunk a fül előtt, ami napok-hetek alatt vándorol előre az orr vonaláig, amikor is csaknem mindig eltűnik. Fájdalmat ritkán, főleg a bevezett formákban okoz, viszketni is csak minimális mértékben szokott. A multiplex EM ritka, 1784 betegből 121 (6,7%) esetben fordult elő.^[11] Ilyenkor a csípéstől távoli területeken (is), 3–10 foltot látunk, ritkán többet is. A multiplex EM morfológiája változatos, a foltok többnyire homogének, és gyakran a bőrjelenségek átmérője csak 2–4 centiméter, de előfordul a primer EM-szal egyező céltáblaszerű, 20–30 centiméteres forma is. A multiplex EM diagnózisát segíti, hogy ilyenkor – ellentétben a szoliter EM-szal – mindig kifejezett szeropozitivitást találunk, csaknem mindig IgM-ben. Az EM becsléseink szerint az esetek 90-95%-ában alakul ki. A Lb kezdődhet a későbbi formák valamelyikével, ezek követhetik a kezeletlenül hagyott EM-t is.

A bizonytalan esetekben 3–7 nap várakozás megoldást jelent. Fontosabb a biztos diagnózis, mint a gyors. Bizonytalan diagnózis esetén semmilyen kezelést, lokálisat sem szabad indítani!

A Lyme-karditisz diagnosztikus kritériumai

A kezeletlenül maradt fertőzést követő hetek ritka szövődése a szívizomgyulladás, ezrelékes gyakoriságban jelentkezik. Akut kezdet, fluktuáló I-II-III. fokú AV-blokk, következményes bradikardia jellemzi. Adams–Stokes-szindróma előfordulhat. Szívzörej soha nincsen. Klinikai tünetet nem okozó

perikarditisz kísérheti. A Lyme-karditiszes betegek fele ideiglenes pacemakerkezelésre szorulnak, ezért kórházi felvétel indokolt, ahol kardiológiai monitorozás és ellátás rendelkezésre áll. A Lb-ban rendkívül ritka halálozás ezt a betegcsoportot érinti.^[12]



1. ábra

Gyermekekben gyakori a kullancscsípés a fülkagyló környékén. Ilyenkor az arcon alakul ki erythema migrans, ebben az esetben borrelia lymphocytomával együtt. Ebben az esetben nem szabad várni a kezeléssel, mert az arcon lévő borreliafertőzés következtében nagyobb eséllyel alakul ki faciális parézis vagy meningitisz

3. táblázat
A Lyme-betegség okozta perifériás faciális parézis diagnosztikus kritériumai

Egyoldali perifériás faciális parézis								
ÉS								
2 hónapnál nem régebbi kullancscsípés	ÉS / VAGY	2 hónapnál nem ré- gebbi kezeletlenül hagyott erythema migrans	ÉS / VAGY	limfocitás meningitisz	ÉS / VAGY	2 nap – 3 hét múl- va kétoldalivá váló perifériás arcideg- bénulás	ÉS / VAGY	WB-tal igazolt borrelia-IgM és/vagy IgG- szeropozitivitás

4. táblázat
A borrelia limfocitás meningoradiculitis diagnosztikus kritériumai

Neurológiai tünetek	ÉS	szerózus meningitisz	ÉS	intratekális borrelia-IgM és/vagy IgG- antitestszintézis
---------------------	----	----------------------	----	---

5. táblázat Lyme-arthritisz diagnosztikus kritériumai

Láztalanul zajló, aszimmetrikus nagyízületi oligoarthritisz
ÉS
WB-tal igazolt extrém fokú IgG borrelia-szeropozitivitás a szérumban

A Bell-parézisek jelentős részét borreliafertőzés okozza. Jellemző a hirtelen kezdet. A fokozatosan progrediáló arcidegbénulás Lyme-betegség ellen szól. Az egy hónapon túl recidiváló facialis parézis sohasem Lb következménye.

Meningitisz és fájdalmas radiculoneuritis a fertőzés utáni 6 héten belül alakulhat ki. Gyermekkorban különösen gyakori a meningitisszel kísért arcidegbénulás. A meningitisz jellemzően nem jár tarkóköttöttséggel. A n. facialison és a szemmozgató idegeken kívül más agyidegek nem érintettek. A liquorban emelkedett fehérje, 50-800 limfocita/μl, néha alacsony cukorszint található.^[13] A diagnózis elengedhetetlen feltétele a központi idegrendszerben termelt borrelia-antitestek kimutatása (ez az intratekális antitestszintézis), ami mindig meningitisszel együtt fordul csak elő.

A szérumban kimutatott antitestek a barrierzavar következtében bekerülhetnek a liquorba. Ezért a liquor szeropozitivitása még nem bizonyítéka a neuroborreliosisnak (Nb). Az intratekális borreliaantitest-szintézis igazolása többnyire többféle mérést igényel, emiatt gyakran elmarad. A szérumban és a liquorban párhuzamos WB vizsgálatával az intratekális antiborrelia immunglobulin-termelés egy lépésben meghatározható.^[14] A rendkívül ritka krónikus neuroborreliosis legfontosabb diagnosztikus kritériuma a limfocitózis és a specifikus intratekális borrelia-antitesttermelés kimutatása.^[15]

A fertőzést követően hónapokkal, akár egy évvel később leggyakrabban az egyik térdízület jelentős folyadékgyülemmel jár, de csak mérsékelt fájdalommal kísért duzzanata lép fel. Könyök-, váll- és bokaduzzanat sokkal ritkább. Csípőízületi folyamat alig fordul elő. A hetekig tartó (oligo-)monarthritisz követően spontán remisszió, majd újabb hetek múlva relapszus észlelhető. Idővel egyre rövidebbek a tünetmentes, és egyre hosszabbak a tünetes időszakok.

Laboratóriumi diagnózis

Direkt mikroszkópos vizsgálat, szövetekből végzett kimutatás nem alkalmas a Lb igazolására, kizárására. Bőrbiopsziás mintából a tenyésztés és a DNS-polimeráz-lánreakció (PCR) lehet szenzitív, de ritkán van rá szükség. Liquorból a tenyésztés hatékonyabb, mint a PCR. Ízületi folyadékból és szinóviabiopsziából van esély PCR-rel végzett borrelia kimutatásra, de csak validált PCR-teszt használható fogadható el.

A szerológiai eljárások mind a mai napig nincsenek standardizálva, kiterjedt használatuk igen sok tévedést okoz. Számos rosszul beállított vagy éppen használhatatlan kit volt és van forgalomban.^[16]

A rutinlaboratóriumi leletekben általában nincs eltérés. A patikában kapható, Lb-önvizsgálatra gyártott gyorsesztes megbízhatósága kétséges. Számos laboratórium vállal a laikusok kezdeményezésére fizetős vizsgálatokat. A leletek értékelése komoly szaktudást igényel, de ezeket a vizsgálati eredményeket többnyire hozzáértés nélkül használják fel, így a téves következtetés kockázata nagy.

Az Elispot LTT-t (borrelia lymphocyte transformation test) egy európai vezető szakemberekből álló szerzőcsoport használhatatlannak minősítette.^[17]

Immunszerológiai diagnózis

IgM és IgG típusú antitesteket vizsgálunk. Az antitestválasz általában lassan, 3–6 hét alatt fejlődik ki, és a gyógyulás után is tartósan perzisztálhat. IgM-reakció nem mindig mutatható ki még a korai formákban sem. Önmagában a pozitív IgG-reakció nem jelent idült fertőzést, és nem jelent lezajlott fertőzést sem.

Ma kétféle szerológiai technikával találkozunk.

- a) ELISA és ennek módosításai: leolvasása objektív, fotométerrel történik, automatizált. Ennek ellenére a különféle gyártmányú tesztek eredményei eltérnek, néha egy kiten belül is megengedhetetlenül nagy szórást tapasztalunk.
- b) WB: az ELISA-val kapott eredmények megerősítésére használják. Az egyes fehérjékkel szembeni immunválaszt elkülönülve látjuk. A WB leolvasása szubjektív, gyakorlatot igényel, és csaknem lehetetlen standardizálni. A borreliafertőzés szerológiailag akkor bizonyítható, ha az ismételt vett szérummintákban (savópárvizsgálat) kimutatható a kórokozóval szemben termelődött antitestek diagnosztikus értékű emelkedése. A savópárvizsgálatot – mivel a napi ingadozás a laboratóriumokban igen kifejezett lehet – párhuzamosan, tehát a korábban vett, fagyasztva tárolt és a frissen vett mintán párhuzamosan kell elvégezni.^[8,18]

Az IgM-vizsgálatokban az aspecifikus reakciók kockázata nagy. Emiatt csak 3 hónapnál frissebb klinikai tünetek esetén van értelme az IgM-vizsgálat elvégzésének. Évek óta fennálló ízületi gyulladás hátterében kimutatott IgM-pozitivitás IgG-emelkedés nélkül semmiképpen sem fogadható el diagnosztikusnak. A legalább 6 hónapja fennálló Lb esetén mindig igen magas IgG-ellenanyagszint mutatható ki.

Amennyiben a vizsgálatot próba-szerencse alapon végzik, a pozitív eredmény csupán 9%-ban utal valóban Lyme-betegségre, a pozitív leletek 91%-a téves.^[19] WB-konfirmáció nélkül a pozitív ELISA vizsgálat eredményét nem szabad kiadni a laboratóriumnak.

Terápia

A kezelésre használható antibiotikumok: amoxicillin, cefuroxim, doxiciklin és ceftriaxon, a fentiekre adott allergiás reakció esetén azitromicin. Semmilyen más kezelés-

6. táblázat
A Lyme borreliosis egyes formáiban javasolt antibiotikumok

Hatóanyag	Indikáció	Felnőtteknek	Gyermeknek	Tartam	Megjegyzés
Amoxicillin per os	EM, BL, karditisz	3×1000 mg	50 mg/kg (1 ml szirup/kg az 50 mg/ml-es kiszerelésből)	20 nap	Allergiás kiütés a 8. napon jelentkezik, gyakorisága 2%
Cefuroxim axetil per os	EM, BL, karditisz	2×500 mg	2×15 mg/kg max.: 2×500 mg	20 nap	Viszonylag drága, a szirupot kevesen fogadják el
Doxiciklin per os	EM, BL, artritisz, neuritisz; neuroborreliosis kezelésére csak, ha egyéb terápiák ellenjavalltak	2×100 mg	2×200 mg, 2×2 mg/kg, max.: 2×100 mg. 8 év alatt csak, ha nincs más lehetőség	40 nap	Fényérzékenyítő hatású; nyáron csak akkor rendeljük, ha más nem adható. A kezelés időtartamában nincs konszenzus
Ceftriaxon lehetőleg iv., ha nem oldható meg: im.	Nb, graviditás, artritisz, karditisz	1×2000 mg	50 mg/tskg, max. 2 g	15 nap	Költséges, im. adva fájdalmas. Allergia a 10. nap után enyhe, ismételt adáskor súlyos lehet
Azitromicin per os	EM	500 mg/die	10 mg/tskg, csak ha nincs más lehetőség	12 nap	Viszonylag drága. Hasi panaszok gyakoriak. A kezelés időtartamában nincs konszenzus

nek nincs helye. A táblázatban megadott adagok másfél-szeresét adjuk 90 kilogramm testsúly felett, és kétszeresét 120 kilogramm felett.

Az EM típusos tünetét mutató betegeket minden további vizsgálat bevárása nélkül kezelni kell. Amennyiben a klinikai kép nem egyértelmű, nem szabad semmilyen szisztémás vagy lokális kezelést kezdeni. A kezelésre használható antibiotikumokat a táblázatban közöljük.

Az amoxicillin gyorsan hat, kedvező árú, alig van mellékhatása, a kezelés alatt nincsenek étrendi megszorítások, az egyéb gyógyszerekkel nem ad interakciót, farmakokinetikája kedvező, a kezelés tartamában csaknem teljes az egyetértés. Az esetek 2%-ában a kezelés 8. napján morbilliform kiütést okoz. Ez nem jár súlyos következményekkel, de a kezelést nem szabad folytatni. Gyors metabolizmusa miatt 8 óránként kell szedni.

A nemzetközi ajánlásokban vezető helyen szerepel a doxiciklin. A kezelés időtartamát illetően nincs egységes álláspont, sokak szerint 10–14 napos kezelés is elegendő.^[20,21] Fényérzékenyítő hatása miatt nyáron szedni nagyon kellemtelen. A doxiciklin bakteriosztatikus antibiotikum, lassabban hat, mint az amoxicillin.

ALb-ban adhatókészítmények közül a központi idegrendszerbe legjobban a ceftriaxon jut be. A Nb doxiciklinkezelésére vonatkozó vizsgálatok jelenleg nem érik el a megfelelő

evidenciaszintet (cit. in: 21), ezért doxiciklin ebben az esetben csak penicillin- vagy kefalosporin-allergia esetén javasolt. Orális penicillinek és kefalosporinok adása központi idegrendszeri érintettség esetén értelmetlen. Kombinált antibiotikum-kezelés előnyét alátámasztó vizsgálatról szóló megbízható klinikai tanulmány még nem jelent meg. A fluorokinolonok a Lb-ban hatástalannak. A klavulánsavval kombinált amoxicillinkészítmények (Augmentin, Curam, AktiL, Forcid, Aksolin stb.) adása Lb-ban indokolatlan és káros.

Profilaxis

A korábban az USA-ban törzskönyvezett védőoltást kivonták a forgalomból. A közeljövőben nem várható Lb elleni humán vakcina bevezetése. A kullancscsípést követő profilaktikus antibiotikum-kezelésnek a legtöbb tanulmány szerint nagyobb a kockázata, mint a várható haszna. Elméleti veszélye egyértelmű: a kis adagban, rövid ideig adott antibiotikum nem képes a kórokozó elpusztítására, viszont a tünetek elkenésével a diagnózist megnehezítheti.^[21]

Irodalom:

A felhasznált irodalom elérhető a szerkesztőségben.

Kamaszkor - kamaszkór?

Az egészséges életmódra nevelésben, a betegségek megelőzésében alapvető szerepet kell játszania a házi gyermekorvosnak. Ez a komplex munka számos területet ölel föl, magában foglalja a kizárólag anyatejes táplálás támogatását, a védőoltások fontosságának hangsúlyozását, a védőoltások beadását, a csecsemők és kisgyermekes rendszeres fizikális vizsgálatát, mind testi, mind pszichomotoros fejlődésének rendszeres nyomon követését. A házi gyermekorvosok munkájának nagyjából 30%-át teszi ki az egészséges-tanácsadás, de a tanácsadáson megjelenő gyermekek nagyobb része 6 év alatti.

Magyarországon a 18 év alatti kamaszok 20-25%-a elhízott. A 9-10. osztályos diákok több mint fele volt már több mint két alkalommal részeg, és több mint 70% azoknak az aránya, akik már dohányoztak életükben legalább egyszer. Egy 2015-ben végzett felmérés alapján a 9-10. osztályos diákok 26,8%-a fogyasztott már, saját bevallása szerint, valamilyen illegális drogot. Ijesztő adatok.

Van-e szerepük a házi gyermekorvosoknak a prevencióban? A későbbi krónikus betegségek rizikófaktora, úgymint elhízás, mozgásszegény életmód, dohányzás és alkoholfogyasztás, helytelen táplálkozási szokások – hogy a mentális betegségeket meg se említsük –, mind a serdülőkorban jelennek meg. Azonban ma céltalan kamaszokra fókuszáló egészséges-tanácsadás a legtöbb helyen nincs, a háziorvosi praxisunkba tartozó gyermekekkel rendszeresen 6 éves korukig találkozunk. Az iskoláskortól kezdve a rendszeres orvosi vizsgálatok elvégzése, a kötelező védőoltások beadása az iskolaorvos feladata.

