

EGÉSZSÉGÜGYI KÖZLÖNY

A BELÜGYMINISZTERIUM HIVATALOS LAPJA

TARTALOM

I. RÉSZ Személyi rész		IV. RÉSZ Útmutatók	
II. RÉSZ Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai		V. RÉSZ Közlemények	
463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelet egyes egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról.....	2	A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve rizikó újszülöttek utógondozásáról.....	75
1424/2024. (XII. 23.) Korm. határozat egyházi fenntartású egészségügyi intézmény fejlesztésének befejezéséhez szükséges intézkedésekről.....	43	A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve egységes nevezéktan bevezetéséről a laboratóriumi diagnosztikában.....	143
III. RÉSZ Miniszterelnöki, egészségügyért felelős miniszteri és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások		A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a multimorbid geriátriai betegek ellátásáról és kezelé- séről.....	154
58/2024. (XII. 23.) BM rendelet a taktikai medicina alkalmazásáról és minimumfeltételeiről.....	44	A Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ közleménye orvostechnikai eszközök időszakos felül- vizsgálatát végző szervezetek feljogosításáról.....	224
61/2024. (XII. 30.) BM rendelet egyes igazgatási szolgálta- tási díjakkal kapcsolatos belügyi tárgyú miniszteri ren- deletek módosításáról (kivonatós közlés).....	57	Budapest Főváros Kormányhivatala 6/2024. (EüK. 2025/1.) BFKH közleménye elismert természetes ásványvíz névének módosításáról.....	225
63/2024. (XII. 30.) BM rendelet egyes belügyi tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról és hatályon kívül helyezéséről (kivonatós közlés).....	71	Budapest Főváros Kormányhivatala 7/2024. (EüK. 2025/1.) BFKH közleménye elismert természetes ásványvíz névének módosításáról.....	226
64/2024. (XII. 30.) BM rendelet a digitális államról és a digi- tális szolgáltatások nyújtásának egyes szabályairól szóló törvénynek való megfelelés érdekében egyes rendeletek módosításáról (kivonatós közlés).....	74	VI. RÉSZ A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közleményei	
		VII. RÉSZ Vegyes közlemények	
		Pályázati hirdetmény betölthető állásokra.....	227

I. RÉSZ Személyi rész

II. RÉSZ Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai

A Kormány 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelete egyes egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról

A Kormány

az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés h) pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 2. alcím tekintetében a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. § (2) bekezdés c), g) és k) pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 3. alcím és az 1–3. melléklet tekintetében a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. § (2) bekezdés a) pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 4. alcím tekintetében a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. § (2) bekezdés a) pontjában kapott felhatalmazás alapján,
az 5. alcím tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés b) pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 6. alcím és a 4. melléklet tekintetében az Alaptörvény 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott eredeti jogalkotói hatáskörében,
a 7. alcím és az 5. és 6. melléklet tekintetében az Alaptörvény 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott eredeti jogalkotói hatáskörében,
a 8. alcím és a 7. melléklet tekintetében a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. § (2) bekezdés zs) pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 9. alcím tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés i) pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 10. alcím tekintetében a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény 162. § (1) bekezdés w) pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 11. alcím és a 8. és 9. melléklet tekintetében az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény 16. § (14) bekezdés a) és f) pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 12. alcím tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés u) pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 13. alcím tekintetében a kereskedelemről szóló 2005. évi CLXIV. törvény 12. § (1) bekezdés f) és h) pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 14. alcím tekintetében a vízgazdálkodásról szóló 1995. évi LVII. törvény 45. § (7) bekezdés n) pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 15. alcím tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés v) pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 16. alcím tekintetében az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény 3. § (9) bekezdés a) pont aa) alpontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 17. alcím tekintetében az államháztartásról szóló 2011. évi CXCV. törvény 109. § (1) bekezdés 11. pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 18. alcím tekintetében a közbeszerzésekről szóló 2015. évi CXLI. törvény 198. § (1) bekezdés 11. pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 19. alcím tekintetében az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény 32. § (4) bekezdés a), b) és e) pontjában kapott felhatalmazás alapján,
a 20. alcím tekintetében a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény 28. § (1) bekezdés e) pontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 21. alcím tekintetében a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény 8. § (5) bekezdés a) pontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 22. alcím és a 10. melléklet tekintetében az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 28. § (3) bekezdés a) pont aa) alpontjában és b) pontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 62–64. § és a 70. § a)–g) pontja tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés m) pont ma) alpontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 65–69. §, a 70. § h)–o) pontja és a 71. § tekintetében az Alaptörvény 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott eredeti jogalkotói hatáskörében eljárva,

a 24. alcím tekintetében az Alaptörvény 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott eredeti jogalkotói hatáskörében eljárva,

a 25. alcím tekintetében a nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény 110. § (1) bekezdés 21. pontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 26. alcím tekintetében az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény 32. § (4) bekezdés k) pontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 27. alcím tekintetében az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény 139. § b) pontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 28. alcím tekintetében a környezet védelmének általános szabályairól szóló 1995. évi LIII. törvény 110. § (7) bekezdés 5. pontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 29. alcím tekintetében az Alaptörvény 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott eredeti jogalkotói hatáskörében eljárva,

a 30. alcím tekintetében az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény 18. § (1) bekezdésében kapott felhatalmazás alapján,

a 31. alcím tekintetében az Alaptörvény 15. cikk (3) bekezdésében meghatározott eredeti jogalkotói hatáskörében,

a 32. alcím, a 11. és 12. melléklet tekintetében a vízgazdálkodásról szóló 1995. évi LVII. törvény 45. § (7) bekezdés k) pontjában kapott felhatalmazás alapján,

a 33. alcím tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (1) bekezdés z) pontjában kapott felhatalmazás alapján,

az Alaptörvény 15. cikk (1) bekezdése szerinti feladatkörében eljárva a következőket rendeli el:

1. A természetgyógyászati tevékenységről szóló 40/1997. (III. 5.) Korm. rendelet módosítása

1. § A természetgyógyászati tevékenységről szóló 40/1997. (III. 5.) Korm. rendelet 3. § (1) bekezdés a) pontjában a „középiskolai végzettségű” szövegrész helyébe az „érettségi vizsgát tett” szöveg lép.

2. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet módosítása

2. § A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet] 27. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép, és a § a következő (1a) bekezdéssel egészül ki:

„(1) A gyermekápolási táppénz iránti kérelem elbírálása tekintetében egyedülállónak minősül

a) az, aki hajadon, nőtlen, özvegy,

b) elvált szülők esetében az a szülő, aki a közös gyermek tekintetében egyedül gyakorolja a szülői felügyeleti jogot,

c) a házasság felbontása nélkül a házastársától külön élő azon szülő, akinél a gyermek életvitelszerűen tartózkodik, kivéve, ha élettársa van.

(1a) Közös szülői felügyeleti jogot gyakorló elvált szülők egybehangzó nyilatkozata alapján az Ebtv. 46. § (1) bekezdés c)–e) pontja alkalmazása szempontjából – a közös gyermeküknek a válást követő születésnapjától – a nyilatkozatuk szerinti szülőt kell egyedülállónak tekinteni.”

3. § A 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 45. § (6) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(6) A kormányhivatal vagy társadalombiztosítási kifizetőhely a baleset üzemiségének elismeréséről meghozott határozatát 8 napon belül megküldi a biztosított lakóhelye szerint illetékes kormányhivatal részére, egyidejűleg tájékoztatja a biztosított baleseti táppénz folyósítására megadott bankszámlaszámáról. A lakóhely szerint illetékes kormányhivatal 8 napon belül kezdeményezi a biztosított által megfizetett térítési díjak NEAK általi – elsősorban bankszámlára történő – visszafizetését.”

- 4. §** A 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 49. § (5) bekezdése a következő c) ponttal egészül ki:
(Az Ebtv. 70. §)
„c) (1) bekezdés d) pontja szerinti eljárásban az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató székhelye szerinti kormányhivatal”
(illetékes.)
- 5. §** A 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet
- a) 1. § (5) bekezdésében a „70. § (1) bekezdés b) pontjában,” szövegrész helyébe a „70. § (1) bekezdés b) és d) pontjában,” szöveg,
- b) 11. § (15) bekezdésében a „tanulmányokat folytató tanulónak a tanulói jogviszony” szövegrész helyébe a „tanulmányokat folytató tanulónak, valamint a szakképzésről szóló 2019. évi LXXX. törvény szerinti szakmai oktatásban tanulói jogviszonyban tanulókat a tanulói jogviszony” szöveg,
- c) 11/D. § (2) bekezdésében az „egyedi gyártású gyógyászati segédeszköz esetén a beteg által megjelölt gyógyászati segédeszköz gyártójának vagy forgalmazójának a megnevezését” szövegrész helyébe a „támogatással nem rendelhető sorozatgyártású gyógyászati segédeszköz esetén a beteg által megjelölt gyógyszertárnak vagy forgalmazónak, egyedi gyártású gyógyászati segédeszköz esetén a beteg által megjelölt gyógyászati segédeszköz gyártójának vagy forgalmazójának a megnevezését” szöveg lép.
- 6. §** Hatályát veszti a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet
- a) 11/D. § (2) bekezdés e) pontja,
- b) 45. § (5) bekezdésében az „A kezelőorvos az üzemi balesettel összefüggésben rendelt ellátásokról igazolást állít ki, melyet a baleset üzemiségét megállapító véglegessé vált határozat kézhezvételét követő öt munkanapon belül megküld a kormányhivatal vagy a társadalombiztosítási kifizetőhely részére.” szövegrész.
- 3. Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosítása**
- 7. §** Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet] 5/C. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(3) Ha a finanszírozó megállapítja, hogy a finanszírozásra jelentett ellátási esemény nem szerepel az EESZT-ben, úgy az ellátási eseményre vonatkozó finanszírozási díjat a mindenkori alapidő 20%-ának megfelelő összeggel csökkenti.”
- 8. §** A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 14. §-a a következő (11) bekezdéssel egészül ki:
„(11) A háziiorvosi szolgáltató a közúti közlekedésről szóló törvényben meghatározott középiskolás járművezetők esetében elvégzett gépjárművezetői alkalmassági vizsgálatok után esetenként 7200 Ft díjazásra jogosult. A szolgáltató az általa végzett vizsgálatokról a finanszírozónak a tárgyhót követő hónap 5. munkanapjáig jelentést küld. A díjazás kifizetésére a tárgyhónapot követő második hónapban kerül sor. A díjazás fedezetére az 5. számú melléklet szerinti Háziiorvosi, háziiorvosi ügyeleti ellátás összesen jogcímcsoporton belül az Indikátorrendszer finanszírozás és teljesítményfinanszírozás előirányzata szolgál.”
- 9. §** A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 21. § (13) bekezdés c) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
(A szolgáltató a védőnői szolgálat által ellátandók létszámát minden év szeptember 30-ai állapotnak megfelelően október 31. napjáig, illetve közzethatár-módosítás esetén a szerződésmódosítás kezdeményezésével egyidejűleg bejelenti a NEAK-nak)
„c) a várandós anyák számát a vármegyei kollegiális védőnői mentor igazolása alapján.”
- 10. §** A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 26. §-a a következő (3a) bekezdéssel egészül ki:
„(3a) Az egészségügyi szolgáltató valamennyi elvégzett – finanszírozott és nem finanszírozott – tevékenységét a megfelelő térítési kategória megjelölésével jelenti a finanszírozó részére.”

- 11. §** A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 30. § (4) bekezdés a) pontja a következő ah) alponttal egészül ki:
(Nem számolható el a finanszírozó felé járóbeteg-szakellátási teljesítményként a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó osztályon kezelés alatt álló, valamint a fekvőbeteg-gyógyintézetből történt elbocsátást követően a fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményben a HBCs felső határnapjáig, de legalább 10 napig a beteg részére nyújtott, a fekvőbeteg-szakellátás HBCs besorolása szerinti fődiagnózisnak megfelelő főcsoportba tartozó betegségek miatti járóbeteg-szakellátás, kivéve)
„ah) a repetitív transzkraniális mágneses stimuláció (rTMS) akut kezelése eljárást;”
- 12. §** A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 31/A. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(3) A finanszírozó az (1) bekezdés alapján megállapított fix díjat csökkenti, ha az egészségügyi szolgáltató kapacitása bármilyen jogcímen – ide nem értve a 6 hónapot meg nem haladó szünetelés esetét – csökken. A 6 hónapot meghaladó szünetelés végével, az ismét működő kapacitásokkal számolt intézményi kapacitás 6/C. számú melléklet szerinti fix díjra jogosult a szolgáltató, azzal, hogy a fix díj az (1) bekezdés szerinti díjat nem haladhatja meg.”
- 13. §** A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 33/A. § (2)–(3) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:
„(2) A szolgáltató az elvégzett mentési feladatokról a NEAK honlapján közzétett adattartalommal havonta, a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig jelentést küld a NEAK-nak.
(2a) A légmentési tevékenység finanszírozása havi 132,2 millió forint fix összegű díjjal történik az 5. számú melléklet szerinti Mentés előirányzat terhére. A szolgáltató az elvégzett mentési feladatokról a NEAK honlapján közzétett adattartalommal havonta, a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig jelentést küld a NEAK-nak.
(3) A szervátültetést végző orvos vagy munkacsoport, a szerv és a vérminta szállításának díjazása havi 6 millió forint fix összegű díjjal történik az 5. számú melléklet szerinti Mentés előirányzat terhére. A szolgáltató az elvégzett szállítási feladatokról a NEAK honlapján közzétett adattartalommal havonta, a tárgyhónapot követő hónap 5. munkanapjáig jelentést küld a NEAK-nak.”
- 14. §** A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 39. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(2) Krónikus fekvőbeteg ellátás esetén – ide nem értve rehabilitációs ellátást és a krónikus nappali kórházi ellátást – az egy ellátási esetben havonta legfeljebb 72 óráig tartó megszakítás is elszámolható azzal, hogy a szolgáltató a megszakítás időtartamára az egyébként járó napidíj 50 százalékára jogosult. A rehabilitációs krónikus ellátás esetén hetente 48 óráig tartó megszakítás – amely havonta egy alkalommal legfeljebb 72 óráig meghosszabbítható – is elszámolható azzal, hogy a szolgáltató a megszakítás időtartamára az egyébként járó napidíjának a krónikus alapidíj 50 százalékával csökkentett összegére jogosult. A pszichiátriai aktív ellátás esetén az egy ellátási esetben a felső határnapot meghaladó időszakban havonta legfeljebb 72 óráig tartó megszakítás is elszámolható azzal, hogy a szolgáltató a 40. § (6) bekezdése szerinti díj 50 százalékára jogosult.”
- 15. §** A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 49. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:
„49. § Az 5. számú melléklet tartalmazza a gyógyító-megelőző ellátás alcím jogcímcsoportjai éves előirányzatait ellátási formák szerinti bontásban. Az ellátási formákra külön soron feltüntetett előirányzatok jogcímcsoportonként együttesen is kezelhetők. Az egyes jogcímcsoportokhoz tartozó ellátási formák között a NEAK főigazgató kezdeményezésére az egészségbiztosításért felelős miniszter átcsoportosíthat azzal, hogy a jogcímcsoportok előirányzata nem változhat.”
- 16. §** (1) A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 5. számú melléklete helyébe az 1. melléklet lép.
(2) A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 28. számú melléklete helyébe a 2. melléklet lép.
(3) A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 28/B. számú melléklete helyébe a 3. melléklet lép.
- 17. §** A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet
a) 19. § (3) bekezdésében a „44 Ft/fő” szövegrész helyébe a „125 Ft/fő” szöveg,
b) 27/A. § (10) bekezdésében a „járóbeteg-szakellátás ellátási szintjei között történik a területi ellátási kötelezettség módosítása” szövegrész helyébe a „járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-szakellátás ellátási szintjei között történik a területi ellátási kötelezettség módosítása” szöveg,
c) 28/E. § (3) bekezdésében a „fogvatartottak berettyóújfalui ellátására” szövegrész helyébe a „fogvatartottak ellátására” szöveg,