Joggal merül föl a kérdés, hogy mi a helyzet más, fejlettebb országokban. Ott jobb, hatékonyabb vajon a kamaszprevenció? Sajnos más országokban sem jobb a helyzet.

Az elmúlt években több nagy tanulmány is vizsgálta a kamaszprevenció hatékonyságát. Mivel a gyerekek fejlődési üteme igen különböző, egységes ajánlás kamaszkori szűrésekre (pl. rákszűrés, STD-szűrés, pszichiátriai betegségekre irányuló szűrés) nem született.

Amit minden tanulmány egyértelműen kiemelt, hogy a kamaszok megszólításának alapvető eleme kell hogy legyen a privát idő, amikor az orvos négy szemközt tud beszélgetni a serdülővel. Felmérések szerint azonban az USA-ban a 13-14 évesek mindössze 15-20%-a számolt be arról, hogy volt lehetősége négy szemközt találkozni a házi orvosával. Az ilyen személyes megbeszélésen részt vevő fiatalok sokkal pozitívabban ítélték meg az egészségügyi ellátókat, sokkal nagyobb hajlandóságot mutat-

tak arra, hogy kényes témákról beszéljenek a gyermekorvossal, nyitottabbak voltak a prevenciós tanácsokra.

Fontos, hogy a találkozások során a serdülők biztonságban érezzék magukat, biztosítsuk őket arról, hogy a beszélgetés során elhangzottak négy szemközt maradnak, mert gyakran azért kerülnek a kényes témákat, mert attól tartanak, hogy a szüleikhez, barátaikhoz visszajutnak személyes információik, amelyeket velünk megosztottak.

A szülők is gyakran aggódnak serdülő gyermekük fizikális, mentális egészségéért, ezért velük is olyan kapcsolatot kell kialakítani, mely segít nekik elfogadni azt az „új helyzetet”, hogy a kamaszoknak szükségük van privát időre a gyermekorvosukkal. Mert csak így lesz lehetőség olyan bizalmas viszonyt fenntartani velük, hogy amikor tényleg szükségük van az egészségügyi tanácsadásra, orvosi ellátásra, akkor bátran forduljanak az egészségügyi ellátókhoz.

Több olyan területet is meghatároztak a vizsgálatok alapján, amelyre kiemelt figyelmet kell fordítani a kamaszprevencióban.

1. Túlsúly és helytelen táplálkozási szokások: Javasolt évente testsúly- és magasságmérés, valamint BMI-számolás. Az elhízott gyerekeket, akiknek a testsúlyuk az életkor szerinti 95 percentilis fölött van, mindenképpen obezitológiai centrumba kell irányítani. Egyéb esetekben az alapellátó gyermekorvos feladata a diétás tanácsadás és az életmódbeli tanácsadás. A rendszeres testmozgásra és a képességeik csökkentésére kiemelt hangsúlyt kell fektetni. A cél, hogy olyan fogyási ütemet tűzzünk ki célul, melyet aztán a serdülő a későbbiekben tud tartani.



2. Alkoholfogyasztás: Első lépésként a kamaszok és környezetük alkoholfogyasztási szokásait kell feltérképezni. Kiemelten fontos a fiatalok figyelmének felhívása az alkoholos befolyásoltság és a közlekedési balesetek kapcsolatára. Tudatosítani kell bennünk, hogy soha ne üljenek volán mögé, ha alkoholt fogyasztottak, és ne is üljenek be olyan sofőr mellé, aki szeszes italt ivott.
3. Dohányzás: Minden találkozás alkalmával ajánlott rákérdezni a dohányzásra. Amellett, hogy a dohányzás káros következményeiről beszélnünk kell, mindig ajánljunk fel valamilyen leszokási módszert is.
4. Szexuális élet: Az egyik legkényesebb téma a serdülők körében a szexualitás. A szexuálisan aktív tinikkel mindenképpen érinteni kell a fogamzásgátlás területét. Ha a gyermekorvostól kapnak javaslatot a fogamzásgátlás lehetőségeire, akkor nagyobb arányban fogják alkalmazni. Mindezek mellett nem hagyhatjuk ki az STD betegségeket sem. Az amerikai ajánlás szerint évente indokolt lehet a gonorrhoea-, a chlamydia- és a HIV-szűrés a szexuális életet rendszeresen élő fiataloknál.
5. Depresszió: A 12–18 éves korosztályban évente javasolják a depresszióra utaló tünetek szűrését. Amennyiben felmerül a gyanú bármilyen hangulati zavarra, akkor a pszichoterápia, pszichológiai terápia mellett a szülők bevonása a gyermek kezelésébe mindenképpen indokolt.

A fenti problémák megbeszélése nemcsak a kamaszoknak lehet kényelmetlen, hanem az egészségügyi ellátóknak, gyermekorvosoknak is. Ezért fogalmaztunk meg erre is konkrét ajánlásokat. Legyünk személyesek, de tartsuk meg a tiszteletet. Mondandónkat egyszerűen és érthetően fogalmazzuk meg. Mondjuk el, hogy mi miben tudunk segíteni. Határozzunk meg elérhető célokat (pl. a legközelebbi találkozásra szedje össze, mit gondol a fogamzásgátlásról).

Összegzésként elmondható, hogy a serdülőkor a hatalmas fizikai, értelmi és érzelmi változások kora, fordítsuk hát pediszkópunkat minél többször e korcsoport felé.

Források:

www.kamaszpanasz.hu

<https://www.contemporarypediatrics.com/adolescent-medicine/teens-are-not-healthcare-independent-their-parents-think>

<https://www.contemporarypediatrics.com/pediatric-immunization/why-older-teens-miss-key-vaccines>

<https://www.contemporarypediatrics.com/adolescent-medicine/why-confidential-time-teen-patients-necessary>

JOGSEGÉLYSZOLGÁLAT | DR. ERDÉLYI ISTVÁN ROVATA

Alapellátás a veszélyhelyzet után - szabályok és értelmezési kérdések

Idézet a jogsegélyszolgálathoz érkezett levelekből: „Ha valaki a vészhelyzet után is végleg meg szeretné tartani a rendelésén azt a gyakorlatot, hogy kizárólag előzetes időpont-egyeztetést követően fogad beteget, és ezt kiírja a váróban és a honlapján, az sért-e valamilyen jogszabályt, kaphat-e fejmosást az ÁNTSZ-től vagy bárkitől?"; „Egyes gyógyszertárakban kéri a felírási igazolást, máshol nem. Mi a hatályos jogszabályok szerint a megfelelő eljárás?"; „Milyen ellátások nyújthatók a telemedicina körében?”

Az egészségügyi veszélyhelyzet kihirdetése számos olyan változást hozott az alapellátás területén, amely megváltoztatta a korábban a szabályoknak megfelelő munkarendet, eljárásokat. E változások egy része az egészségügyi veszélyhelyzet visszavonásával megszűnt, mások további 90 napig érvényben maradnak. A járvány megfékezése szempontjából fontos intézkedés volt az orvos-beteg találkozások számának csökkentése, ezért csak előzetes bejelentkezés esetén, egyeztetett időpontban volt lehetséges a személyes találkozás, előtérbe került a telemedicinális eszközök használata.

A rendelési időre vonatkozó hatályos szabályozás

A 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet értelmében a házi orvos személyes és folyamatos orvosi ellátást nyújt a betegeknek, akiket – sürgős ellátást igénylő eset kivételével – az érkezés igazolt sorrendjében fogad. A rendelési idő „legalább egy részében”, illetve a tanácsadás során előre programozható betegellátás keretében előjegyzés alapján végzik a betegek ellátását. A házi orvos köteles ellátni a rendelési idejében hozzá forduló személyeket, ha heveny megbetegedésük vagy krónikus betegségük miatt ellátatlanságuk az egészséget károsító vagy a gyógyulást lassító állapotromláshoz vezethet.

A fentiek alapján, értelmezésünk szerint, nem ütközik hatályos jogszabályba, ha a házi gyermekorvos a rendelését előjegyzés alapján végzi. A „legalább egy részében” kifejezés azt jelenti, hogy ez az időszak lehet kevesebb, mint a rendelés teljes időszaka, de nem zárja ki ezt a lehetőséget. Természetesen azon betegeket, akik nem előjegyzett időpontban jelentkeznek a rendelésen, nem lehet elutasítani, nekik meg kell várniuk, amíg az előjegyzett betegeket ellátják. Abban az eset-

ben, ha a gyermek vizsgálatára időhiány miatt már nem kerülhet sor, és a beteg egészségi állapotának romlása, maradandó károsodás megelőzése nem teszi szükségessé az azonnali ellátást, időpontot biztosítva számára a legközelebbi rendelési időben kell ellátni őt.

Átmeneti szabályok

A veszélyhelyzet megszűnésével összefüggő átmeneti szabályokról és a járványügyi készültségről szóló 2020. évi LVIII. törvény foglalja össze az egészségügyi tárgyú átmeneti szabályokat, amelyek nem érintik közvetlenül a rendelési időre vonatkozó rendelkezéseket. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató megállapítja, hogy a beteg számára személyes formában szükséges egészségügyi szolgáltatást biztosítani, akkor a veszélyhelyzet által indokolt és a szakmai útmutatókban rögzített védekezési eszközök és előírások alkalmazása mellett haladéktalanul vagy a beteg állapota által indokolt határidőben kell gondoskodni a szükséges ellátás biztosításáról. Az egészségügyi szolgáltatónak a beteg személyes jelenlétét nem igénylő szolgáltatásait, valamint azok elérhetőségének módját honlapján kell közzétennie.

Felírási igazolás (fig)

Az átmeneti rendelkezések értelmében „a koronavírus-járvány terjedésének csökkentése érdekében a gyógyszer kiadója a gyógyszer kiadását felírási igazolás nélkül is teljesíti azon személy részére, aki a beteg társadalombiztosítási azonosító jelét közli, és saját természetes személyazonosító adatait törvényben meghatározottak szerint hitelt érdemlően igazolja”.

Figet alapesetben csak akkor kell készíteni,

- ha nem érhető el az EESZT,
- ha az orvosi táska számára történik gyógyszerrendelés,
- vagylagos (seu) gyógyszerrendeléskor hazánkban forgalomba hozatali engedéllyel nem rendelkező gyógyszer esetében,
- pro familia gyógyszerrendeléskor,
- ha a beteg jelzi, hogy nem Magyarországon kívánja kiváltani a készítményt.

A 44/2004 (IV. 28.) ESzCsM rendelet alábbi rendelkezései 2020. július 1-jét követően is érvényesek:

- A felírási igazolást továbbra is papíralapon lehet kiadni.
- Nem kötelező, de nem is tilos a figet a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) formavényére kiállítani, így akár egy fehér színű, A4-es papírra is ki lehet nyomtatni.
- Csak akkor kell az orvosnak figet kiállítania, ha a beteg külön kéri.
- 14 év alatti személynek való gyógyszerrendelés esetén mindig kötelező az orvosnak figet papíralapon kiállítania.
- Az orvosnak nem kell a kinyomtatott figet aláírnia és lebélyegeznie, kivéve, ha a taj helyett egy személyazonosító okmány számát használja a vény rendelésénél.

- Érdemes azonban aláírni és bélyegezni, hiszen ha az EESZT elérhetetlen, akkor csak a szignóval és bélyegzővel ellátott figre adható ki gyógyszer.
- Bár a figen csak egy terméket lehet feltüntetni, például egy közös fejléccel (a beteg, az intézmény és az orvos adataival) egy A4-es papíralapon több termék felírási igazolását is el lehet helyezni a rendelet mellékletében szereplő kötelező adattartalommal.
- A gyógyszerári kiadásnál a papíralapú figet minden esetben vissza kell adni a betegnek-kiváltónak, és jelölni kell rajta a termék kiadását akkor is, ha az igazolás NEAK-vényen van.
- A más személy részére való, egyszerűsített, tajalapú receptkiváltás megmarad, nem vonatkozik rá a veszélyhelyzet megszűnését követő 90 napos moratórium.

A patikákban a következő időszakban többféle felírási igazolással lehet találkozni. A július elseje előtt kiállított e-receptek felírási igazolásai a vények lejáratának végéig továbbra is érvényesek maradnak.

Telemedicina

A törvény 85. paragrafusa értelmében „az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló miniszteri rendeletben meghatározottakon túlmenően az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának és finanszírozási elszámolásának nem feltétele a beteg személyes jelenléte, ha az ellátás sajátosságai és orvosszakmai megítélése ezt lehetővé teszik”.

Telemedicina keretében nyújtható, kezelhető különösen:

- a betegirányítás, a távkonzultáció, amely megalapozza a szakorvosi távkonzultációt,
- a beteg tájékoztatása, beleegyezése, valamint adatainak kezelése, nyilatkozatok fogadása,
- előszűrés, amelynek célja a személyes találkozón alapuló ellátás szükségességének és az egészségi állapot súlyosságának megítélése,
- előzetes kapcsolatfelvétel, valamint adatgyűjtés, amely a személyes találkozón alapuló ellátást gyorsabb és hatékonyabb teszi,
- diagnózis, terápiás javaslat távkonzultáció keretében, illetve távmonitoring távdiagnosztikai eszközzel,
- gyógyszer rendelése,
- ellátást követő kontroll és utógondozás,
- távkonzílium szervezése, beutaló kiállítása,
- szülőkonzultáció, szoptatási tanácsadás, védőnői gondozás.

Dr. Szalóczy Beáta | házi gyermekorvos, Budapest

Anorexia nervosa

Az evészavarok az étkezéssel, az étrenddel, a testsúllyal és annak szabályozásával kapcsolatos pszichoszomatikus betegségek, melyek olykor súlyos testi és lelki egészségkárosodást, viselkedészavart, szociális problémát okoznak. Gyermekkorban az evészavarok a harmadik leggyakoribb krónikus betegségnek számítanak. Gyakorisága és halálzási aránya miatt a legjelentősebb közülük az anorexia nervosa.

Definíció

Az anorexia nervosa legfontosabb tüneteit az 1. táblázat mutatja be. Serdülőkorban a diagnózishoz az úgynevezett Great Ormond Street-kritériumokat használhatjuk:

- jelentős súlyvesztés (az étel visszautasítása, túlzott testmozgás, esetleg önhánytatás, illetve hashajtók alkalmazása következtében),
- testképzavar (az alak és a testsúly reális megítélésének zavara),
- az alakkal, a testsúllyal, a táplálkozással való túlzott foglalkozás.

Az anorexia nervosának két altípusa különíthető el. A restriktív altípust a koplalás és/vagy a túlzott testedzés jellemzi, a bulimiás vagy purgáló altípusnál falásrohamok és/vagy öntisztító viselkedések jelennek meg (hánytatás, hashajtás, diuretikum, beöntés alkalmazása).

1. táblázat

Az anorexia nervosa diagnosztikai kritériumai

- Kóros soványság (a testsúly több mint 15%-kal kisebb a normálisnál, BMI < 18) az energiabevitel korlátozása következtében
- Súlyfóbia: elhízástól való félelem kóros soványság mellett is
- Testképzavar: torzult önpercepció, a beteg kővérnek tartja magát (másokat azonban jól ítél meg)
- Túlzott foglalkozás a testsúllyal, alakkal, táplálkozással
- A súlygyarapodást akadályozó viselkedések (pl. túlzott testmozgás, önhánytatás)

Az anorexia gyakorisága, jelentősége

Az anorexia nervosa prevalenciája 0,3-0,8%. A szubklinikai formák (amikor nem teljesül az összes diagnosztikai kritérium) még gyakoribbak, e típusok prevalenciája a 12–18 évesek körében 2-3%-ra becsülhető. Lányok és fiatal nők körében gyakoribb, de egyre több a férfi, főleg a serdülő fiú beteg is, különö-

sen a szubklinikus formákban. A tünetek jellemzően 13 és 17 éves kor között jelennek meg, de az utóbbi években növekszik a pubertáskor előtt diagnosztizált esetek száma.