- d) 36. § (3) bekezdés a) pontjában a „de legkésőbb 24 órán belül hazabocsátották” szövegrész helyébe a „de legkésőbb 24 órán belül elbocsátották” szöveg,
- e) 39. § (1) bekezdésében az „a beteg finanszírozott járóbeteg-szakellátást” szövegrész helyébe az „a beteg finanszírozott járóbeteg-szakellátást, vagy kúraszerű ellátás keretében végzett onkológiai kezeléseket” szöveg,
- f) 40. § (1) bekezdésében az „a transzplantációs vagy keringéstámogató ellátás és az azt megelőző és/vagy követő ellátás önálló ellátási esetként” szövegrész helyébe az „a transzplantációs vagy keringéstámogató ellátás, valamint az azt megelőző ellátás, illetve a keringéstámogató ellátást követő ellátás önálló ellátási esetként” szöveg lép.

18. § Hatályát veszti a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet

- a) 29. § d), e) és g) pontja,
- b) 76/V. §-a,
- c) 23. számú melléklete,
- d) 32. számú melléklete.

4. A járóbeteg-ellátás keretében rendelt gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és gyógyfürdőellátások árához nyújtott támogatások elszámolásáról és folyósításáról szóló 134/1999. (VIII. 31.) Korm. rendelet módosítása

19. § A járóbeteg-ellátás keretében rendelt gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és gyógyfürdőellátások árához nyújtott támogatások elszámolásáról és folyósításáról szóló 134/1999. (VIII. 31.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 134/1999. (VIII. 31.) Korm. rendelet] a következő 2/C. §-sal egészül ki:
„2/C. § Az 1. § (1) bekezdése szerinti szerződéssel rendelkező, az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló kormányrendeletben meghatározott Mozdgó Egészségügyi Központ társadalombiztosítási támogatást e rendelet és a szerződés szabályai szerint számolhat el.”

20. § A 134/1999. (VIII. 31.) Korm. rendelet

- a) 2/A. §-ában az „A gyógyszertár” szövegrész helyébe az „A gyógyszertár és a 2/C. § szerinti szolgáltató” szöveg,
- b) 4. § (7) bekezdés b) pontjában az „és a gyógyászati ellátást nyújtó szolgáltatók” szövegrész helyébe az „és a gyógyászati ellátást nyújtó szolgáltatók, valamint a 2/C. § szerinti szolgáltató” szöveg lép.

5. Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet módosítása

21. § Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet]

- a) 7. § (2) bekezdés a) pontjában a „betegszállítást, vérellátást,” szövegrész helyébe a „betegszállítást, taktikai medicinát, vérellátást,” szöveg,
- b) 18. § (3) bekezdésében a „megállapodásban” szövegrész helyébe a „megállapodásban, vagy az ellátás átmeneti nyújtását vállaló egészségügyi szolgáltató erre vonatkozó nyilatkozatában” szöveg, a „megállapodást” szövegrész helyébe a „megállapodást vagy nyilatkozatot” szöveg,
- c) 18. § (4) bekezdésében a „megállapodásnak” szövegrész helyébe a „megállapodásnak vagy nyilatkozatnak” szöveg, a „megállapodás” szövegrész helyébe a „megállapodás vagy nyilatkozat” szöveg,
- d) 18. § (5) bekezdésében a „megállapodást” szövegrész helyébe a „megállapodást vagy nyilatkozatot” szöveg,
- e) 3. mellékletében foglalt táblázataiban az „ellátási körzet” szövegrész helyébe a „közfinszírozott jelleg” szöveg lép.

22. § Hatályát veszti a 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 15/A. § (2) bekezdése.

6. A nem üzleti célú közösségi, szabadidős szálláshely-szolgáltatásról szóló 173/2003. (X. 28.) Korm. rendelet módosítása

- 23. §** A nem üzleti célú közösségi, szabadidős szálláshely-szolgáltatásról szóló 173/2003. (X. 28.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 173/2003. (X. 28.) Korm. rendelet] 2. számú melléklete a 4. melléklet szerint módosul.

7. A magyar Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ feladatainak ellátásával kapcsolatos egyes kérdésekről szóló 28/2004. (II. 28.) Korm. rendelet módosítása

- 24. §** A magyar Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ feladatainak ellátásával kapcsolatos egyes kérdésekről szóló 28/2004. (II. 28.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 28/2004. (II. 28.) Korm. rendelet] 1. §-a a következő (3) bekezdéssel egészül ki:

„(3) A Központ vezetőjét az egészségügyért felelős miniszter nevezi meg az Európai Unió Kábítószer-ügynöksége (a továbbiakban: EUDA) és az egészségügyért felelős miniszter által vezetett minisztérium között évente megkötésre kerülő támogatási szerződésben.”

- 25. §** A 28/2004. (II. 28.) Korm. rendelet 2. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„2. § (1) A Központ az EUDA, illetve az EUDA-hoz kapcsolódó Kábítószeres és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Hálózat munkájában, mint magyar nemzeti fókuszpont ellátja az adat- és információgyűjtő, -feldolgozó és -értékelő, illetve kapcsolattartó, továbbá minden, az Európai Unió Kábítószer-ügynökségről (EUDA) és az 1920/2006/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló, 2023. június 27-i (EU) 2023/1322 európai parlamenti és tanácsi rendelet 34. cikkében részletezett feladatot. Ezen felül információt, adatot szolgáltat különösen a Kormány számára döntéseinek előkészítéséhez, egyéb, a Fókuszpont feladatköréhez kapcsolódó szakterületen jelentkező feladatai teljesítéséhez.

(2) A Központ részt vesz az EUDA munkatervének kialakításában és ennek megfelelően – megvalósítandó feladatai vonatkozásában – éves munkatervet készít.

(3) A Központ a nemzeti kábítószerhelyzetre vonatkozó adatok és információk gyűjtése, átvétele, feldolgozása, elemzése és értékelése körében – az irányadó hatályos jogszabályok keretei között – az EUDA munkaterve, ütemterve, előírásai, irányelvei, valamint az EUDA és az egészségügyért felelős minisztérium között fennálló támogatási szerződésben rögzítettek szerint jár el, illetve ellátja a jogszabály alapján előírt további nemzeti feladatokat.

(4) A Központ az EUDA részére történő éves jelentési csomag elkészítéséhez adat-, illetve információgyűjtést, kutatásokat, valamint adatátvételt végez. A Központ tevékenységéhez szükséges adatokat, valamint az 1. számú melléklet keretébe tartozó egyéb információkat a 2. számú melléklet szerinti, valamint az ezek szakmai felügyelete, illetve irányítása alatt működő szervek szolgáltatják. Az érintett szervek feladatkörükben az OSAP rendje szerint, illetve az ennek körén kívül eső információk tekintetében a Fókuszpont megkeresése alapján, a megkeresésben foglaltak figyelembevételével bocsátják rendelkezésre a Fókuszpont feladatainak ellátásához szükséges – személyazonosításra nem alkalmas, illetve arra alkalmatlanná tett – adatokat, információkat.

(5) A Központ feladatainak teljesítéséhez éves beszámolót kér be az utolsó hatályos kábítószer-szakpolitikát meghatározó stratégiai dokumentumban kijelölt minisztériumoktól és háttérintézményeiktől a stratégiai dokumentumban meghatározott feladataik teljesítéséről.”

- 26. §** A 28/2004. (II. 28.) Korm. rendelet 3. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„3. § A Központ az EUDA munkaterve szerinti éves jelentési csomag szöveges jelentési kimeneteinek tervezetét előzetes véleményezésre megküldi a szociális ügyekért felelős miniszternek, az egészségügyért felelős miniszternek, a köznevelésért felelős miniszternek, a kábítószer-megelőzésért és kábítószerügyi koordinációs feladatokért felelős miniszternek, a rendészetért felelős miniszternek és az igazságügyért felelős miniszternek, akik a tervezetet a rendelkezésükre bocsátásától számított 5 napon belül véleményezik. A Központ jelentési kötelezettségének a miniszterek véleményének ismeretében tehet eleget azzal, hogy a vélemény hiánya nem akadályozza a jelentés megtételének, ha a miniszterek a véleményezésre rendelkezésre álló határidőn belül véleményezési jogukkal nem éltek. A Központ, illetőleg a miniszterek véleményének eltérése esetén a Központ vezetője a jelentésben foglalt, a véleménytől továbbra is eltérő megállapításokat a véleményező számára megindokolja.”

- 27. §** A 28/2004. (II. 28.) Korm. rendelet 4. § (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(4) Ez a rendelet az Európai Unió Kábítószer-ügynökségről (EUDA) és az 1920/2006/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló, 2023. június 27-i (EU) 2023/1322 európai parlamenti és tanácsi rendelet végrehajtásához szükséges rendelkezéseket állapít meg.”
- 28. §** (1) A 28/2004. (II. 28.) Korm. rendelet 1. számú melléklete helyébe az 5. melléklet lép.
(2) A 28/2004. (II. 28.) Korm. rendelet 2. számú melléklete helyébe a 6. melléklet lép.

8. A várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet módosítása

- 29. §** A várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet] 3. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(2) A Transzplantációs Bizottságokat a következő egészségügyi szolgáltatóknál működő egészségügyi ellátások szerint kell kialakítani
- a) szív transzplantáció: a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinikán és a Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézetben működő Szív Transzplantációs Bizottság,
 - b) máj transzplantáció: a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán működő Máj Transzplantációs Bizottság,
 - c) tüdő transzplantáció: a Semmelweis Egyetem Mellkassebészeti Klinikán működő Tüdő Transzplantációs Bizottság,
 - d) vese transzplantáció: a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Sebészeti Intézetben, a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Klinikai Központ Sebészeti Klinikán, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán, a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Sebészeti Klinikán működő Regionális Vese Transzplantációs Bizottságok,
 - e) kombinált vese és hasnyálmirigy transzplantáció: a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Klinikai Központ Sebészeti Klinikán működő Regionális Vese-hasnyálmirigy Transzplantációs Bizottság.”
- 30. §** A 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet 6. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(3) A 3. § (2) bekezdése szerinti Transzplantációs Bizottságok tagjai maguk közül – két évre – elnököt választanak, és a Transzplantációs Bizottság létrehozásától számított 30 napon belül meghatározzák ügyrendjüket, amelyet az OVSK főigazgatója hagy jóvá.”
- 31. §** A 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet 9. § (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(4) A Regionális Vese Transzplantációs Bizottság három- vagy öttagú lehet, tagjai:
- a) az adott szerv transzplantációjában legalább ötéves gyakorlattal rendelkező sebész szakorvos,
 - b) az adott ellátás nyújtására külön jogszabályban kijelölt egészségügyi szolgáltató egy belgyógyász és egy nefrológus szakorvosa,
 - c) öttagú bizottság esetén az adott szerv transzplantációjában, vagy ahhoz kötődő előkészítő, illetve utógondozó ellátásban legalább ötéves gyakorlattal rendelkező két szakorvos.”
- 32. §** A 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet 3. számú melléklete helyébe a 7. melléklet lép.
- 33. §** A 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet 8. § (2) bekezdés b) pontjában a „két” szövegrész helyébe a „négy” szöveg lép.

9. Az Országos Mentőszolgálatról szóló 322/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet módosítása

- 34. §** Az Országos Mentőszolgálatról szóló 322/2006. Korm. rendelet [a továbbiakban: 322/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet] 7. §-a a következő (7) bekezdéssel egészül ki:
„(7) A Mentőszolgálat a pirotechnikai termékek használatával kapcsolatos, sérüléssel járó balesetek számáról vagy sérülések számáról, valamint a balesetekből eredő sérülések korcsoport és sérüléstípus szerinti bontásban megadott számára vonatkozó információkról nyilvántartást vezet.”

- 35. §** A 322/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a következő 9. §-sal egészül ki:
„9. § Ez a rendelet a 2013/29/EU európai parlamenti és tanácsi irányelvnek a pirotechnikai termékek használatával kapcsolatos balesetekre vonatkozó adatok rendszeres gyűjtése és frissítése tekintetében történő alkalmazására vonatkozó szabályok megállapításáról szóló, 2023. június 2-i (EU) 2023/1096 bizottsági végrehajtási határozat szerinti feladat végrehajtását szolgálja.”

10. A támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről szóló 191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet módosítása

- 36. §** A támogató szolgáltatás és a közösségi ellátások finanszírozásának rendjéről szóló 191/2008. (VII. 30.) Korm. rendelet a következő 27. §-sal egészül ki:
„27. § A Biztos Kezdet Gyerekházak 2025. évi finanszírozására általános pályázatot nem kell kiírni, a 2024. december 31-én hatályos finanszírozási szerződések hatálya 2025. december 31-éig meghosszabbodik. E szolgáltatás támogatása tekintetében a finanszírozási időszak 2025. december 31-éig tart.”

11. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról szóló 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet módosítása

- 37. §** (1) Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról szóló 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet] 2. számú melléklete helyébe a 8. melléklet lép.
(2) A 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet 3. számú melléklete helyébe a 9. melléklet lép.

- 38. §** Hatályát veszti a 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet 8. § (1) bekezdés a) pontja.

12. Az emberen végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól szóló 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet módosítása

- 39. §** Az emberen végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól szóló 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet] 2. Címe az „A klinikai vizsgálat engedélyezése” alcímet megelőzően a következő 22/A. §-sal egészül ki:
„22/A. § Ha az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról és a helyes klinikai gyakorlat alkalmazásáról szóló miniszteri rendelet az engedély iránti kérelem tárgyát képező klinikai vizsgálat tekintetében a vizsgálati alanyok részére betegkártya kiállítását írja elő, a megbízó a kérelemhez az 536/2014/EU európai parlamenti és tanácsi rendelet I. Melléklete szerinti dokumentációban a tájékoztatáson alapuló beleegyező nyilatkozat mellékleteként a betegkártya tervezetét is benyújtja.”

- 40. §** A 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet 24. §-a a következő (4a) bekezdéssel egészül ki:
„(4a) Ha az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról és a helyes klinikai gyakorlat alkalmazásáról szóló miniszteri rendelet a kérelmezett klinikai vizsgálatnál a vizsgálati alanyok részére betegkártya kiállítását írja elő, az etikai bizottság a betegkártya tervezetét is értékeli.”