Az anorexia nervosa a legmagasabb mortalitású pszichiátriai kórkép. A tünetek kialakulását követő tíz éven belül a halálzási arány 8-10% körül van, 20 éven belül a 20%-ot is eléri. Minden ötödik anorexiás szuicidum következtében hal meg.

Mikor gyanakodjunk anorexia nervosára?

Gyakran szűrővizsgálat vagy más panaszok kapcsán végzett vizsgálat során észlelhetjük a korábbiakhoz képest jelentős testsúlyvesztést, illetve a kórosan alacsony testtömegindexet (BMI < 18, ill. BMI-percentilis < 25).

Serdülőkori anorexia esetén általában a szülők, a családtagok jelentkeznek a gyermekorvosnál a gyermekük soványsága és megváltozott étkezési magatartása miatti aggodalommal. Jellemző panasz ilyenkor, hogy a gyermek az utóbbi időben furcsa étkezési szokásokat vett fel, keveset eszik, válogat, kalóriát számol, kerüli a közös étkezéseket. Gyakran a fáradékonyság a fő panasz: a gyermek nehezen bírja a terhelést, szédül, esetleg el is ájult a közelmúltban. Emésztési problémák, hasi panaszok is előfordulnak, az étkezések után jelentkező teltségérzet, hányinger, székrekedés is jellemző.

A súlycsökkenés és az esetleges egyéb panaszok hátterében egyéb, szomatikus betegség is állhat, ebben az irányban további vizsgálatokat végezhetünk, de ezek kizárásához és az anorexia gyanújának felvetéséhez többnyire elegendő a gondos anamnézis.

Alapvető differenciáldiagnosztikai segítség: „ha a fogyásnak testi oka van, a beteg gyarapodni akar”.

Mit kell elsősorban tisztáznunk az anorexia gyanújának megerősítéséhez?

Evészavar gyanúja esetén különösen ügyeljünk arra, hogy mindig türelmesen, óvatosan, empátiával kommunikáljunk a beteggel, ne minősítsük, ne kritizáljuk őt. Kérdezzünk rá a következőkre:

- Szándékosan diétázott/diétáznak?
- Mióta tart a súlycsökkenés?
- Mit gondol a jelenlegi testsúlyáról, és mit tartana ideálisnak?
- Tesz valamit az ideálisnak gondolt testsúly elérése érdekében (túlzott testmozgás, hashajtók, hánytatás stb.)?

2. táblázat

Evészavar gyanújakor alkalmazható diagnosztikus kérdőív

1. Úgy érzi, hogy meg kell hánytatnia magát, mikor kellemtlenül telítettnek érzi a gyomrát?
2. Szokott-e aggódni amiatt, hogy elvesztette a kontrollt afölött, mennyit eszik?
3. Előfordult, hogy 3 hónap alatt legalább 6 kilogrammot fogyott?
4. Kővérenek érzi magát, pedig mások soványnak mondják?
5. Mondhatjuk, hogy az étel határozza meg az életét?

Amennyiben kettő vagy több igen válasz érkezik, akkor valószínű az evészavar diagnózisa. (A 3., 4., 5. kérdésre jellemző anorexiánál, az 1. kérdésre is előfordul a purgáló altípusnál.)

Milyen szubjektív panaszokat említ a beteg?

A feltételezetten anorexia nervosás beteg a gondos kikérdezés során bizonyos panaszokat gyakrabban említhet, melyek jellegzetes velejárói lehetnek a kórképnek. Legtöbbször gyengeséget, szédülést, szívdobogásérzést, mellkasi fájdalmat, illetve légszomjat jeleznek. Az evéshez kapcsolódó panaszok közül az étkezés utáni teltségérzés, hányinger, a székrekedés gyakori. Hidegintolerancia is jelentkezhet, és igen jellemző az amenorrhoea vagy a szabálytalan menzesz.

Elsősorban önhánytatás esetén előfordulhat rekedtség, krónikus köhögés és refluxos tünetek. Gyakori azonban, hogy a gyermek semmilyen panaszt nem említ, mivel nem érzi magát betegnek, és nincs betegségbelátása.

Mit panaszolnak a szülők?

Az anorexiás gyermekek és serdülők esetében a diagnózishoz és a terápiához is nélkülözhetetlen a szülők, családtagok együttműködése. A betegség gyanújakor a heteroanamnézis során a leggyakrabban a megváltozott evési szokásokat említik: a gyermek apró darabokra vágja az ételt, nagyon lassan eszik, elrejtí-felhalmozza az ételt a szobájában, kerüli a közös étkezéseket, egyedül eszik. Azt is gyakran megemlítik, hogy a gyermek állandóan az étkezéssel bevitt kalóriákat számolálja, és gyakran méri a testsúlyát.

A másik, a szülők által gyakran említett jellegzetesség a beteg megváltozott aktivitása. Előfordul, hogy a tudatos testedzés, állandó mozgáskészletelés kelti fel a figyelmet, s gyakori panasz a nyugtalanság, az alvászavar is. Igen jellemző a szociális elszigetelődés: a gyermek eltávolodik a családtagoktól és a barátoktól, nem vesz részt közösségi programokon, magába fordul.

Mit és hogyan vizsgáljunk, mérjünk?

Hosszabb ideje fennálló anorexia nervosa, drasztikus súlyesés esetén jellegzetes fizikális eltéréseket észlelhetünk. A tünetek egy része főleg a purgáló altípusra jellemző önhánytatás következménye.

A bőr többnyire sápadt, száraz, igen súlyos esetben a karokon, mellkason lanugo jelenhet meg. A haj fénytelen, töredezett lehet. Gyakori a beesett arc, a berepedt szájszög. Előfordulhat bevértett conjunctiva, valamint a szájüregben fogzománc-erózió a hányások következtében. Jellemző lehet a foetor, és fogszuvasodást is láthatunk. A kezeken gyulladt körömágy, töredezett köröm, akrocianózis lehet, a kézfejen észlelhető horzsolások, illetve bőrkeményedés pedig az önhánytatás jele. A has vizsgálatakor renyhe bélhangokat, tapintható szkibalát találhatunk, előfordulhat anális fissúra is. Az alsó végtagokon bokaödémát, akrocianózist tapasztalhatunk. Jellegzetes tünet a nemi érésben való elmaradás, leányoknál a primer vagy szekunder amenorrhoea (ez korábban diagnosztikus kritériumnak is számított).

Az alapellátásban elvégezhető mérések anorexia nervosa gyanúja esetén:

- Testsúly, testmagasság, BMI. (Nehézséget okozhat, ha a beteg nem akar a mérlegre állni. Óvatosan, bizalmat építve kell megpróbálni. Tipp: a gyermek álljon háttal a mérlegre, hogy ne is lássa a számokat)
- Pulzusszámolás: ülő és álló helyzetben nyugalomban, majd terhelést (pl. 20 guggolás) követően mért pulzusszám változása. A vizsgálat során fokozott óvatossággal járjunk el, mert kifejezett szédülés, esetleg kollapszus előfordulhat
- Vérnyomásmérés
- Ortosztatikus instabilitás vizsgálata (Schellong-próba): vérnyomásmérés és pulzusszámolás ülve/fekve, majd felállás után egy perccel. Kórjelző, ha a pulzus emelkedése > 20/perc, a szisztolés vérnyomás csökkenése > 20 Hgmm
- Testhőmérséklet
- EKG-vizsgálat

Mikor kell mindenképpen EKG-vizsgálatot végezni?

A jelentős mértékű testsúlycsökkenés és a hiányos táplálkozás következtében kialakuló felborult homeosztázis, úgynevezett hipometabolikus állapot, a hánytatás következtében tovább súlyosbodó ioneltérések (hipokalémia) miatt az anorexia nervosa életet veszélyeztető akut kardiális szövődeményekkel (vezetési és repolarizációs zavarok, torsade de pointes kamrai tahikardia) járhat. Emiatt az anorexia ötszörösére emeli a hirtelen szívhalál kockázatát. A szív működés zavarainak (bradikardia, low voltage, QT-megnyúlás, aritmiák) észlelése céljából EKG-vizsgálat szükséges az alábbiak esetében:

- rapid testsúlycsökkenés,
- bradikard vagy aritmiás szívhangok,
- korábbi aritmiás anamnézis,
- hirtelen eszméletvesztés (szinkópe),
- laborvizsgálattal igazolt jelentősebb ioneltérések,
- jelentős mennyiségű koffein-, illetve energiaital-fogyasztás,
- rendszeres hánytatás, hashajtó és/vagy diuretikum szedése.

Milyen tünetek esetén küldjük kórházba a beteget?

- Extrém alacsony testtömegindex (vagyis BMI < 13, vagy ha az aktuális testsúly a kor és a testmagasság szerint elvárható érték 75%-a alatt van)
- Extrém rapid súlyvesztés
- Napi többszöri hányás
- 40/min alatti bradikardia észlelése
- Alacsony vérnyomás (RR < 80 / 40 Hgmm)
- Súlyos szédülékenység
- Jelentős dehidráció jelei
- Hipotermia észlelése esetén, ha a testhőmérséklet 35,5 Celsius-fok alatt van
- Teljesen kontrollvesztett (napi 600 kcal alatti) táplálékfelvétel
- Öngyilkossági veszélyhelyzet
- Súlyos komorbid depresszió, illetve egyéb, kórházi ellátást igénylő pszichiátriai állapot fennállása
- Az impulzuskontroll társuló súlyosabb zavarai (alkohol- vagy drogabúzus)
- Kóros laboreredmény: instabilitást okozó máj-, vesefunkciós eltérés, sav-bázis eltérés
- Kóros EKG: frekvenciakorrigált QT-intervallum (cQT) megnyúlása (> 450 ms) esetén

Mit tegyünk a stabil állapotú, kórházi felvételt nem igénylő beteggel?

1. Haladéktalanul kérjünk gyermekpszichiátriai, pszichológiai konzíliumot. Ne késlekedjünk, ne bízzunk abban, hogy ez csak időszakos viselkedés, és „majd kinövi”. Az evészavar általában már hónapokkal, gyakran évekkel az orvosnál való első jelentkezés előtt elkezdődött, fiúknál, férfiaknál különösen. Empátiával, megértéssel kommunikáljunk a beteggel, ne próbáljuk evésre biztatni. Ne feledjük, hogy súlyos testképzavarral és betegségbelátás teljes hiányával állunk szemben.
2. Hívjuk vissza a beteget egy hét múlva súlyméréses kontrollra. Ha a heti súlycsökkenés eléri az 1 kilogrammot, kórházi felvétel javasolt.
3. Amennyiben a pszichoterápia a járóbeteg-ellátás keretében zajlik, az evészavarokban jártas szakemberrel való rendszeres egyeztetéseknek megfelelően folytassuk a beteg vizsgálatait és szomatikus követését.
4. Kérjünk laborvizsgálatokat: vérkép, vérgázok, szérumból kálium, nátrium, magnézium, foszfát, kalcium, vasház-tartás, albumin, vércukor, májenzimek, vesefunkció, INR, lipidek. A foszfát szintjét a súlygyarapodás megindulásakor is ellenőrizni kell (újratáplálási szindróma veszélye).
5. További fogyás esetén hetente EKG- és laborvizsgálat (ionok) javasolt.
6. Ha az evészavar már legalább nyolc hónapja fennáll, végez-tessünk csontsűrűségmérést.

Mik az anorexiára hajlamosító és azt kiváltó tényezők?

Számos, az anorexiára hajlamosító pszichoszociális tényező ismert. Jellegzetes a beteg érzelmi instabilitása, negatív önértékelése, és nagyon gyakori a fokozott teljesítménykényszer is. Többnyire megfigyelhető a túlzott szülői gondoskodás vagy elvárás is, és nem elhanyagolható a társadalom szerepe sem a karcsúságideál előtérbe helyezésével. A személyiségre általában jellemző a kényszeresség, az érzelmek elfojtása, tagadása, az introverzió, a rugalmatlan gondolkodás. Az anorexia kiváltó tényezője lehet megterhelő, negatív életesemények, kudarcok kiváltotta hangulatzavar.

Gyakori, hogy az anorexia egyéb pszichiátriai körképekkel társul. A leginkább előforduló komorbid állapotok közé tartozik a depresszió, a szorongás, a kényszerbetegség, találkozhatunk továbbá fóbiával, impulzuskontroll-zavarral, addiktív zavarokkal és személyiségzavarral is.

Mik a lényeges tudnivalók a terápiáról?

A terápiát mindig az evészavarok kezelésében jártas pszichológus, pszichiáter vezesse. A betegeket lehetőleg mint járóbetegeket kell kezelni.

A pszichoterápiában a beteg saját felelősségének hangsúlyozása, erősítése a vezető motívum. A kezelés kezdetén a terapeuta és a beteg úgynevezett terápiás szerződést kötnek, melyben meghatározzák egyebek között a célsúlyt, és részletezik a következő lépéseket. Általában heti programot állítanak fel, amelyben fontos a keretek, az elvárások tisztázása (pl. napi 10 dekagramm súlynövekedés) mellett a folyamatos kontroll és az önmagá iránti felelősség átadása a páciensnek.

A gyermek- és serdülőkori evészavarok kezelésében a leglényegesebb a család lehető legnagyobb mértékű bevonása a terápiába. A családterápia során a pszichológus vagy pszichiáter a gyermekkel és a szülőkkel együtt, közösen dönt a terápiás célokról.

A betegnek tudnia és éreznie kell, hogy a kezeléseket nem büntető jellegűek, támogatni kell az önbecsülését, erősíteni a motivációját.

Farmakoterápia az anorexia kezelésében elsődlegesen nem javasolt, kizárólag súlyos komorbiditás (depresszió, kényszerbetegség) esetén válhat szükségessé.

Az evési szokásokra vonatkozó ajánlások

Az anorexia nervosa gyógyításában komplex szemléletre van szükség. A terápia szakember vezetésével zajlik, de az alapellátóknak és a családtagoknak is érdemes tisztában lenniük néhány alapelvvel.

- Senki ne biztassa evésre az anorexiás beteget.
- Annak a felelőssége, hogy a beteg mennyit eszik, kizárólag csak az övé maradhat, más ezt nem tudja, és ne is próbálja átvállalni.
- Az evésre való biztatás helyett a testsúly rendszeres (napi) ellenőrzése és ennek pontos vezetése legyen a központban.

- Ne önmagában a testsúlygyarapodást, hanem inkább a mögötte megnyilvánuló felelősségérzetet dicsérjük meg.
- A kezelés során az elvárt heti gyarapodás általában 0,5 kilogramm, kórházi körülmények között 0,7–1 kilogramm lehet.
- Ha a testsúly nem éri el a kívánt mértéket, ennek legyen valamilyen következménye.
- A testmozgást, a kalóriafelhasználást korlátozó lépések is szükségesek lehetnek a beteg érdekében, például iskolába járás szüneteltetése, szükség esetén szobában tartózkodás, ágynyugalom is javasolható.

Milyen kiegészítő kezelésekben van szerepe az alapellátónak?