13. A szálláshely-szolgáltatási tevékenység folytatásának részletes feltételeiről és a szálláshely-üzemeltetési engedély kiadásának rendjéről szóló 239/2009. (X. 20.) Korm. rendelet módosítása

- 41. §** A szálláshely-szolgáltatási tevékenység folytatásának részletes feltételeiről és a szálláshely-üzemeltetési engedély kiadásának rendjéről szóló 239/2009. (X. 20.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 239/2009. (X. 20.) Korm. rendelet] 7. §-a a következő f) ponttal egészül ki:

(A jegyző szálláshely-szolgáltatási tevékenységgel összefüggésben – a magán szálláshely kivételével – a hatósági ellenőrzés lefolytatása céljából)

„f) a közhasználatú fürdők létesítésére és üzemeltetésére vonatkozó előírások teljesülésével kapcsolatban

fa) a honvédelmi és katonai célú ingatlanon kívül működtetni kívánt szálláshely esetében elsőfokú eljárásban a fővárosi és vármegyei kormányhivatal népegészségügyi feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatalát,

fb) a honvédelmi és katonai célú ingatlanon működtetni kívánt szálláshely esetében elsőfokú eljárásban a honvédelemért felelős minisztert”

(a tevékenység megkezdéséről a bejelentés megtörténtéről szóló igazolás megküldésével értesíti.)

42. § A 239/2009. (X. 20.) Korm. rendelet 7/A. § (1) bekezdésében a „c) pontjában” szövegrész helyébe a „c) és f) pontjában” szöveg lép.

43. § Hatályát veszti a 239/2009. (X. 20.) Korm. rendelet 9. §-a.

14. A vizek hasznosítását, védelmét és kártételeinek elhárítását szolgáló tevékenységekre és létesítményekre vonatkozó általános szabályokról szóló 147/2010. (IV. 29.) Korm. rendelet módosítása

44. § A vizek hasznosítását, védelmét és kártételeinek elhárítását szolgáló tevékenységekre és létesítményekre vonatkozó általános szabályokról szóló 147/2010. (IV. 29.) Korm. rendelet 2. § 28a. pontjában az „ivóvízhálózat, illetve” szövegrész helyébe az „ivóvízhálózat, valamint víztisztítás szükségessége esetén a hozzá csatlakozó,” szöveg lép.

15. Az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelet módosítása

45. § Az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól szóló 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelet] 5. § (5) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(5) A háttérkórház a (4) bekezdés szerinti értesítés kézhezvételét követő 3 napon belül írásban vagy elektronikus úton tájékoztatja a felelős személyt, illetve – ha a háttérkórház az ellátás választott helyszíne szerint területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkezik – a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező intézményt arról, hogy az értesítést tudomásul vette.”

46. § A 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelet 1. melléklet 1. pont a) alpontjában a „szövegménymentes” szövegrész helyébe a „szövegménymentes, a várandósgondozás 36. hetében a gondozón keresztül, személyes vagy telemedicinális ellátás keretében megtörténik a várandós regisztrálása a fogadó intézményben,” szöveg lép.

16. Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet módosítása

47. § Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 313/2011. (XII. 23.) Korm. rendelet 13/A. §-a a következő (2a) bekezdéssel egészül ki:

„(2a) A praxisjog jogosultjának az egészségügyi szolgáltatóval önálló orvosi tevékenység végzésére fennálló, foglalkoztatásra irányuló jogviszonya megszűnése napján a feladat-ellátási szerződés megszűnik.”

17. Az államháztartásról szóló törvény végrehajtásáról szóló 368/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet módosítása

48. § Az államháztartásról szóló törvény végrehajtásáról szóló 368/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 368/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet] 52/A. § (2) bekezdése a következő e) ponttal egészül ki:

(Nem tartozik a kötelezettségvállalások előzetes jóváhagyásának kötelezettsége alá)

„e) a városi intézménynél az 1 000 000 forint szerződési értéket el nem érő kötelezettségvállalás.”

- 49. §** A 368/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet 52/A. §-a a következő (9a) bekezdéssel egészül ki:
„(9a) Az irányító vármegyei intézmény vezetője – az egészségügyi szolgáltatás irányításáért felelős szerv jóváhagyásával – meghatározhatja a városi intézmény dologi keretére vonatkozó kötelezettségvállalások értékhatárát, mely felett maga jár el a kötelezettségvállalások tekintetében.”
- 50. §** A 368/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet 52/A. § (7) bekezdésében az „a 15 000 000 forintot” szövegrész helyébe az „a 15 000 000 forintot – városi intézmény esetében az 1 000 000 forintot –” szöveg lép.

18. A gyógyszerek és orvostechnikai eszközök közbeszerzésének sajátos szabályairól szóló 16/2012. (II. 16.) Korm. rendelet módosítása

- 51. §** A gyógyszerek és orvostechnikai eszközök közbeszerzésének sajátos szabályairól szóló 16/2012. (II. 16.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 16/2012. (II. 16.) Korm. rendelet] 2. §-a a következő 2a. ponttal egészül ki:
(E rendelet alkalmazásában)
„2a. *KTR Adatbázis*: az Országos Kórházi Főigazgatóság által működtetett gyógyszer vagy orvostechnikai eszközökre vonatkozó – az érintett gazdálkodó szervezet és az 1. § szerinti termékek adatait tartalmazó – nyilvántartási rendszer;”
- 52. §** A 16/2012. (II. 16.) Korm. rendelet 4. alcíme a következő 12/A. §-sal egészül ki:
„12/A. § (1) Az e rendelet hatálya alá tartozó, állami fenntartású egészségügyi intézmények által indított orvostechnikai eszközökre vonatkozó közbeszerzési eljárásokban a nyertes ajánlattevők a szerződéskötés időpontjáig kötelesek a KTR Adatbázisban regisztrálni és a szerződés keretében szállítandó termékeket rögzíteni.
(2) A nyertes ajánlattevő (1) bekezdés szerinti kötelezettségének teljesítése a szerződéskötés feltétele.
(3) Az Országos Kórházi Főigazgatóság a KTR Adatbázist úgy alakítja ki, hogy abba a nyertes ajánlattevőkön kívül bármely e rendelet hatálya alá tartozó terméket gyártó vagy forgalmazó gazdasági szereplő regisztrálhasson és termékét rögzíthesse.”
- 53. §** A 16/2012. (II. 16.) Korm. rendelet 18. §-a a következő (5) bekezdéssel egészül ki:
„(5) E rendeletnek az egyes egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelettel megállapított 12/A. §-át a 2025. február 1-jét követően megindított beszerzési eljárásokra kell alkalmazni.”

19. A kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet módosítása

- 54. §** A kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról szóló 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet] 1. §. 14. pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
(E rendelet alkalmazásában)
„14. *információcsere*: az Európai Unió Kábítószer-ügynökségéről és az 1920/2006/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló (EU) 2023/1322 rendelet 8. cikk (1) bekezdése szerinti értesítés lehetséges új pszichoaktív anyag megjelenéséről, illetve az ezt tartalmazó készítmények előállításáról, kereskedelméről és felhasználásáról;”
- 55. §** A 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet
2. § (1) bekezdés d) pontjában az „egészségügyi szolgáltató” szövegrész helyébe az „egészségügyi szolgáltató, a Gytv. 13. § (1) bekezdése szerinti engedély jogosultja,” szöveg,
 2. § (1) bekezdés e) pontjában az „egészségügyi szolgáltatónál” szövegrész helyébe az „egészségügyi szolgáltatónál, a Gytv. 13. § (1) bekezdése szerinti engedély jogosultjánál,” szöveg,
 2. § (2) bekezdésében az „egészségügyi szolgáltatókra” szövegrész helyébe az „egészségügyi szolgáltatókra, a Gytv. 13. § (1) bekezdése szerinti engedély jogosultjára” szöveg,
 20. § (1) bekezdésében az „egészségügyi szolgáltatóknak” szövegrész helyébe az „egészségügyi szolgáltatóknak, a Gytv. 13. § (1) bekezdése szerinti engedély jogosultjának” szöveg,

- e) 26. § (1) bekezdés c) pontjában az „egészségügyi szolgáltatóknál” szövegrész helyébe az „egészségügyi szolgáltatóknál és a Gytv. 13. § (1) bekezdése szerinti engedély jogosultjánál” szöveg,
- f) 26. § (2) bekezdésében az „egészségügyi szolgáltatóknál” szövegrész helyébe az „egészségügyi szolgáltatóknál, a Gytv. 13. § (1) bekezdése szerinti engedély jogosultjánál”, szöveg,
- g) 27. § (4) bekezdésében a „Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ (a továbbiakban: Nemzeti Drog Fókuszpont)” szövegrész helyébe a „Nemzeti Drog Fókuszpont (a továbbiakban: Drog Fókuszpont)” szöveg,
- h) 27. § (4) bekezdés a) pontjában az „a Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (a továbbiakban: EMCDDA) korai jelzőrendszerébe (a továbbiakban: EMCDDA korai jelzőrendszere)” szövegrész helyébe az „az Európai Unió Kábítószer-ügynökségének (a továbbiakban: EUDA) korai jelzőrendszerébe (a továbbiakban: EUDA korai jelzőrendszere)” szöveg,
- i) 27. § (4) bekezdés b) pontjában, (5), (7) és (9) bekezdésében a „Nemzeti Drog Fókuszpont” szövegrész helyébe a „Drog Fókuszpont” szöveg,
- j) 27. § (4a) bekezdésében, 28. § (1a) bekezdés b) pontjában az „EMCDDA korai jelzőrendszerébe” szövegrész helyébe az „EUDA korai jelzőrendszerébe” szöveg,
- k) 28. § (1) bekezdésében az „egészségügyi szolgáltató,” szövegrész helyébe az „egészségügyi szolgáltató, a Gytv. 13. § (1) bekezdése szerinti engedély jogosultja,” szöveg és az „EMCDDA korai jelzőrendszerében” szövegrész helyébe az „EUDA korai jelzőrendszerében” szöveg,
- l) 28. § (1a) bekezdésében az „A Nemzeti Drog Fókuszpont” szövegrész helyébe az „A Drog Fókuszpont” szöveg,
- m) 10. melléklet Kitöltési útmutató részében a „Nemzeti Drog Fókuszpontnak” szövegrész helyébe a „Drog Fókuszpontnak” szöveg lép.

20. A megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjáról, valamint a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásokról szóló 327/2012. (XI. 16.) Korm. rendelet módosítása

- 56. §** A megváltozott munkaképességű munkavállalókat foglalkoztató munkáltatók akkreditációjáról, valamint a megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásához nyújtható költségvetési támogatásokról szóló 327/2012. (XI. 16.) Korm. rendelet 48. § (5) bekezdésében a „2024.” szövegrész helyébe a „2025.” szöveg lép.

21. A dohánytermékek előállításáról, forgalomba hozataláról és ellenőrzéséről, a kombinált figyelmeztetésekről, valamint az egészségvédelmi bírság alkalmazásának részletes szabályairól szóló 39/2013. (II. 14.) Korm. rendelet módosítása

- 57. §** A dohánytermékek előállításáról, forgalomba hozataláról és ellenőrzéséről, a kombinált figyelmeztetésekről, valamint az egészségvédelmi bírság alkalmazásának részletes szabályairól szóló 39/2013. (II. 14.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 39/2013. (II. 14.) Korm. rendelet] 17. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép, és a § a következő (1a) bekezdéssel egészül ki:
- „(1) Az e rendeletben foglaltak betartását
- a) a 4. § szerinti bejelentés tekintetében az országos tisztifőorvos,
 - b) a 11. §-ban foglaltak tekintetében a népegészségügyi feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatal,
 - c) az a) és b) pontban, valamint az (1a) bekezdésben nem említett rendelkezések tekintetében a fogyasztóvédelmi hatóság ellenőrzi, és hatáskörében eljár az e rendeletben foglaltak megsértése esetén.
- (1a) A 18/C. §-ban, a 9/A. és 9/B. alcímben foglaltak – ide nem értve a termékek csomagolási egységeire vonatkozó előírásokat – betartását a népegészségügyi feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatal és az NNGYK ellenőrzi. Ha a népegészségügyi feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatal a 18/C. §-ban, a 9/A., 9/B. alcímben foglaltak – ide nem értve a termékek csomagolási egységeire vonatkozó előírásokat – megsértését észleli, arról tájékoztatja az NNGYK-t. A 18/C. §-ban, a 9/A., 9/B. alcímben foglaltak – ide nem értve a termékek csomagolási egységeire vonatkozó előírásokat – megsértése esetén az NNGYK jogosult eljárni.”

58. § A 39/2013. (II. 14.) Korm. rendelet 19/A. § (2) bekezdés a) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
[Az (1) bekezdés szerinti bejelentésnek a következő adatokat kell tartalmaznia:]
„a) a gyártó, importőr, magyarországi forgalmazó nevét és elérhetőségét, a benyújtó azonosítót, az elektronikus cigaretta azonosító számot,”

59. § A 39/2013. (II. 14.) Korm. rendelet

11. § (1a) bekezdésében az „és a dohányzást imitáló elektronikus eszköz,” szövegrész helyébe az „a dohányzást imitáló elektronikus eszköz, valamint a vízipipa” szöveg,
- 19/A. § (1) bekezdésében és 19/D. § (5) bekezdésében az „a gyógyszerészeti államigazgatási szerv” szövegrész helyébe az „az NNGYK” szöveg,
- 19/D. § (2) és (4) bekezdésében az „A gyógyszerészeti államigazgatási szerv” szövegrész helyébe az „Az NNGYK” szöveg

lép.

22. Az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet módosítása

60. § Az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet] 6. alcíme a következő 14. §-sal egészül ki:

„14. § (1) A 2. mellékletben foglalt táblázat A:289 mezőjében meghatározott egészségügyi szolgáltatónak az egészségügyi ágazati előmeneteli rendszer hatálya alá tartozó, 2024. március 1. napján jogviszonyban álló foglalkoztatottja az illetmény- vagy bérnövelésre 2024. március 1-jétől, de legfeljebb a munkáltatónál fennálló, az egészségügyi ágazati előmeneteli rendszer hatálya alá tartozó munkakörben történő foglalkoztatásának kezdő időpontjától jogosult.

(2) A 2. mellékletben foglalt táblázat A:290 mezőjében meghatározott egészségügyi szolgáltatónak az egészségügyi ágazati előmeneteli rendszer hatálya alá tartozó, 2024. július 1. napján jogviszonyban álló foglalkoztatottja az illetmény- vagy bérnövelésre 2024. július 1-jétől, de legfeljebb a munkáltatónál fennálló, az egészségügyi ágazati előmeneteli rendszer hatálya alá tartozó munkakörben történő foglalkoztatásának kezdő időpontjától jogosult.

(3) A 2. mellékletben foglalt táblázat A:291 mezőjében meghatározott egészségügyi szolgáltatónak az egészségügyi ágazati előmeneteli rendszer hatálya alá tartozó, 2024. augusztus 1. napján jogviszonyban álló foglalkoztatottja az illetmény- vagy bérnövelésre 2024. augusztus 1-jétől, de legfeljebb a munkáltatónál fennálló, az egészségügyi ágazati előmeneteli rendszer hatálya alá tartozó munkakörben történő foglalkoztatásának kezdő időpontjától jogosult.