Az evészavarok kapcsán gyakran előforduló emésztési zavarok a táplálkozás rendezésével általában megszűnnek. Tanácsokra és kiegészítő kezelésekre azonban szükség lehet. Előfordulhat gasztroparézis, ez esetben folyékony, pépes ételek kis adagokban való fogyasztása javasolt. Ha feltétlenül szükséges, étkezés előtt 2,5 milligramm metoklopramid adható. Gyakori probléma az obstipáció, ennek kezelésére naponta 6-8 pohár víz és 10 gramm rost bevétele javasolt. További panaszok esetén polietilén-glikol porból (makrogol) 1-3 evőkanálnyi naponta adható, és csak végső esetben ajánlott laktulóze, 30-60 milliliter/nap adagban.

Gyógyszerek felírásakor az előírt adagolásnál vegyük figyelembe a megváltozott felszívódást, az ionháztartás esetleges instabilitását, a készítmények szívritmust befolyásoló hatását. Érdemes figyelni, hogy a gyógyszernek van-e étvágyat befolyásoló mellékhatása. Ha a beteg hashajtót, diuretikumot szedett, győzzük meg arról, hogy ez nem segít a kívánt súlycsökkenésben, és javasoljuk, hogy fokozatosan szokjon le róla.

Ha a beteg purgáló magatartást folytat, hánytatja magát, akkor küldjük rendszeresen fogorvosi ellenőrzésre. Javasoljuk, hogy hányás után ne közvetlenül mosson fogat.

Milyen kimenetellel, szövődményekkel számolhatunk?

Kezeletlen esetben a kórképnek igen magas, mintegy 10%-os a letalitása a súlyos organikus szövődmények (kardiális, folyadék-elektrolit egyensúlyi, máj-, vese-, endokrin okok), illetve az öngyilkosság következtében.

A minél korábban megkezdett kezelés kedvezőbb kimenetelt, terápiás sikert jelenthet. Teljes gyógyulás lehetséges, de az esetek mintegy felében a betegség krónikussá válik. A kezelés ilyenkor hosszú évekig tart, gyakran hullámzó eredménnyel. Sokszor találkozhatunk stagnáló állapottal, terápiás nehézséggel, és nemritkán visszaesés is bekövetkezhet.

Az anorexia nervosás beteg és kezelése drámai módon megváltoztatja az egész család életét. A beteg gyermek elszigetelődik kortársaitól, sokszor kimarad az iskolából, akár éveket veszít el az életéből. A család mindennapi életében a terápia veszi át a vezető helyet, megváltozik a családdinamika, a szülő esetleg a korábbi munkáját sem tud-

ja végezni. Az óhatatlanul kialakuló konfliktusok feldolgozására családterápia, szükség esetén egyéb pszichoterápia szükséges, külön figyelemmel a testvérekre is.

A nem megfelelő kalcium- és D-vitamin-bevitel, a csökkent hormonszintek (ösztrogén, INF-1, kortizol) következtében krónikus esetben oszteopénia alakul ki. A csontok fejlődésében a legfontosabb, serdülőkori beépülési időszakban elszenvedett károsodás életre szóló morbiditást okozhat. Tíz éven túl fennálló oszteopénia esetén a csonttörés rizikója megháromszorozódik. A serdülés időszakában elszenvedett csontosodási zavar miatt a hossznövekedés is zavart szenved, a végleges testmagasság elmarad a várhatótól.

Mikor fejeződik be a kezelés?

A szorosan vett kezelési időszak akkor ér véget, ha a beteg elérte a kívánatos testsúlyt, és stabilan meg is tartja (BMI > 19,5). Lányok esetében az a testsúly, ahol a menesz visszatér, az elfogadható legalacsonyabb egészséges értéknek tekinthető.

Mi az alapellátó orvos feladata a kezelést követő időszakban?

A terápia befejezését követően a pszichológus, pszichiáter alkalmanként továbbra is nyomon követi a beteg állapotát, a rendszeres ellenőrzés azonban átkerül a házi orvos hatáskörébe. A záródokumentumban a terapeuta javaslatot tesz a további testsúlyellenőrzés gyakoriságára. További rendszeres ellenőrző vizsgálatok szükségesek a testmagasság, a vérnyomás és a nemi érés nyomon követésére, szükséges lehet a csontsűrűség ellenőrzése és a laborvizsgálat időszaki elvégzése is.

Az általános pszichológiai állapot ellenőrzése és a család folyamatos támogatása hosszabb távon is az alapellátó orvos lényeges feladata. Erre a gyermek életkorának megfelelően a felnőtt-házi orvosi praxisba való átjelentkezésekor is figyelmet kell fordítani.

Hogyan lehetne megelőzni az anorexiát?

Az evészavarok, különösen a súlyos, elhúzódó, potenciálisan életveszélyes anorexia nervosa megelőzésében, illetve korai felismerésében elsősorban az egészségnevelés, az egészséges életmód helyes értelmezése játszhat főszerepet. A családok mellett az iskolai oktatásban is hangsúlyosabban szükséges foglalkozni a témával, hasznos volna a szülők és a pedagógusok számára írásos tájékoztatókat készíteni és terjeszteni. Elsődlegesen szükséges volna a megfelelő tájékoztatás, a figyelemfelhívás a fiatalok körében népszerű közösségi oldalakon és egyéb online médiában.

Az alapellátó gyermekorvosok munkáját támogatandó, hasznos lenne számukra a diagnózis felállítását segítő kérdőívek, útmutatók biztosítása, elsősorban a betegség korai felismerése érdekében.

3. táblázat

Évészavarokkal kapcsolatos megjegyzendő üzenetek alapellátók számára

- Az evészavarok hosszú ideig rejtve maradhatnak, ezért fontos a jellegzetes, figyelemfelkeltő tünetek észrevétele.
- A betegségbelátás hiányos, így a legtöbb beteg csak a testi panaszai miatt fordul háziorvosához.
- Korai felismerés és beavatkozás esetén nagyobb az esély a teljes felépülésre.
- Súlyos állapot potenciálisan életveszélyes szövődményekhez vezethet (ritmuszavar, folyadékhiány, szuicidveszély).
- A fiatal evészavaros betegek kezelésében az evészavarban jártos terapeuta által vezetett családterápia a legfontosabb módszer. Legtöbbször hosszú pszichológiai kezelésre, megváltozott családi helyzetre kell felkészülni.

4. táblázat

Kilenc fontos tudnivaló az evészavarokról

1. Sok evészavaros személy egészségesnek látszik, mégis igen súlyosan beteg lehet.
2. A családok nem hibásak, és a kezelésben a betegek és a segítők legjobb szövetségesei lehetnek.
3. Az evészavar diagnózisa egészségi krízishelyzetet jelent, amely megakadályozza a beteg egyén és a család szokásos működését.
4. Az evészavarok nem önként választott problémák, hanem biológiailag megalapozott súlyos betegségek.
5. Az evészavarok minden nemű, korú, etnikumú, testalkatú, testsúlyú, szexuális orientációjú, valamint szocioökonómiai státusú személyt érinthetnek.
6. Az evészavarok mind az öngyilkosság, mind a hosszú távú egészségkárosodással járó szövődmények fokozott kockázatával járnak.
7. Az evészavarok kialakulásában a gének és a környezet egyaránt fontos szerepet játszik.
8. Az örökölt tulajdonságok önmagukban nem határozzák meg azt, hogy kinek lesz evészavara.
9. Az evészavarból teljes felépülés lehetséges. A korai felismerés és beavatkozás kritikus fontosságú.

A kiírása óta mintegy 10 db pályázati anyag került elbírálásra. Így néhány rendelőben hamarosan már beüzemelésre kerülnek az új gépek, készülékek. A pályázat kiírói továbbra is várják a pályázati feltételeknek megfelelő jelentkezéseket.

HGYE és az „Egy szív a gyermekekért” Alapítvány pályázata

„Egy szív a gyermekekért” Alapítvány hosszú évtizedek óta elkötelezett támogatója a gyermek-egészségügynek. Az Alapítvány összefogva a hazai és külföldi gyógyintézetekkel 2004-től támogatást nyújt a fiatal egészségügyi szakembereknek a legújabb gyógyászati technikák elsajátításához.

Az Alapítvány együttműködve a Házi Gyermekorvosok Egyesületével, a házi gyermekorvosok támogatását is a zászlajára tűzte. Ennek köszönhetően az Alapítvány korszerű vizület diagnosztikai, CRP műszer és kézi otoscop beszerzésével szeretné támogatni elsősorban, de nem kizárólagosan, azokat a házi gyermekorvosi praxisokat, amelyek vonzáskörzetében labor- és szakrendelői háttér nincs biztosítva. A házi gyermekorvosok pályázat útján juthatnak majd hozzá ezekhez az eszközökhöz, amelyeket az Alapítvány vesz meg

a számukra. A praxisnak a színvonalasabb betegellátás érdekében a működtetés költségét kell állnia legalább három éven keresztül.

A pályázatokhoz kérjük csatolni:

- NEAK, ÁNTSZ szerződések másolatait,
- a praxis összetételére vonatkozó adatok utolsó havi jelentését,
- a praxis rövid bemutatását (hol van és milyen környezetben mit szeretnének megvalósítani),
- az orvos elérhetőségeit: telefon, email, praxis címe, pecsét száma,
- a pályázó a cég adatait.

A pályázati kiírás, feltételek a HGYE weboldalán olvasható.



Dr. Karoliny Anna | Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Budapest

Fertőzésmegelőzés elősegítése a bélflóra támogatásával

Összefoglaló a *L. reuteri* Protectis (DSM 17938) szupplementáció előnyeiről

Az elmúlt hónapokban a SARS-CoV-2 pandémia következtében mindennapjainkat a fertőzések megelőzése, a fertőzésekkel való megküzdés tölti ki. A betegség súlyosságát, lefolyását, kimenetelét számos tényező határozza meg, ezek közül sokat még nem ismerünk. Lingling Tang és munkatársai (1) az elsők között hívják fel a figyelmet arra, hogy a COVID-19-fertőzés kimenetelében is fontos szerepe lehet a bélflóra egyensúlyának természetesen sok egyéb tényező mellett. A téma azonban nem csak a SARS-CoV-2-járvány időszakában aktuális, hiszen csecsemő-, kisded- és gyermekkorban a fertőző betegségek gyakorisága relatíve magas. Szerencsére a fertőzések többsége (akár légúti, enterális vagy egyéb megbetegedésről legyen is szó) banális, néhány nap alatt tüneti terápia mellett gyógyul. A betegség azonban mind pszichoszociálisan, mind anyagilag komoly terhet ró a családra és a társadalomra: a fertőzés időtartamának, a kórházi kezelés hosszának csökkentése mindenki számára kedvező.

A kórokozók különböző behatolási kapukon keresztül jutnak be a szervezetbe: gyermekkorban ez gyakran az emésztőrendszer. A fertőzések megelőzésében fontos szerepe van tehát a bélrendszerünknek: a GALT (gut associated lymphoid tissue) szerepet játszik mind a természetes, mind a szerzett immunitásban. A természetes immunitás szabályozásában fontos szerepe van többek között a sejtjes elemek által termelt citokineknek és antimikrobiális peptidnek, mindemellett jelen vannak a bélben a szerzett immunitás működő elemei is – az antigénprezentációtól kezdve az effektor működést végző sejteken át az IgA-t termelő plazmasejtekig. Ezen bonyolult együttműködés feltétele az egészséges bélmukóza, valamint a kiegyensúlyozott bélflóra.

A bélflóra egészségének megőrzésében, ill. a dysbiosis helyreállításában fontos szerepe van a prevenciónak: egészséges táplálkozás, a felesleges antibiotikum-használat mellőzése mellett egyes probiotikumok szupplementációja előnyös lehet a bél immunitásának megőrzésében.

A *L. reuteri* Protectis (DSM 17938) hatékonyságát különféle fertőzések megelőzésében több vizsgálat is alátámasztja. Weizman és munkatársai (2) 4-10 hónap közötti, nem szoptatott csecsemőket vizsgáltak 12 héten keresztül. A kettős vak, placebokontrollált, randomizált vizsgálatban a *L. reuteri*-vel szupplementált csoportban szignifikánsan kevesebb volt a lázas napok, hasmenéses napok, orvosi vizitek, hiányzások száma, ill. az antibiotikum-használat, mint a placebóval, ill. egy másik probiotikus törzssel szupplementált csoportban.

Gutiérrez 2014-ben a Pediatricsben (3) publikált munkája hasonló eredményekről számolt be. A kettős vak randomizált placebo-kontrollált vizsgálat célja a *L. reuteri* Protectis (DSM 17938) hatásának vizsgálata volt hasmenés és más betegségek megelőzésére egészséges gyermekek körében. A vizsgálatba 336 időre született, 6-36 hónapos kor közötti csecsemőt és kisdedet vettek be. 168 fő *L. reuteri* Protectist kapott 10^8 CFU/nap dózisban 3 hónapig, míg a másik 168 fő placebót kapott. Ezen intervenció szakasz után további 3 hónapig követték a gyermekeket. A hasmenéses napok száma 67%-kal csökkent az intervenció időszakában a *L. reuteri* Protectist kapó csoportban a placebohoz képest ($p=0,03$). A hatás szignifikáns volt az utánkövetéses 3 hónap alatt is, 57%-os csökkenéssel ($p=0,01$). A légúti fertőzéses napok száma 67%-kal csökkent az intervenció időszakában a *L. reuteri* Protectist kapó csoportban a placebohoz képest ($p=0,01$). A lázas napok száma, a hiányzások száma és az antibiotikum-kezelés szükségessége is szignifikánsan alacsonyabb volt a *L. reuteri*-t kapó csoportban a placebohoz képest mind az intervenció, mind az utánkövetéses időszakban.

A *L. reuteri* Protectis (DSM 17938) hatékonysága több tényezőnek köszönhető. A dysbiosis megakadályozásában, ill. helyreállításában szerepe van többek között a baktérium által termelt reuterinnek, mely toxikus a patogének számára, ezzel elősegíti a jótékony baktériumok szaporodását. A *L. reuteri* használata jótékony az epithel sejtek számára, javul a mukóza integritása, mely a nyálkahártya immunitás működését segíti elő. A fentiek mellett az IgA-termelést is stimulálja (Preidis et al., 2011 (4)), ennek következtében csökken a baktériumok és vírusok adhéziója az epithelhez. Mindezen tényezők összességének köszönhetően az immunrendszer védekezőképessége javul, a fertőzések száma csökken, a betegségek kimenetele kedvezőbb.

Összességében elmondható tehát, hogy az egészséges bélnyálkahártya és a kiegyensúlyozott bélflóra segítségünkre lehet a fertőző betegségek megelőzésében és a betegségekkel való megküzdésben: a közösségbe járó, egészséges gyermekeknél szignifikánsan alacsonyabb a rizikója a hasmenéses és légúti betegségek kialakulásának *L. reuteri* Protectis-szupplementáció mellett. Igazolt immunológiai és anti-pathogén hatásaival hozzájárul a fertőzések prevenciójához.

* A felhasznált irodalom elérhető a szerkesztőségben.

A közlemény megjelenését a BioGaia támogatta.

Az aminosav-alapú táplálás gyakorlata

A tejfehérje-allergia egy specifikus, tejet vagy tejszármazékot tartalmazó élelmiszer, illetve étel elfogyasztása után jelentkező tünetegyüttes. Az élelmiszerallergia immunreakcióval jár, mely mindig reprodukálható. Az utóbbi években az allergiás megbetegedések számának jelentős növekedését igazolták, ami az atópia korai felismerésének és a megelőzésének a fontosságára irányította a figyelmet.

Orvos által igazolt tejallergia esetén a kezelés az eliminációs diéta. A tejet és tejszármazékokat tartalmazó alapanyagokat szigorúan ki kell zárni a mindennapi táplálkozásból. A diéta célja a csecsemő, illetve a kisgyermek panaszainak megszüntetése, valamint az optimális szellemi és testi fejlődés biztosítása. Tejmentes diéta mellett **kiemelten fontos odafigyelni a megfelelő kalcium- és D-vitamin-bevitelre**. A növényi tejitalok, magtejek nem ajánlottak a tej helyettesítésére!