(4) A 2. mellékletben foglalt táblázat A:292 mezőjében meghatározott egészségügyi szolgáltatónak az egészségügyi ágazati előmeneteli rendszer hatálya alá tartozó, 2024. április 1. napján jogviszonyban álló foglalkoztatottja az illetmény- vagy bérnövelésre 2024. április 1-jétől, de legfeljebb a munkáltatónál fennálló, az egészségügyi ágazati előmeneteli rendszer hatálya alá tartozó munkakörben történő foglalkoztatásának kezdő időpontjától jogosult.”

61. § A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. melléklete a 10. melléklet szerint módosul.

23. Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről, a Rezidens Támogatási Program ösztöndíjairól, valamint a fiatal szakorvosok támogatásáról szóló 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet módosítása

62. § Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről, a Rezidens Támogatási Program ösztöndíjairól, valamint a fiatal szakorvosok támogatásáról szóló 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet] 3. §-a a következő (8) bekezdéssel egészül ki:

„(8) A (7) bekezdésben foglaltaktól eltérően a szakmai grémium támogatása esetén, a tutori névjegyzékbe felvehető az a személy is, aki adott szakterületen szakirányú szakképesítéssel vagy felsőfokú végzettséggel nem rendelkezik, vagy aki adott szakterületen szakvizsgával vagy felsőfokú szakképzettséggel és három évnél rövidebb időtartamú gyakorlattal rendelkezik, amennyiben a szakképzési grémium meggyőződött arról, hogy korábban megszerzett szakképesítései, szakmai gyakorlata és képességei alapján a tutori feladatok ellátására alkalmas.”

- 63. §** A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 13. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(2) Egy tutor egyidejűleg legfeljebb három jelölt szakképzését felügyelheti. Ettől eltérően az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet 8. § (19) bekezdése szerinti sürgősségi betegellátó osztályon végzett gyakorlat esetén egy tutor egyidejűleg legfeljebb öt jelölt szakképzését felügyelheti.”
- 64. §** A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 17. §-a a következő (6) és (7) bekezdéssel egészül ki.
„(6) A miniszter az (1) bekezdés szerint közzétett (2) bekezdés szerinti keretszámot adott évben az államháztartásért felelős miniszterrel egyetértésben – ha a keretszám betöltésére irányuló jelentkezések számára figyelemmel szükséges – megemelheti.
(7) A (6) bekezdés szerint megállapított megemelt keretszámot az OKFŐ a honlapján közzéteszi.”
- 65. §** (1) A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 18. § (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(4) A pályázó egészségügyi szolgáltató a pályázati felhívásban meghatározott módon megjelöli, hogy hány rezidens tekintetében vállalja elsődleges képzőhelyként a képzés lebonyolítását.”
(2) A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 18. §-a a következő (11) bekezdéssel egészül ki:
„(11) A 17. § (2) bekezdés e) pontja szerinti keretszám terhére csak olyan rezidens vehető fel, aki nyilatkozatban vállalja, hogy a szakvizsga megszerzése után közvetlenül legalább öt évig teljes munkaidőben vagy legalább 10 évig – legalább heti 18 óra időtartamú – részmunkaidős foglalkoztatás keretében végez közfinanszírozott házi gyermekorvosi alapellátási tevékenységet.”
- 66. §** (1) A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 20. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(1) A támogatott képzés keretében oly módon van lehetőség az elsődleges képzőhely megváltoztatására, hogy az elsődleges képzőhelyként kijelölt egészségügyi szolgáltató a képzőhelyváltással érintett, a 18. § (1) bekezdése vagy a 19. § (1) bekezdése szerinti odaítélt, vagy a miniszter által meghatározott, a rezidens képzőhelyváltása miatt megüresedett keretszámot e rendelet előírása szerint betöltheti. Az az egészségügyi szolgáltató, amely a rezidens elsődleges képzőhelyként a váltás következtében kijelölésre kerül, a 18. § (1) bekezdése vagy a 19. § (1) bekezdése alapján odaítélt, vagy a miniszter által adott évre meghatározott keretszáma terhére kezdeményezheti az OKFŐ-nél a rezidens tekintetében elsődleges képzőhelyként történő kijelölését.”
(2) A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 20. §-a a következő (3) és (4) bekezdéssel egészül ki:
„(3) A rezidens a támogatott képzés keretében a képzés ideje alatt – egészségügyi ok kivételével – legfeljebb két alkalommal válthat szakot. Nem válthat szakot a rezidens a támogatott szakképzés keretein belül, amennyiben a képzéséből kevesebb mint 6 hónap van hátra.
(4) Az (1) bekezdésben foglaltaktól eltérően, amennyiben a rezidens valamely, a 17. § (2) bekezdés a) pontja szerinti kiemelt szakmában kezdte meg a képzését és kizárólag egészségügyi szolgáltatót kíván váltani, az illetékes szakképzési grémium vezetőjének jóváhagyásával – külön kiemelt keretszám felhasználása nélkül – teheti meg.”
- 67. §** A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 26. § (5) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(5) Az ösztöndíjak folyósításának a feltétele, hogy az ösztöndíjas rezidens az adott hónap vonatkozásában a képzési tervében foglaltaknak megfelelően teljesítette a szakképzését, melyről
a) a rezidens az egyedi azonosítását követően elektronikus úton nyilatkozik, vagy
b) az egyetem az a) pont szerinti igazolást megelőzően a 9. § (1) bekezdése szerinti nyilvántartáshoz kapcsolódó elektronikus felületen igazolja az ösztöndíjas rezidens képzési elemeinek teljesítését.”
- 68. §** (1) A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 28. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(2) A pályázati felhívás tartalmazza
a) a jelentkezés feltételeit,
b) a sikeres pályázó részére meghatározott, a szakképzéséhez kapcsolódó teljesítési és vállalási kötelezettségeket,
c) a pályázat benyújtásának határidejét,
d) az értékelési szempontokat és
e) pályázatonként azon szakmai szervezeteket, amelyek delegáltjai az értékelést végzik.”
(2) A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 28. § (3) bekezdés c) és d) pontja helyébe a következő rendelkezések lépnek:
(Pályázat benyújtására az jogosult, aki)

„c) a 26. § (7) bekezdése szerinti ösztöndíj esetében a második, vagy további szakképzését még nem kezdte meg,
d) vállalja, hogy a szakképesítésének megszerzése után közvetlenül az ösztöndíj folyósítása időtartamának megfelelő ideig hazai, az Egészségbiztosítási Alapból vagy a Honvédelmi Minisztérium fejezet költségvetéséből finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál vagy rendvédelmi szerv által fenntartott egészségügyi szolgáltatónál végez teljes munkaidőben, illetve a (4) bekezdés szerinti feltételekkel részmunkaidőben a támogatott szakképzésben megszerzett szakorvosi, szakgyógyszerészi vagy szakfogorvosi tevékenységet, és”

- (3) A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 28. § (3) bekezdése a következő e) ponttal egészül ki:

(Pályázat benyújtására az jogosult, aki)

„e) vállalja, hogy az ösztöndíj pályázatban meghatározott teljesítési és vállalási kötelezettségeit teljesíti.”

- (4) A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 28. § (3a) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(3a) A (3) bekezdésben foglaltaktól eltérően a vállalási időszak teljesítése során a nemzeti felsőoktatásról szóló törvény hatálya alá tartozó egyetemen végzett egészségügyi oktatói tevékenység valamennyi rezidens támogatási program keretében meghirdetett ösztöndíj vonatkozásban elfogadható.”