A mindennapi gyakorlatban a nagy fokban hidrolizált tápszerek javasolhatók, de bizonyos esetekben a bennük található maradvány peptidok allergiás tüneteket okozhatnak. Ilyen esetekben az aminosav alapú tápszerek használatát kell előtérbe helyezni, hiszen ezek a termékek teljesen tejmentes gyártókörnyezetben gyártódnak.

A Nutricia hisz abban, hogy a tudás és a tapasztalatok megosztása nagyban segíti a táplálásterápia fejlődését. Ennek érdekében gyűjtöttük össze a gyermekgasztroenterológiai gyakorlatból származó érdekes és tanulságos eseteket, melyekben a **Neocate LCP**, illetve a **Neocate Junior** volt a megfelelő megoldás az adott indikációban és életkorban. Az aminosav-alapú táplálás nemcsak **gasztroenterológiai, sebészeti**, hanem többek között **allergológiai, bőrgyógyászati, pulmonológiai, fül-orr-gégészeti betegek** ellátásában is hozzájárulhat a kezelés sikeréhez.

Dr. Karoliny Anna összefoglalója szerint: „Mi, a gyermekgyógyászatban dolgozó szakemberek különösen elköteleztettek vagyunk a **megfelelő táplálás megvalósításában**: különösen fontos ez akkor, ha beteg gyermekről van szó. A csecsemők számára az ideális táplálék az anyatej, azonban a csecsemők egy része különféle anyai okok vagy a csecsemő betegsége miatt nem részesülhet kizárólagos anyatejes táplálásban. Ilyenkor nagyon fontos, hogy a csecsemő életkorának, betegségének megfelelő tápszert rendeljünk. A megfelelő táplálás egyéves kor felett is fontos, az életkorhoz adaptált kiegészítő tápszeres kezelés hozzájárul a kezelés sikeréhez.

Az **aminosav-alapú tápszerek** szerepe jól ismert **tehéntejfehérje-allergia** és **többszörös táplálékfehérje-allergia** esetén, azonban

speciális összetételének köszönhetően egyéb indikációban is sikerrel alkalmazhatók. Az **allergiás és nutricionális enterocolitis** mellett **vashiányos anaemia, allergiás asthma, súlyos atopiás dermatitis, elmaradt élettani fejlődés, alultápláltság, légzési rendellenesség, gégeviznyó, angioneurotikus oedema, széklet-rendellenesség** esetén gyermekgasztroenterológus vagy gyermeksebész javaslatára rendelhető **Neocate LCP az 1 év alatti csecsemőknek**. Egy év feletti korosztályban az életkorhoz adaptált összetételű **Neocate Junior** adása javasolt, **1-6 éves kor között** tehéntej és szójafehérje iránti együttes túlérzékenység esetén járóbeteg-szakrendelés vagy fekvőbeteg-gyógyintézet csecsemő- és gyermekgyógyásza adhat javaslatot.

A fenti indikációkon túl azonban előfordulnak olyan speciális esetek, amikor az aminosav-alapú táplálás egyéb előnyeit is kihasználhatjuk: többek között **rövidbél szindróma kezelésében, táplálékallergiával szövődött Crohn-beteg remisszió indukciójában**, immundefektus miatt **csontvelőtranszplantált gyermek táplálásában, eozinofil oesophagitis, colitis terápiajában** egyaránt sikerrel járhatunk – legyen szó szájon keresztül, szondán, akár percutan gastrostomán (PEG) vagy gastrotubuson keresztüli táplálásról.”

Bízunk benne, hogy az elhangzott esetek hozzájárulnak a csecsemők és kisgyermekek megfelelő táplálásának megvalósításához.

Az esetleírásokhoz olvassa be az alábbi QR-kódot: *A cikk megjelenését a Nutricia támogatta.*



Szakirodalom:

1. S. Koletzko, B. Niggemann, A. Arato, et al.: Diagnostic approach and management of cow's milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines, JPNP, volume 55, Number 2, August 2012
2. EAACI Press Release – World Allergy Week April 2015
3. Fiocci A, et al.: Diagnosis and rationale for action against cow's milk allergy (DRACMA) guidelines, World Allergy Organisation (WAO), WAO Journal, April 2010

Tájékoztató kizárólag egészségügyi szakemberek részére. A Numil Kft. kizárja a felelősségét az egészségügyi szakembereknek szóló szakmai tájékoztató anyag illetéktelen személyek általi felhasználásáért. Jelen kiadvány elválaszthatatlan részét képezi a kiadványban ismertetett termék címkésövege. Neocate LCP speciális – gyógyászati célra szánt – élelmiszer 400 g, Közfinszírozás alapjául elfogadott ár*: 9 261 Ft, támogatás mértéke (90%): 8 335 Ft, térítési díj: 926 Ft. Neocate Junior speciális – gyógyászati célra szánt – élelmiszer 400 g, Közfinszírozás alapjául elfogadott ár*: 12 328 Ft, támogatás mértéke (90%): 11 095 Ft, térítési díj: 1 233 Ft. Neocate LCP speciális – gyógyászati célra szánt – élelmiszer tehéntejfehérje allergia, többszörös táplálék fehérje allergia diétás ellátására csecsemőkörben. Neocate Junior speciális – gyógyászati célra szánt – élelmiszer tehéntejfehérje allergia, többszörös táplálék fehérje allergia diétás ellátására 1 éves kor felett. Iható tápszer és speciális élelmiszer, enterális táplálásra. Kizárólagos és kiegészítő táplálásra egyaránt alkalmazható. *Forrás: www.neak.gov.hu, Publikus gyógyszertervezés (PUPHA) 2020.07.01. Fontos figyelmeztetés! A csecsemő legjobb tápláléka az anyatej, és a szoptatás a legegészségesebb táplálási mód. A speciális – gyógyászati célra szánt – élelmiszert kizárólag a gyermekorvos javaslatára, orvosi ellenőrzés mellett, a címke szerinti használati utasítás szerint alkalmazhatóak. Alkalmazás előtt olvassa el a termék címkéjén feltüntetett adhatósági és elkészítési útmutatót! Jelen kiadvány elválaszthatatlan részét képezi a címkésöveg. Ne térjen el a használati utasítástól, mert az zavart okozhat a kisbaba fejlődésében. A jelen kiadványban ismertetett speciális – gyógyászati célra szánt – élelmiszerek csak orvosi ellenőrzés mellett alkalmazhatóak, gyermekek elől elzárva tartandóak. Promóciós kód: SN20PHAPAE05HU, lezárás dátuma: 2020.07.30.

Dr. Király Balázs | házi gyermekorvos, Budapest

Status post COVID, avagy tele van a medicinánk

Ha nagyon őszinte vagyok, akkor ki merem mondani: nem szeretem a telemedicinát. Ezzel most biztosan megleptem számos kollégát, különösen azokat, akik tudják, hogy milyen régóta mennyi mindennel próbálkoztam, hogy jobbá, elfogadottabbá tegyem a rendelőn kívüli ellátási formákat. Igazából sosem szerettem, de most, hogy a koronavírus drámai módon felgyorsította az elterjedését, még inkább szembesültem a gyengéivel. A nyugodt, figyelmet, időt nem sajnáló hús-vér vizsgálatokat szeretem. Szeretem az orvosi munkánk konzervatív attribútumait, a hallgatózás titkát, a palpációt (muszáj volt ezt latinul írni az áthallás elkerülése végett), a csak személyes vizsgálattal tökéletes nonverbális kommunikációt, s ugyanígy szeretem kezembe fogni, megnyugtatóni a vizsgálat közben síró csecsemőt. Tehát mindent, amit csak a személyes orvos-páciens találkozás adhat a szavakon – a leírt üzeneteken, telefonon, videócseten – túl. Az elsősorban gondolatébresztőnek szánt írásban leginkább azt próbálok elmagyarázni, hogy az előbbiekre ellenére miért érzem leírhatatlanul fontosnak, megkerülhetetlennek, ha úgy tetszik, kötelezőnek a telemedicina használatát, terjesztését.

Azzal kezdeném, hogy mi az esetek többségében nem is orvosi munkát végzünk. Talán nem bántok senkit ezekkel a sorokkal: az alapellátó gyermekorvosi munkánk jelentős részben távol áll attól, amit a világ fejlettebb országaiban az orvoslásról gondolnak. Küzdünk ellene (bár nagyobb egységben tennék!), de például a magyar gyermekorvoslás rákfenéjét, az igazolásosdit nem tudjuk magunk mögött hagyni. Vizsgálunk emellett számtalan ma kezdődő náthát, „ne menjünk neki a hétvégének” hőemelkedést, belső lázat, bevállaljuk a „csak pislantson rá” helyzeteket. Mivel imádom a preventív működésünket, csak halkan merem megjegyezni, hogy az oltásokat sem feltétlenül nekünk, orvosoknak kellene beadni. Nem hivatalos, de általánosan elfogadott vélemény, hogy a COVID előtti napi forgalom nagyjából 60-80 százaléka feleslegesen jelent meg gyermekorvosánál.

Mit tudunk ezzel kezdeni?

Erre részben választ adott a pandémia: amit csak lehet, azt oldjuk meg telefonon vagy videókapcsolattal, illetve üzenetváltásokkal, emiatt hirtelen megpróbáltunk kor-



szert eszközöket használni a hétköznapi munkánk során. Ki-ki változó lelkesedéssel és főleg változó digitális affinitással, előképzettséggel vágott bele a teljesen újszerű feladatba. Saját praxisomban, ahol korábban is voltak ennek gyökerei, nagyjából csak elfogadást tapasztaltam. Kifejezetten üdítő élmény volt, amikor a telefonbeszélgetés vagy videócsat közben azt éreztem, hogy a szülőkkal együttműködve, partnerként tudunk gondolkodni az aktuális problémáról. Nemcsak a szülői kompetenciát sikerült kicsit tágítani, hanem ezzel párhuzamosan egyre nagyobb felelősséget mertek vállalni a családok. Ehhez persze kellett a vírus keltette félelem: többen kisebb kockázatot láttak az otthoni nátha telefonon támogatott kúrálásában, mint megjeleni egy egészségügyi intézményben.

Mindig hangsúlyoznunk kell, hogy törekedjünk a maximális biztonságra egyrészt a betegünk egészsége érdekében, másrészt az adatvédelmi és egyéb jogi szempontokat is szem előtt tartva. Sajnos még nem látjuk pontosan a készüléketlenül nyakunkba szakadt telemedicina „járulékos veszteségeit”. Vajon hány esetben okoztunk komolyabb bajt, tragédiát egy elmaradt vizsgálattal? Vagy ez már sosem fog kiderülni? Az ilyen hibák nagyrészt el-

kerülhetők megfelelő triázisprotokoll betartásával. Jó hír, hogy egy alapellátó gyermekorvosi munkacsoport gőzerővel dolgozik, hogy minél előbb elérhető legyen egy hazai viszonyokra adaptált amerikai triáziskönyv magyar kiadása. Ha már triázis: a telefonos szűrés, pláne szabályozott formában szintén nem orvosi feladat kellene hogy legyen. Óriási öröm volt, mikor a két kiváló, megbízható asszisztensmet hallottam triázisolni. Nyugodt voltam, régóta együtt dolgozunk, megbízom bennük. Igen, hosszú távon ez is az átadandó feladatok közé kell hogy kerüljön. Az egészségügyünk lassú, nehézkes megújulása során tényleg jó lenne figyelembe venni, hogy számos, ma még orvosként végzett munka bizalommal ruházható át szakdolgozó kollégáinkra.

Most, viszonylagos békeidőben a legfontosabb, hogy megtaláljuk az egészséges egyensúlyt a telemedicina és a rendelői ellátás között. Szándékosan nem otthoni ellátást írtam, mert szerintem jó lenne, ha az alapellátó, közfinanszírozott munkánkból ez teljesen kikopna. Az elmúlt hónapokban a vírustól való félelem talán túlságosan a telemedicina irányába tolta az ellátást. Elmaradtak státuszvizsgálatok, és eleve csökkent a rendelői vizit értéke: a rideg védőruházatban végzett rövidített, lényegre törő vizsgálatok a gyermekorvoslás varázsát vették el, még matricát sem adhattunk. Most nyáron talán a legtöbb helyen beállt az egyensúly, a rendelőkbe továbbra is csak előzetes telefonhívás után mehettek a gyerekek, sok felesleges találkozás maradhatott el így is. Ez a nyári, hagyományosan alacsony esetszám mellett könnyedén tartható volt. Ősszel azonban várható, hogy az újbóli forgalomnövekedéssel sok rendelő feladja a járvány alatt elért vívmányokat. Talán a második és még ki tudja, hányadik hullám esélye mindenkit – beleértve a törvényalkotókat is – távol tart a teljes visszarendeződéstől, és végre tényleg búcsút vehetnénk a zsúfolt várótermektől. Ez ellen szól, hogy a tavasszal sokunk által üdvözölt e-receptről pont a napokban röppent fel hivatalos helyen a hír, hogy csak személyes találkozás után lesz felírható szeptember közepétől.

A COVID pozitív hatásának tudhatjuk be azt is, hogy sok dolog, ami eddig kimondhatatlan volt, most hirtelen kimondhatóvá vált. A „nekem jár az orvosi ellátás azonnal” típusú szülőknél többnyire meg lehetett magyarázni, hogy a reggel kezdődő, enyhe vizes orrfolyással miért jár jobban, ha nem jön a rendelőbe. Ugye, ez sokunknak ismerős, akik korábban egy hasonló tünettellel jelentkezővel nem álltunk le edukációs céllal véleményt ütköztetni, maximum finoman jeleztük a vizsgálat után, hogy ezzel még nem biztos, hogy jönni kellett volna.

És ha már az edukációnál tartunk: miért fontos a szülői kompetencia fejlesztése, a család bevonása a tünetek értelmezésébe? Talán egy példával tudnám ezt bemutatni. Lázas lett a gyermek. Péntek, reggel nyolc óra. Anya telefonál, „szerencsére” éppen rendel a doktor, természetesen gyorsan meg is kellene mutatni a beteget. Fél kilenckor a

vizsgált gyermekén szinte még semmilyen tünet nem észlelhető. Az orvosi vizsgálatnál a szülő áthárította a felelősséget, valószínűleg nyugodtabb is lett. Estére hányás, fel-tűnő aluszékonyság, furcsa, nyomásra nem halványuló ki-ütések jelennek meg a magasabb láz mellett. Ezt a már aznap lezajlott orvosi vizsgálat, felelősségátruházás után másként ítéli meg a szülő, mint akinek reggel akár a jól felkészült asszisztens telefonon elmagyarázza, hogy pontosan milyen tünetek esetén kell tényleg nagyon megijedni, azonnali orvosi segítségért fordulni. Az ilyen és ehhez hasonló helyzetekben a szülők tünetértelmezési készségén múlhat a gyermek élete. Erre most sokan mondhatják, hogy „próbálgat meg itt, nálunk, elmaradt térségben edukálni, telemedicinázni, szinte még telefon sincs”. Igen, a területi egyenlőtlenségeket nem lehet megszüntetni, de abban talán egyetérthetünk, hogy a fenti példában a reggeli vizsgálatnak nem sok értelme van se így, se úgy.

A területi egyenlőtlenségekre egyébként sincs jó válasz a telemedicina kérdésében. De nem lehet gátja a fejlesztéseknek az a tény, hogy számos helyen, családban nem érhető el az adott szolgáltatás, lehetőség. Valóban vannak olyan családok, amelyek akár a high-tech otthon használható digitális fonendoszkópfet is be tudják szerezni, és azzal küldik a valós idejű hallgatósági leletet orvosuknak, és sajnos nem ritka a telefont sem használó, mélyszegénységben élő család sem.

A orvosok közötti telemedicina, digitális konzultáció legalább annyira fontos eleme az egészségügy digitális fejlődésének, mint az orvos-páciens közötti interakció. Szinte katartikus tapasztalás volt, mikor szakellátó intézetek sorra ajánlották fel pro bono digitális elérhetőségeiket, hogy segítsenek a járvány alatt. Ugyancsak a szolidaritás érzését erősítették a szakmai Facebook-csoportok, ahol ha valamelyikünk elakadt, már posztolta is a problémát, és mindig akadt valaki, aki segíteni tudott szaktudásával az adott kép, tünetek alapján. Nyilvánvaló, hogy ezek az önzetlen felajánlások javarészt kikoptak idővel. Talán a legizgalmasabb kihívása lehet a gyermekgyógyászatnak, hogy az alap- és szakellátók között stabil, jól finanszírozott e-konzultációs hidat építsen ki. Ennek használatával jelentősen növekedhetne a definitív ellátások száma, feltételezhetően javulna a szakmai kapcsolat is a jelenleg igencsak polarizált ellátásban, és komolyan edukálna minket is a gyorsan, szinte „real time” érkező segítség egy specialistától.

Nagyjából itt tartunk most. A koronavírus számos, eddig lebonthatatlannak tűnő falat robbantott fel. Kinyílt rengeteg kapu, a lehetőségek szinte végtelennek tűnnek. Csak nehéz megtalálni, hogy ki hol, melyik végén kezdje el gombolyítani ezt a jelenleg rémesen kusza gombolyagot. De ha sikerül, akkor talán tényleg nagyobb nyugalommal, odafigyeléssel vehetjük a kezünkbe a ténylegesen vizsgálatra szoruló embert, és sokkal több időt száncunk az egészségnevelésre, az egészségkultúra fejlesztésére a rendelési időknél jóval hosszabb tanácsadásainkon.

A magyar fordítást készítette: Dr. Sutka Melinda | házi gyermekorvos, Debrecen

A gyermek-alapellátás kihívásai a 21. században



Az Alapellátó Gyermekorvosok Európai Szervezetének (ECPCP) elnöki posztját szeptembertől Shimon Barak, Tel-Avivban élő alapellátó gyermekorvos tölti be. Munkájához ezúton is sok sikert, jó egészséget kívánunk. Részben kinevezése kapcsán, részben pedig az alapellátás hazai átszervezésének terve körüli hírek, hírfoszlányok miatt érezzük aktuálisnak a leendő elnök egyik legutóbbi, a gyermek-alapellátás 21. századi kihívásaival foglalkozó közleménye rövidített változatának közlését. A téma fontosságát és aktualitását bizonyítja néhány megkérdezett alapellátó gyermekorvos kolléga véleménye, amelyekből kommentárként idézünk egy-egy kiragadott gondolatot.



Shimon Barak, Tel-Aviv
Az Alapellátó Gyermekorvosok Európai Szervezetének (ECPCP) elnöke

A 20. század közepéig a gyermekgyógyászati alapellátás művelői kizárólag általános orvosok és alapellátásban dolgozó gyermekorvosok voltak, a gyermekgyógyászat területén a szubspecialitások kialakulása az 1950-es években kezdődött el. A szakmai specializálódás folyamata kétségkívül hozzájárult a kutatás és az oktatás fejlődéséhez, kibővítette a gyermekgyógyászat látókörét, s javította a gyermekek és serdülők egészségügyi ellátását. Mindez azonban az általános gyermekgyógyászat rovására történt, amely így veszített értékéből: korábban még a gyermekellátás esszenciáját jelentette, mára csupán a professzionalizmus felé vezető út első állomásává vált. Stephen Ludwig szavaival: „Annak a folyamatnak a következtében, amely során az orvoslás a belső egységének megerősödése nélkül szubspecialitásokra bomlott, a gyermekgyógyászat olyanná vált, mint egy fa, amelynek lombkoronája terebélyes, törzse azonban erőtlen.”

A következmény kiszámítható és előre jelezhető volt: a specialisták több támogatást és kutatási alapot szerezve, többet publikálva egyre feljebb léptek a tudományos ranglétrán, ők kerültek a gyermekgyógyászati tanszékek és intézmények élére, és váltak a gyermekorvos-társadalom vezetőivé. A csúcsra érve sokan – némelyek tudatosan és konzekvensen – elriasztották a fiatal kollégákat attól, hogy az általános gyermekgyógyászatban, és különösen, hogy az alapellátásban tervezzék szakmai jövőjüket. Így mindenhol, de elsősorban Európában egyre csökken az ezekre a területekre jelentkező rezidensek száma. Mivel hiányzik az utánpótlás,

a jelenlegi munkaerő természetes elöregedése miatt általános gyermekgyógyászokból, de főként alapellátó gyermekgyógyászokból napjainkra súlyos hiány keletkezett egyes országokban, „veszélyeztetett fajjá” váltak, amelyet a kihalás fenyeget.

Ezzel egyidejűleg több kormány és egészséggazdasággal foglalkozó szakember kezdte el vizsgálni az alapellátás költségvonatát, az egészségügyi szolgáltató rendszerek költség-haszon elemzéseit a hosszú távú egészségérték tekintetében. Néhány kelet-európai ország főként a Világbank nyomására úgy döntött, hogy költségvetéséből inkább a látszólag olcsóbb általános alapellátásba investál, és a gyermekorvosi alapellátásra épülő egészségügyi ellátórendszerrel a „családorvos-alapú” rendszerre vált. Ennek a politikai stratégiának a helyessége azonban nem igazolódott, hatékonysága nem volt kielégítő sem az orvosok, sem a betegek számára, így ezek közül az országok közül néhány most a gyermek-alapellátói rendszer visszaállításáért küzd.

Mindannyian szeretnénk egészségesek lenni, ami nemcsak a betegség hiányát, hanem a teljes fizikai, mentális és társadalmi jóllét állapotát is jelenti. Számos kutatás igazolja, hogy ennek az állapotnak az elsődleges meghatározója az alapellátás minősége. Ez a változó javítja leginkább az egészségügyi kimenetelt és a betegelégedettséget, csökkenti a halálozási arányt, mindezt alacsonyabb költségek mellett.

A tanulmányok azt mutatják, hogy egy ország alapellátási rendszerének megerősítése a lakosság egészségi állapotának javulásával jár az összmortalitás, a korai mortalitás, valamint a fő légzőszervi és kardiovaszkuláris betegségek miatt bekövetkező korai halálozás tekintetében egyaránt. Ez az összefüggés akkor is szignifikáns, ha a népesség egészségét meghatározó tényezőket makrogazdasági szinten (egy főre jutó GDP, ezer lakosra számított orvosszám, az idősek százalékos aránya) vagy olyan speciális, mikromutatók szerint vizsgáljuk, mint az ambuláns orvosi vizitek száma, az egy főre jutó alkohol- és dohányfogyasztás stb. Így, negyven évvel a történelmi jelentőségű, Alma-Atában megrendezett alapellátási konferencia után az alapellátás a magas színvonalú egészségügyi ellátás biztosításának kétségtelenül kulcsfontosságú tényezője.

Logikus feltételezés, és ezt számos vizsgálat és kutatási eredmény bizonyítja, hogy a szakmájukat tekintve képzetesebb és tapasztaltabb gyermekgyógyász szakorvosok a gyermekek számára magasabb színvonalú alapellátást képesek nyújtani, mint a nem gyermekorvos végzettségű kollégáik. Ennek ellenére a vita, hogy melyik rendszer az életképesebb, máig nem dőlt el.

A Manuel Katz és munkatársai által készített, mérföldkőnek számító tanulmánynak ezt a régóta zajló vitát egyszer és mindenkorra le kellett volna zárnia. A vizsgálat egyértelműen igazolta a rosszabb mutatókat azokban az országokban, ahol az alapellátásban általános orvosok és felnőtt háziorvosok dolgoznak, különösen a mentális egészség, a védőoltások és más prevenciók tevékenységei, valamint a csecsemőhalandóság (infant mortality rate – IMR) tekintetében. Az ezt követően Diego van Esso és munkatársai által publikált, hasonló tárgyú tanulmány azonban azt mutatta ki, hogy azokban az európai országokban is kielégítő eredményeket értek el a „hagyományos egészségügyi mutatók” tekintetében – mint a neonatális mortalitás és az IMR –, ahol az alapellátásban nem vagy csak kevés gyermekgyógyász dolgozik.

Nem kétséges, hogy az ellentmondásos adatok háttérében a vizsgált paraméterek megválasztása áll. Katz kritikára számított – és valószínűleg a Van Esso által talált eredményeket jósolta meg –, amikor azt írta: „A fejlődő világban jól használható indikátor, hiszen az IMR ezekben az országokban magas, és a változás elég jelentős tud lenni ahhoz, hogy az egyes intézkedések hatékonyságát mérni lehessen vele. Európában azonban, ahol az IMR 8 ezrelék alatt van, a gyermekpopuláció egészségi állapotának pontosabb megítéléséhez be kell vonnunk az idősebb gyermekekre vonatkozó indikátorokat is. Régen alultápláltság és különféle fertőző betegségek miatt a legtöbb gyermek csecsemőkorban halt meg, manapság viszont összetettebb okok befolyásolják a gyermekkori mortalitást és morbiditást. A serdülőkorú öngyilkosság például a harmadik fő halálórává vált gyermekkorban. A balesetek és a gyermekbántalmazás szintén gyakori okai a gyermekkori mortalitásnak és a morbiditásnak.”

A probléma az, hogy jelenleg nincsenek igazán jól használható, az új évszázad kihívásainak megfelelő, gyermekeink egészségi állapotát megfelelően tükröző morbiditási mérőszámok. Ezért aztán valójában nincsenek a különböző rendszerek hatékonyságára vonatkozó pontos és megbízható adataink sem, és az európai gyermekellátási rendszerek feltérképezését célzó vizsgálatok eredményei számos torzítást tartalmaznak, ezáltal rendre félreértésekhez és hibás következtetésekhez vezetnek.

Kétségtelen azonban, hogy az aggasztó és riasztó adatok rendre azokból az országokból származnak, amelyek nem rendelkeznek megfelelő gyermekgyógyászati alapellátással. Az európai általános orvosok, illetve családorvosok gyermekgyógyászati képzése nem megfelelő, átlagosan mindössze négy hónap, néhány országban a gyermekgyógyászati képzés nem kötelező, vagy egyáltalán nem is létezik! Például egy, az Egyesült Királyságban végzett felmérés arra hívja fel a figyelmet, hogy a gyermekek halálának egy része elfogadhatatlan és elkerülhető tényezők miatt következett be, és az Egyesült Királyságnak a gyermekkori szolid tumorok kezelésében elért gyenge teljesítményét részben az magyarázhatja, hogy az alapellátó családorvosok késve utalják be a beteget a szakellátásba.

A tanulmány szerzői arra a következtetésre jutottak, hogy az Egyesült Királyságnak mérlegelnie kell a családorvosi (general practitioner – GP) modell megtartásának és megszüntetésének következményeit. Annak érdekében, hogy a GP rendszer megőrizhesse helyét a gyermekek és fiatalok egészségügyi alapellátásában, az Egyesült Királyság háziorvosainak megfelelő képzést és díjazást kell kapniuk a gyakorlaton alapuló, minőségi, 21. századi gyermek egészségügyi szolgáltatás biztosításához.

Az alapellátók érdekeltségének növelése

Az alapellátó gyermekorvosok terhelése hatalmas, és számuk csökkenésével folyamatosan növekszik. Kevés gyermek igényel valóban szakorvosi vizsgálatot, de a házi gyermekorvosát szinte mindegyikük felkeresi legalább egyszer évente. A naponta temérdek, valójában otthon is biztonságosan ellátható banális problémával találkozó alapellátó gyermekorvosoknál gyakran jelentkezik kiégés munkájuk monotonitása miatt.

Annak érdekében, hogy feladataikat a képzettségüknek és gyakorlatuknak megfelelő színvonalon és az elvárt minőségben végezzék, az alapellátóknak vissza kell nyerniük önértékelésüket, munkájuk presztízsét, meg kell találniuk hivatásuk kiérdemelt helyét az orvosi szakmák hierarchiájában. Ehhez a következő részmegoldások járulhatnak hozzá:

- olyan gyakorlat kialakítása, amelyben több idő jut egy beteg ellátására,
- magasabb bérezés, jobb finanszírozás,
- több öröm a munkában,
- nagyobb munkamegosztás a megelőző vagy nem orvosi

feladatok elvégzésében (egyrészt a rendelő felszereltségének javításával, másrészt feladatok átruházásával más egészségügyi személyzetre, például gyermek-alapellátó ápolónőkre vagy irodai dolgozókra a nem egészségügyi, adminisztratív jellegű feladatok tekintetében).

Az első két javaslat valójában ugyanaz: ahhoz, hogy egy betegre több idő jusson, az orvosokat jobban meg kell fizetni, így csökkentve az egy orvosra jutó ellátandó betegek számát. Honnan származhat erre anyagi forrás? Mint korábban említettük, az alapellátás olcsóbb, így pénzt spórol, és így a jó alapellátás valószínűleg még több pénzt takarít meg.

A munkából származó nagyobb elégedettség leginkább az intellektuális kihívás fokozásával, a napi munka monotonitásának megtörésével, az önértékelés növelésével és az alapellátói munka gyermekgyógyászati szakma általi megítélésének javításával érhető el. Kulcsfontosságú tényező az alapellátó gyermekorvosok, illetve a kórházi és klinikai orvosok közötti kapcsolat, interakció javítása is.

Mindezt úgy lehet elérni, hogy az alapellátásban részt vevő gyermekorvosokat bevonják a járóbeteg-ellátással kapcsolatos kutatásokba és az oktatásba is. Lehetővé kellene tenni az alapellátó gyermekgyógyászok részvételét az általános gyermekgyógyászati intézmények munkájában, így a járóbetegszakellátást végzők át tudnák adni tudásukat, tapasztalataikat, és kétségkívül javíthatnák a jövőbeli gyermekorvosok képzését azáltal, hogy együtt dolgoznak az alapellátókkal. Másrészt a kórházak olyan potenciális oktatókat és óraadókat kapnának, akik gyakorlatuk, szemléletük révén képesek az általános gyermekgyógyászat egységére és összetettségére is megtanítani a hallgatókat. Ígéretes lehet az alapellátást biztosító gyermekorvosok bevonása a kutatómunkába. A gyakorlaton alapuló vizsgálatokat végző gyermekgyógyászati kutatóhálózatok felállítása végső soron az alapellátás színvonalát javítaná. A helyi, regionális és nemzeti kutatóhálózatok – mivel képesek azokkal a helyi szociokulturális és nyelvi közösségek szempontjából jelentős specifikus kérdésekkel is foglalkozni, amelyekkel a gyermekorvosok csak bizonyos betegek esetében szembesülnek – nagyobb hatással lennének a gyakorlatra, és sokkal több kutató részvételét tennék lehetővé.

Alternatív lehetőségek kidolgozása

A gyermek-alapellátás megőrzése minden szempontból észszerű és megalapozott döntés. Egyértelműen bizonyított tény, hogy a gyermekgyógyászokat foglalkoztató alapellátás hatékonyabb a megelőzésben, a gyermekgyógyászok korábban diagnosztizálnak, és sokkal eredményesebben és biztonságosabban kezelik a gyermekgyógyászati betegségeket, mint bármely alternatíva. Amennyiben viszont nem sikerül feltölteni gyermekgyógyászokkal az alapellátás munkaerőhiányát, akkor más megoldást kell találni.

Kombinált gyermekgyógyász-családorvosi gyakorlat

Így szól a régi közmondás: ha nem tudod legyőzni őket, csatlakozz hozzájuk. A gyermekgyógyászati alapellátás esetében ez kombinált gyakorlatot jelenthet, amelyben az elsődleges gyermekellátó orvos lehet akár családorvos, házi-orvos vagy gyermekorvos. Az ilyen vegyes gyakorlatot választó országoknak garantálniuk kell az egészségügyi ellátás színvonalát, biztosítva, hogy a családorvosi rezidensek megfelelő időtartamú gyermekgyógyászati képzésben részesüljenek, mielőtt elkezdjenek a praxisban dolgozni. A vegyes praxisban életkori korlátozásnak kell érvényesülnie, vagyis bizonyos életkorúakat, például születéstől három- vagy öt éves korig kizárólag gyermekorvos láthat el. Ezen túlmenően a családorvosok vagy házi-orvosok által gondozott gyermekek és serdülők számára biztosítani kell, hogy szükség esetén könnyen és gyorsan jussanak el gyermekorvoshoz másodvélemény, konzultáció vagy komplex esetek kezelése, gondozása céljából. Egy másik lehetőség a területi gyermekgyógyászati rendelő intézménye, amely a megelőző orvoslásért, a csecsemők egészségéért, az óvoda- és az iskolaegészségügyért felel, kapcsolatban áll a területileg illetékes kórházzal, és követi azokat a gyerekeket, akik kórházi kezelésre szorulnak.

Betegközpontú orvosi otthonok (patient centered medical home – PCMH) létrehozása

Az 1967-es bevezetése óta a PCMH-modell vált az Egyesült Államokban a széles körű alapellátás szinte kizárólagos szolgáltatójává. A modell igazoltan jobb hozzáférést biztosít az egészségügyi ellátáshoz, segítségével nő a betegelégedettség, javulnak az egészségügyi mutatók; a jelenlegi ajánlás az, hogy minden amerikainak legyen „személyes orvosi otthona”, amelyen keresztül akut, krónikus és preventív ellátáshoz juthat. Ennek a szolgáltatásnak elérhetőnek, elszámoltathatónak, átfogónak, integráltnak, betegközpontúnak, biztonságosnak és szakmailag is megfelelő színvonalúnak kell lennie.

A legtöbb európai ország már rendelkezik felnőtt beteget ellátó betegközpontú rendszerrel. A gyermekorvosok hiányának megoldására speciálisan gyermekekre átszabott betegközpontú praxist kellene működtetni, ahol a gyermekek és serdülők ellátása gyermekgyógyász szervezésében és irányítása alatt történik egy multidiszciplináris szakmai team segítségével, amelynek tagjai a nem gyermekgyógyász végzettségű általános orvosok, asszisztensek, ápolók, dietetikusok, orvosírnokok, gyógytornászok, mentálhigiénés szakemberek, szociális munkások, egészségügyi oktatók és laboratóriumi asszisztensek. Egy ilyen csapat kiváló és költséghatékony ellátást nyújthat, és ha megfelelő képzésben részesül az infokommunikációs technológiák, a telemedicina használatában, akkor az tovább csökkentheti az orvosok terhelését, és növeli a rendszer hatékonyságát. Ez a fajta gyakorlat egyrészt centralizált ellátást biztosít a személyes kapcsolatok megtartásával, másrészt mentesíti az orvosokat és az egészségügyi személyzetet az ad-

minisztratív, nem orvosi feladatok végzése alól. A szakmai minőség és a hatékonyság anyagilag előnyt is jelent, mivel az elvégzett speciális szolgáltatások extra finanszírozást kapnak. Minden betegnek folyamatos kapcsolata lenne egy gyermekorvossal, aki az első személyes kapcsolattartó lenne, folyamatos és átfogó ellátást biztosítana. A gyermekorvos jelenti a biztos pontot a praxisban, menedzseli a beteg minden egészségügyi ellátási szükségletét, és koordinálja más szakemberek bevonását az ellátásba (ideértve a szakorvosi beutalást, a kórházi felvételt). A minőséget és a biztonságot az ápolási terv készítése, a bizonyítékokon alapuló orvoslás, a klinikai döntéstámogató eszközök, a teljesítménymérés és a betegek döntéshozatalban való aktív részvétele garantálná.

Az alapellátó orvosok „új modelljének” képzése

Az Egyesült Államok egészségügyi rendszerének több mint negyven éve működik egy olyan programja, amely ötvözi a belgyógyász- és a gyermekgyógyászképzést, és lehetővé teszi ezeknek a szakorvosjelölteknek, hogy mindkét szakterületen széles körű ismereteket szerezzenek mindössze négy év alatt. E med-ped orvosok többsége végzést követően az alapellátói karriert választja. Gyermekgyógyászati képzésük sokkal magasabb szintű, mint a családorvosoké, mivel két teljes év gyermekgyógyászati képzésben részesülnek, és jártasabbak a komplex betegségek diagnosztikájában és kezelésében, ideértve a sürgősségi ellátást is.

Következtetés

A gyermek-alapellátást, mint tudjuk, a megszűnés veszélye fenyegeti. Érdekes, hogy ennek hátterében nem a betegek elégedetlensége vagy az alacsony szakmai színvonal, hanem az alábbi négy tényező áll:

- a népesség és a munkaerő demográfiai változásai: növekvő születési arány, kiüregedő, nyugdíjas orvosok, a nők felülreprezentáltsága a gyermekgyógyászatban, akik rész-munkaidős állásokat preferálnak;

- a klinikákon, illetve kórházakban megfigyelhető növekvő mértékű specializáció, amely elriasztja a fiatal kollégákat attól, hogy karrierjüket az alapellátásban tervezzék;
- kormányok és egészségpolitikai döntéshozók, akik a nem gyermekgyógyászok által működtetett alapellátást részesítik előnyben;
- az alapellátó orvosoknál gyakran észlelhető burnout szindróma, krónikus elégedetlenség, motivációvesztés, ami miatt alig tesznek valamit munkakörülményeik javítása érdekében.

Ahelyett, hogy a gyermek-alapellátást átengednék a teljes hanyatlásnak, inkább fejleszteni és átalakítani szükséges annak érdekében, hogy az átfogó, költséghatékony, betegközpontú orvosi ellátás létfontosságú részévé váljon, és felkészüljön a 21. század kihívásaira. A gyermek-alapellátásnak olyan egészségügyi modellé kell fejlődnie, amely a betegek közelében, a helyi közösség szintjén működik, és amely integratív megközelítést biztosít: biztonságos, naprakész, hatékony, méltányos, betegközpontú, és nem csak az éppen meglévő betegséggel foglalkozik.* (A szerző az angol STEEEP approach kifejezéssel megnevezett modellre utal: safe, timely, efficient, effective, equitable patient-centered – a szerk.)

A változások megvalósításához ugyan az egészségügyi ellátórendszer és a társadalom együttes erőfeszítésére lenne szükség, ez az átalakítás vonzóbbá tehetné az alapellátói munkát a jövő gyermekorvosai számára, különösen, ha figyelmet fordítanak az észszerű munkaterhelés, valamint a tisztességes és megfelelő bérezés kialakítására is. Bizom benne, hogy átgondolt átszervezéssel, a csapatmunka előnyeinek kihasználásával, az informatikai háttér, az elektronikus szolgáltatási tér fejlődésével, az online elérhető szülői edukációs anyagok terjedésével, illetve megújult finanszírozási rendszerrel a „házi orvoslás” hagyománya folytatódhat, sőt jobbá válhat, mint valaha.

Kommentárok, megjegyzések Shimon Barak cikkéhez

Valóban hiányoznak a mai kornak megfelelő, modern indikátorok – ezt felismerve indult el épp egy együttműködés a Eurochild programon belül a Childonomics projekt magyar vezetőjével, hogy megtaláljuk azokat a nem hagyományos értelemben vett egészségügyi minőségi jellemzőket, melyek mentén például a gyermekorvosi alapellátás superioritása egyértelműen igazolható. Eddig valóban nem sikerült bizonyítani egyik modell elsőbbségét még az olyan páneurópai projektekben sem, mint amilyen az igen kiterjedt MOCHA volt. Árnyalja a képet, hogy ugyanezen, hagyományos indikátorok mentén vannak olyan nagyon jól teljesítő európai országok is, mint Svédország, ahol nem dolgozik az alapellátásban gyermekorvos.

A cikk érinti, de nem elemzi részletesen a praxisok közti lehetséges együttműködési formákban – praxisközösségekben, csoportpraxisban, multidiszciplináris teamekben – rejlő lehetőségeket. Ezek a kiegészítés, a szakmai színvonal csökkenése és a szakma presztízsvesztése ellen is bizonyítottan mind nagyon hatékonyak lehetnének.

A tanulmány alapján egyértelmű, hogy:

- egyrészt tudományos munkákból kell muníciót nyerni ahhoz, hogy a döntéshozók meggyőzhetővé váljanak a gyermekorvos-alapú modellek továbbfejlesztése vagy akár a családorvos-alapú modellek átforgalmazása irányában;

- ehhez új, nemcsak a hagyományos értelemben vett egészségügyi, hanem más, például szociológiai, szociálpédiátriai területek bevonása is szükséges (change the domain);
- elengedhetetlen az alapellátó gyermekorvosi munka életpályamodelljének újraértelmezése: a folyamatos akadémiai tevékenység, újabb szakvizsgák előnyének megjelenítése szükséges a többszereplős alapellátási modellek – praxisközösség, csoportpraxis – szintjén a kiégés elleni küzdelem részeként;
- mindehhez részben meg kell nyerni őket, egyúttal ki is jelölni a társellátók, asszisztensek – magas képzettségű gyermekgyógyász-szakasszisztensek, védőnők és orvosasszisztensek – tevékenységi köreit, képzésükben pedig kizárólagosságot nyerni.

Altörjái Péter, az Európai Gyermekgyógyászati Akadémia (EAP) alapellátási tagozatának vezetője, a Magyar Gyermekorvosok Társasága (MGYT) alapellátási főtárgy-helyettese, a HGYE vezetőségi tagja

Jelen formájában megszüntetném az úgynevezett iskolatorvosi ellátást, és megerősíteném inkább az iskolavédőnők munkáját, tevékenységét. Mindenkinek van háziorvosa, semmi szükség a párhuzamos ellátásra.

A koronavírus-járvány megmutatta, hogy nem lehetetlen elérni, hogy ne számolatlanul zúduljanak a betegek a rendelésekre minden banális problémával. A telemedicinát megfelelő jogszabályi, finanszírozási és infrastrukturális háttérrel – például a hívásokat hangfelvétellel dokumentálva – biztonságossá téve meg kellene tartanunk a mindennapi gyakorlatban.

Fehér Béla, Komárom-Esztergom megyei kollegiális szakmai vezető főorvos

Nyugaton sokkal szélesebb felelősség és kompetencia jár az alapellátó orvosoknak, amivel a szakorvosi rendszerről vesznek le terheket. Sokan vagyunk alapellátó gyermekorvosok, akik igényt tartanak nagyobb kompetenciára, nagyobb felszereltséggel és komolyabb képzési lehetőségekkel. Ebben a csoportpraxisok vagy nagyobb régiók komplikáltabb eseteit ellátó gyermek-alapellátó praxisok nyújthatnának megoldást. A gyermekek rutin-alapellátása egy gyermekgyógyászatból jól képzett (és ez itt a kulcs!) háziorvos által is megoldható lenne, a problémás eseteket azonban alapellátó gyermekorvosnak kellene látnia. Ehhez megfelelően felszerelt alapellátó gyermekrendelőkre, megfelelő finanszírozásra, magasabb szintű kompetenciákra és ennek megfelelő képzési rendszerre lenne szükség.

Györi Blanka, a Biztos Kezek – Alapellátó Gyermekorvosok Tudományos Társaságának alapító tagja

A szerző által javasolt jó gyakorlatokból több mindent érdemes lenne átvenni. Az intellektuális kihívás növelésében és a szorosabb klinikusi kapcsolatok kialakításában szakmai és civil kezdeményezésekre is szükség van. A kötelező és választható képzéseknél a személyesebb kapcsolat sokat javíthatna a szakterület megbecsülésén és a kiégés megelőzésében.

Az alapellátásban végzett kutatások hiánya károsan hat a szakterület megítélésére, hátráltatja a fejlődését, és távol tartja a tudományos igénnyel pályát kezdő fiatalokat. Saját tapasztalatból tudom, hogy végtelen mennyiségű elszántság szükséges ma alapellátásból publikálni, tudományos fokozatot szerezni. Egy kutatóhálózat, amely segíti ezen akadályok leküzdését, nemcsak presztízst, de a hatékonyságát és a vonzerejét is növelné a területnek.

Havasi Katalin, orvosigazgató, a HGYE vezetőségi tagja

Számomra elfogadhatatlan, hogy „ha nem tudod legyőzni őket, csatlakozz hozzájuk”. Magyarul: ha az alapellátó gyermekorvosokat kihalásra ítélték, akkor a gyermekorvosi alapellátás fejlesztése helyett fokozzuk inkább a háziorvosok gyermekgyógyászati képzettségét. Véleményem szerint ha egy gyerek beteg, akkor, amennyiben orvos kell, gyermekorvos kell! Már az alapellátásban is, és nem a gyerekek egy részének, hanem minden gyerekeknek! Ha ennek a megszerzése eddig nem ment, akkor meg kell találni annak módját, hogy menjen.

Nem fogadható el annak szajkózása, hogy a gazdaságilag lemaradó térségek kistelepüléseire nem lehet gyermekorvost találni. Persze, hogy nem. Az alapellátás mai struktúrája, feladat- és szabályozó rendszere mellett már a fővárosba, még a Rózsadombra sem lehet. De ki meri azt állítani, hogy ez a szabályozó rendszer, ez a struktúra kőbe van vésve? Nincs kőbe vésve, ráadásul elavult, nem hatékony és még drága is.

Az nem megoldás, hogy ha korszerűtlen és ezért fenntarthatatlan egy szisztéma, akkor a fürdővízzel a gyereket is kiöntjük. Bele kellene inkább vágnunk a gyermekellátó központok szervezésébe, ahol sok ezer gyermeket lát el egy védőnői hálózattal, nondoktorokkal, képzett szakszeméllyel és további szakemberekkel, részállású szubspecialistákkal kiegészült gyermekorvos-közösség, lehetőséget adva helyettesítésre, szabadságra, betegszabadságra, továbbképzésre, kutatómunkára, tanulmányútra.

Ha végre nem méltatlan feladatokra kellene a tudásunkat pazarolnunk, ha végre hatékonyan használhatnánk szerzett ismereteinket, akkor a jelenleginél kevesebb orvossal is lehetne minden gyerekeknek korszerű ellátást nyújtani.

Kádár Ferenc, a HGYE korábbi alelnöke, az ECPCP alapító tagja

Ahogyan a felnőtteknek háziorvosra, a gyermekeknek gyermekorvosra van szükségük az elsődleges ellátás szintjén is. Ez ilyen egyszerű.

A jelenlegi szakmapolitikai folyamatokban sajnos benne rejlik az a lehetőség, hogy a területen előbb-utóbb háziorvosok és különféle nondoktorok biztosítanak majd gyermekegészségügyi ellátást. A GP rendszer több évtizedes angliai tapasztalatai azt mutatják, hogy egy ilyen irányú változás hátrányosan befolyásolja a gyermekek életminőségét és egészségügyi ellátásának színvonalát.

Kálmán Mihály, a HGYE korábbi alelnöke

A jól képzett alapellátó gyermekorvos a sokéves klinikai tapasztalata alapján a száz ugyanolyan tünetekkel jelentkező gyermekből kell kiemelje azt az egyet, aki tényleg el kell hogy jusson specialistához. Ennek az alapja pedig a sokéves, megfizethetetlen klinikai tapasztalat.

A kiégés lehet részben ennek a következménye is. Kilencvenkilenc haszontalannak érzett vizsgálat, ami pedig valójában nem az. Rossz, hogy szinte soha nem kapunk olyan visszajelzést a specialistáktól, amely ösztönözne, motiválna, emiatt is jó lenne a szakmai kapcsolatok szorosabbra fűzése.

Bár a cikkben ez nincs részletesen kifejtve, véleményem szerint az alapellátó gyermekgyógyásznak orvosszakmai és szociális jellegű felelőssége, feladatai, teendői egyaránt vannak. A szociális ellátáshoz kevés muníciót kapunk, és a szociális ellátórendszerrel is kevés a kapcsolódási pontunk, ha van, az sem mindig olajozottan működik.

A krónikus betegségek megelőzése-gondozása tekintetében nincsenek elég jól meghatározva a kompetenciák, a határvonalak. A prevenció hiába számtalanszor hangoztatott elvárás, nagyon gyakran nem tekintik orvosszakmai feladatnak. A „promote-prevent-treat-care” WHO-alapelvek nem kellően kapnak hangsúlyt az egyes krónikus betegségek szűrésében, kezelésében, követésében.

Kántor Irén, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei kollegiális szakmai vezető főorvos, a Biztos Kezek – Alapellátó Gyermekorvosok Tudományos Társaságának alapító tagja

A rendszerváltás óta a szakmai szervezetünk legnagyobb vívmánya az volt, hogy nem hagyta, hogy megszűntessék az alapellátó gyermekorvoslást. Mára az lett a legnagyobb kihívás, hogy a „kihalással veszélyeztetett fajunkat” megmentsük, vonzó életpályamoddellal esélyt adjunk a folyamatos utánpótlásra.

Király Balázs, budapesti kollegiális szakmai vezető főorvos

Magyarországon nemsokára akarva-akaratlanul is a cikkben említett „ha nem tudod legyőzni őket, csatlakozz hozzájuk” elv fog érvényesülni. A vegyes praxisok aránya folyamatosan növekszik, több megyében már most meghaladja a gyermekpraxisok számát. A vegyes, gyermekorvos-családorvosi ellátórendszerre való berendezkedés látszik leginkább megfelelni a politikai akaratnak is.

Ebben a helyzetben sajnos fel kell adjuk a korábbi görcsös ragaszkodást ahhoz az alapelvhez, hogy az alapellátásban minden gyermeket gyermekgyógyász szakorvosnak kell ellátnia, és a vegyes praxisok létevel hosszú távon ne is számoljunk. Egyébként az általános gyermekgyógyász képesítés sem feltétlen záloga a kor igényeinek megfelelő alapellátó munkának. A gyermek-alapellátás magas szintű műveléséhez szükséges speciális ismeretanyag (elméleti alapok és gyakorlati skillek) ugyanis nem sajátítható el teljes mértékben önmagában sem az általános gyermekgyógyászati, sem a családorvosi szakvizsga megszerzésével. Ezért inkább azt kell hangsúlyozni és azon kell dolgozni, hogy a praxisok típusától függetlenül a gyermek-alapellátás szakmai színvonalát megerősítsük, egységes, optimális szintre hozzuk.

Három fontos követelménynek kell teljesülnie ahhoz, hogy a gyermek-alapellátásban a szakmai minőség garantálható legyen:

1. Végzettség helyett képesség. Ne az számítson, hogy valaki milyen szakvizsgát szerzett korábban, vagy hány hónapos gyermekgyógyászati képzésen vett részt, hanem hogy mit tud! Egy igen komoly és részletes, gyakorlatikompetencia-alapú gyermek-alapellátási licencvizsgán kelljen a jelöltnek bebizonyítania, hogy a gyermek-alapellátást képes önállóan, megbízhatóan magas színvonalon művelni, függetlenül attól, hogy általános gyermekgyógyász vagy családorvos az illető. Minimum egy-másfél éves, gyakorlatorientált képzést követően lehessen vizsgát tenni, és annak birtokában gyermek-alapellátást végezni.
2. Az öt év alatti korosztályt továbbra is csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvosnak kell ellátnia, az öt évnél idősebbeket a fenti gyermek-alapellátási licenc birtokában családorvosok is elláthatnák.
3. Folyamatosan biztosítani kell egy szabadon elérhető konzultációs rendszert, ahol egy alapellátó gyermekgyógyász szakorvos másodvéleménye szükség esetén bármikor kikérhető akár a szülő részéről beutaló nélkül, akár szakmai konzílium formájában. Ennek a beteg közelében, területen, nem klinikai járóbeteg-szakambulancián kell történnie.

Kovács Ákos, az MGYT Házi Gyermekorvosi Szekciójának elnöke, az ECPCP Ügyvezető Testületének magyar képviselője, a HGYE vezetőségi tagja

Azért, hogy hosszabb távon is örömet és kihívást leljünk mindennapi munkánkban, és hogy a fiatalok számára is vonzóvá tegyük hivatásunkat, alapvetően kell átformálni az alapellátó gyermekorvoslás rendszerét. Ebben többek között elengedhetetlen mind a szülői, mind pedig az alapellátó gyermekorvosi kompetencia növelése, ezek kulcsfontosságúak ahhoz, hogy az akut fertőző betegséggel megjelenő betegek létszámának jelentős csökkenése révén felszabaduló idő és kapacitás lehetőséget biztosíthasson például krónikus betegek gondozására, betegedukációra, a felnőtt-alapellátás felé való tranzíció menedzselésére stb. A jövő hazai gyermek-alapellátásának lehetséges perspektívája egy gyermekorvosok által működtetett rendszer, ilyen több országban jelenleg is hatékonyan működik olyan, alternatív ellátási formák keretében, mint a praxisközösségek és a csoportpraxisok.

Losonczy László, a Biztos Kezek – Alapellátó Gyermekorvosok Tudományos Társaságának titkára, az ECPCP magyar delegáltja

Az alapellátó gyermekorvosok szakorvosi (!) tevékenységének értéke megkérdőjelezhetetlen. Ennek a magas színvonalú szaktudásnak az alapellátásban való megjelenése az egészségügy szervezőit láthatóan hosszú ideje zavarba hozza; mélyen értékén alul „használja”, és így folyamatosan erodálja ezt az értéket.

A különböző lehetséges ellátási modellek lözöngként való mantrázása helyett azt kellene végre felismerni, hogy bármely modellben a gyermekgyógyász szakorvosok tudásának és tapasztalatának a lehető leghatékonyabb kiaknázása a legkedvezőbb a gyermekek és az orvosok számára egyaránt. Ezt pedig a gyermekorvosi alapellátásban kötelezően alkalmazott minimális időkeret (pl. legalább 20 perc/beteg) és maximált napi betegszám (pl. legfeljebb 20 beteg/nap) biztosításával lehetne legbizonyosabban elérni. Az ennél rövidebb orvos-beteg találkozások, a „tömegrendelések” során nyilvánvalóan vagy nincs is szükség valódi szakorvosi tevékenységre, vagy az a legjobb szándék mellett sem tud megvalósulni. A beteg ellátására fordított idő ugyanis az orvosi tevékenység hatékonyságának egy olyan lényeges kritériuma, amelynek bizonyos kritikus érték alá csökkenése még a magas minőségű szakorvosi tudás és hozzárendelt kompetencia ellenére is képes a munka eredményét „lenullázní”.

Ha ezt az alapvetést egyszer elfogadjuk, akkor egy ehhez illeszkedő struktúrában a magasabb szakmai kompetencia megjelenése és a valódi szakorvosi lét megélése már valóban „csak” rajtunk múlik. Ennek elfogadása nélkül azonban

nagyon könnyen egy emelt kompetenciájú járási központban fogjuk ugyanígy írni az igazolásokat és vágni a fát, miközben az erdő csak növekszik. Ennél pedig többre vagyunk képesek!

Pölöskey Péter, a Biztos Kezek – Alapellátó Gyermekorvosok Tudományos Társaságának elnöke, a HGYE vezető-ségi tagja

Bármit teszünk is, a közeljövőben a házi gyermekorvosok száma drasztikusan csökkenni fog, ezzel együtt a vegyes praxisok száma – még a városokban, sőt nagyvárosokban is – nőni. A vegyes praxisokban kompetenciadeficit van a gyerekellátás terén, így mindenképpen szükséges a házi orvos-rezidensek gyermekgyógyászati képzésének megerősítése.

A jövőben egy biztonsággal fenntartható rendszerben a gyermeket először a házi orvos látja, aki szakmai szabályok, protokollok alapján dönt a gyermekgyógyászati ellátás szükségességéről, vagy a protokollok által meghatározott esetekben kötelezően gyermekgyógyászhoz irányítja a gyermeket. Ez az alapellátó gyermekgyógyász – a még dolgozó házi gyermekorvos praxissal, vagy praxisközösségben vagy kistérségi központban – a szakmai szabályoknak és protokolloknak megfelelően gyermekgyógyász szakorvosi ellátást biztosít lakosságközelben, vagy a protokoll által meghatározott esetekben fekvőbeteg-ellátásba irányít.

A kulcsszavak az egységes hozzáférés, a házi orvosi kompetencia bővítése és az up-to-date szakmai szabályok és protokollok érvényesítése.

Rósa Ágnes, Csongrád megyei kollegiális szakmai vezető főorvos, a Házi orvosok Online Szervezete (Haosz) vezető-ségi tagja.

A gyermekgyógyászati kurrikulum erősítése az általános orvosok, illetve családorvosok képzése során nemcsak azért lényeges, mert javíthatja a gyermekek ellátásának minőségét a vegyes praxisokban, hanem azért is, mert a hallgatók-rezidensek a gyakorlatok során jobban megismerhetik a gyermekgyógyászszakmát, így talán nagyobb eséllyel választják a későbbiekben.

Sutka Melinda, Hajdú-Bihar megyei kollegiális szakmai vezető főorvos, a Biztos Kezek – Alapellátó Gyermekorvosok Tudományos Társaságának alapító tagja

Dr. Kollár László | házi gyermekorvos, Csobánka

Y generáció a házi gyermekorvoslásban

Sajnos ritkán jelennek meg fiatal pályakezdők a gyermek alapellátásban. A nyugdíj felé közelítő kollégák arcán sokszor látszik az aggodalom: mi lesz a gondosan megépített praxissal, ha elfáradok, vagy tartósan beteg leszek. Ki viszi tovább, ha nem is az álmainkat, de legalább a saját álmai?



Dr. Hernádi Márton 33 éves, friss gyermekgyógyász szakvizsgával édesapjától vette át szentendrei gyermekpraxisát.

Marci, minden gyermekorvos rejtett vágya valahol, hogy a gyermeke egyszer csak átvegye szeretett praxisát. Nálatok, ez hogy történt?

Én tudatosan házi gyermekorvosnak készültem. Láttam édesapám munkáját, életét és megfogott. Az egyetemen, majd szakvizsgára készülve sok minden vonzott, de végül is maradt az eredeti elhatározás. Én nem „kimentem praxisba”, hanem hazajöttem!

A kórházi évek során nem csábított a kórház adta magabiztoság?

Szerettem, nagyon konstruktív munka volt, mindig lehetett kérdezni egymástól. A mai napig segítik a munkámat, bátran fordulhatok hozzájuk.

Tehát haza húzott a szíved. Már önállóan egyedül csinálod a praxist, vagy közösen?

Még együtt, beosztjuk a munkát. Így jobb mindenkinek, édesapám sem szakad el véglegesen a praxisától, nekem pedig marad időm a gyermekeimre is.

Ez annyira szép így! Nagyon jól találtátok ki. A szabad idő mindig is probléma lesz, majd meglátod. Sajnos a praxis később sem engedi meg igazán hogy szakmai napot, esetleg rövidebb-hosszabb szakmai utat szervezz magadnak. Hogy látod, mennyire tudsz kijönni a finanszírozásból?

Három pici gyermekem van, nem élünk nagy lábon. Azért, mostanában már gondolkodtam azon, hogy esetleg valami másodállást is kellene vállalnom. A fizetésem persze jelenleg nem éri el a kórházi fizetésemet sem.

Ha hónap elején ránéznél a vállalkozói számládra, mekkora összeget szeretnél látni rajta, amiből szerinted biztonsággal lehetne úgy üzemeltetni egy praxist, hogy nem kell másra fókuszálnod csak erre?

Úgy gondolom, hogy a kamarai ajánlások jók lennének, kb az oszt-rák átlag orvosi bérek 60%-elfogadható lenne, a praxis kb 2,5 millió forintból már jól működhethetne.

Hogy látod az előző generációt a pályán?

Nagyon fontos tapasztalatokkal rendelkeznek. Azok az információk, problémák, amiket ismernek, teljesen ismeretlenek lehetnek a kórházban dolgozó orvosok számára. Ezt tapasztalatból mondom. Rengeteg esetet beszélünk meg, sőt együtt is rendelünk egészséges tanácsadáson az édesapámmal. A több évtizede praktizáló kollégák pótolhatatlan tapasztalatokkal rendelkeznek.

Miben leszte ti esetleg mások, mit szeretnétek esetleg másként csinálni majd?

A begyűjtött tapasztalatok mellett szerintem fontos, hogy a tudásunk és a munkánk alapvetően evidencebased legyen és figyelembe vegyük a globálisan hasznosítható orvosi tudást is. Használjunk minilaborokat, olyan diagnosztikai eszközöket, melyek megkönnyítik a helyes diagnózis felállítását. Nagyon fontosnak tartom a munkánkban a informatikai rendszerek és a digitalizáció adta lehetőségek még jobb kihasználását.

Mi a véleményed a telemedicináról? Neked bejött?

H.M.: Kifejezetten jól használható technika. Az elmúlt hónapokban sikerült a praxisomba tartozó szülők innovatív oldalát is megismerni. Nekem is meglepetés volt milyen jól használták a technika adta.

Ez is azt jelentheti, hogy nyugodtan bízhatunk esetleg többet is a szülőre, mert a feladatok gyorsan növelhetik a szülők kompetenciáját. Jó példa lehetne ez akár, az igazolás háború megoldására is! Más kérdés. Ha egyik pillanatról a másikra megszűnne a házi gyermekorvosi ellátás, kétségbe esnél?

Szerintem nem. Évek óta érezhetően lebeg a fejünk felett ez a dolog. Úgy gondolom beteg gyerek mindig lesz, és ezáltal, gyermek alapellátásra valamilyen formában mindig szükség lesz. Én gyermek járóbetegellátást szeretnék csinálni a jövőben, és biztos vagyok abban, hogy ha változik az ellátási forma, a munka nem változik.

Hogy vigyázol magadra? Mi adja a testi lelki egyensúlyodat?

A feleségem és mindkettőnk családjá is maximálisan mögöttünk áll, ez nagyon megbízható stabilitást ad a munkámhoz is. És karantén sportoló is lettem.... Vettem egy szobabringát és rendszeresen mozgok, persze ez már a gyerekfektetés utánra marad.

A kórház után, nem hiányzik neked itt területen az együttműködés? Akár eseteket, akár a praxisunkkal kapcsolatos dolgokat, jó lenne néha megbeszelnünk. Mert ezt valahogy nem nagyon tesszük.

Persze, még hozom a kórházi kapcsolatrendszeremet, és ez egy darabig, remélem kitart, de nagyon jó lenne, szakellátókkal is, meg egymással is jóban lenni. Ahhoz kellene segítséget kapnunk, hogy a problémákat lehetőleg a területen tudjuk megoldani.