- (5) A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 28. § (6a) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(6a) Az OKFŐ az RTP-be a (6) bekezdés alapján felvett ösztöndíjas rezidenssel szerződést köt, amely szerződés tartalmazza a 26. § (5) bekezdése szerinti nyilatkozattétel és az ösztöndíj kifizetésének feltételeit, továbbá a szakképzés és a vállalási időszak teljesítésére, szüneteltetésére, valamint szakváltásra vonatkozó részletes szabályokat.”

- (6) A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 28. § (7) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(7) Ha az ösztöndíjas rezidens a (3) bekezdés d) és e) pontja szerinti vállalását nem teljesíti, vagy ha a 22. §-ban meghatározott feltételek megállapítására kerül sor, továbbá ha a 26. § (6) bekezdése szerinti ellenőrzése alapján az OKFŐ megállapítja, hogy az ösztöndíjas rezidens nyilatkozata alapján jogosulatlanul került sor az ösztöndíj kifizetésére, az államháztartásról szóló törvény rendelkezéseire figyelemmel az ösztöndíjas rezidens, a részére folyósított ösztöndíj vagy annak jogosulatlanul igénybe vett részének visszafizetésére köteles.”

- (7) A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 28. §-a a következő (8) bekezdéssel egészül ki:

„(8) Mentesül az ösztöndíjas rezidens a visszafizetési kötelezettség alól, amennyiben a 22. § (6) bekezdése alapján megállapításra kerül, hogy egészségügyi okból vált alkalmatlanná a szakképzés befejezésére vagy a vállalási időszak teljesítésére.”

- 69. §** A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet 23. alcíme a következő 35/l. §-sal egészül ki:

„35/l. § A 2024. december 31-ig meghirdetett pályázati kiírás alapján ösztöndíjban részesülő szakorvos és szakgyógyszerész jelöltekre e rendeletnek az egyes egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelet hatálybalépését megelőzően hatályos rendelkezéseket kell alkalmazni függetlenül attól, hogy melyik évben került sor az ösztöndíj folyósítására.”

- 70. §** A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet

- a) 5. § (1) bekezdés b) pontjában az „a) vagy c)–i) pontja” szövegrész helyébe az „a)–i) pontja” szöveg,
- b) 12. § (4) bekezdésében az „(1) bekezdés b) pont ba) alpontja szerinti támogatás folyósítása az egyetem” szövegrész helyébe az „(1) bekezdés b) pont ba) alpontja szerinti támogatás folyósítása az egyetem, valamint az országos szakképzési grémium esetében az OKFŐ” szöveg,
- c) 14. § (2) bekezdésében az „egyéb” szövegrész helyébe a „ , személyi és dologi jellegű” szöveg,
- d) 16/A. § (2) bekezdés b) pontjában az „az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet” szövegrész helyébe a „256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet” szöveg,
- e) 17. § (2) bekezdés f) pontjában a „szakgyógyszerészi és szakpszichológusi” szövegrész helyébe a „szakgyógyszerészi, szakpszichológusi és egyéb egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési” szöveg,
- f) 17. § (4) bekezdésében a „fővárosi és vármegyéenkénti bontásban” szövegrész helyébe a „fővárosi, vármegyéenkénti, illetve intézményi bontásban” szöveg,
- g) 22/A. §-ában a „18. § (10) bekezdése” szövegrész helyébe a „18. § (10), illetve (11) bekezdése” szöveg,
- h) 26. § (1) bekezdésében a „rezidensek és szakgyógyszerész-jelöltek” szövegrész helyébe a „rezidensek, valamint a szakgyógyszerész és szakfogorvos-jelöltek (a továbbiakban együtt: ösztöndíjas rezidens)” szöveg,
- i) 26. § (2) bekezdésében az „adott rezidensnek, valamint szakgyógyszerész-jelöltnek” szövegrész helyébe az „adott ösztöndíjas rezidensnek” szöveg,

- j) 26. § (2a) bekezdésében az „azon rezidensek” szövegrész helyébe az „azon ösztöndíjas rezidensek” szöveg,
 - k) 26. § (4) bekezdésében a „hiányszakmára szakot, illetve egészségügyi szolgáltatót váltott” szövegrész helyébe a „hiányszakmára szakot váltott” szöveg,
 - l) 26. § (5) bekezdésében az „a rezidens és a szakgyógyszerész jelölt” szövegrész helyébe az „az ösztöndíjas rezidens” szöveg,
 - m) 27. § c) pontjában az „ellátja a rezidensek és szakgyógyszerész-jelöltek” szövegrész helyébe az „ellátja az ösztöndíjas rezidensek” szöveg,
 - n) 28. § (4) bekezdésében a „(3) bekezdés c) pontjában” szövegrész helyébe a „(3) bekezdés d) pontjában” szöveg,
 - o) 28. § (6) bekezdésében az „a rezidens és a szakgyógyszerész-jelölt” szövegrész helyébe az „az ösztöndíjas rezidens” szöveg
- lép.

71. § Hatályát veszti a 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet

- a) 15. § (2) bekezdése,
- b) 28. § (3) bekezdés d) pontja,
- c) 28. § (3b) bekezdése,
- d) 28. § (5) bekezdése,
- e) 20. alcíme.

24. A fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet módosítása

72. § A fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet] 1. §-a a következő (2a) bekezdéssel egészül ki:
„(2a) A kormányhivatal népegészségügyi feladatkörébe tartozó közigazgatási hatósági ügyekkel összefüggésben az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvényben a felügyeleti szerve ruházott jogköröket a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (a továbbiakban: NNGYK) gyakorolja.”

73. § A 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet

- a) 1. § (1) bekezdésében az „az államháztartásról szóló 2011. évi CXCV. törvény (a továbbiakban: Áht.) 9. § f)–i) pontjában” szövegrész helyébe az „a központi államigazgatási szervekről, valamint a Kormány tagjai és az államtitkárok jogállásáról szóló 2010. évi XLIII. törvény (a továbbiakban: Ksztv.) 2. § e)–h) pontjában” szöveg,
 - b) 1. § (2) bekezdésében az „az Áht. 9. § h) és i) pontja” szövegrész helyébe az „a Ksztv. g) és h) pontja” szöveg,
 - c) 4. § (1) bekezdésében az „a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (a továbbiakban: NNGYK)” szövegrész helyébe az „az NNGYK” szöveg
- lép.

25. A Michalicza-ösztöndíjról szóló 160/2017. (VI. 28.) Korm. rendelet módosítása

74. § A Michalicza-ösztöndíjról szóló 160/2017. (VI. 28.) Korm. rendelet 7. § (3) bekezdés b) pont bb) alpontjában a „három évig” szövegrész helyébe a „négy évig” szöveg lép.

26. Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek forgalomba hozatalának és gyártásának engedélyezéséről szóló 450/2017. (XII. 27.) Korm. rendelet módosítása

75. § Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek forgalomba hozatalának és gyártásának engedélyezéséről szóló 450/2017. (XII. 27.) Korm. rendelet a következő III/A. fejezettel egészül ki:

„III/A. FEJEZET

AZ INTÉZETI GYÓGYSZERTÁRI SZAKTEVÉKENYSÉGNEK NEM MINŐSÜLŐ, EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSHOZ ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÁSHOZ KAPCSOLÓDÓ, BETEGRE SZABOTT, AUTOMATIZÁLT GYÓGYSZEROSZTÁST IS MAGÁBAN FOGLALÓ GYÓGYSZERELLÁTÁSI TEVÉKENYSÉG ENGEDÉLYEZÉSE

18/B. § (1) A Gytv. 13. § (1) bekezdése szerinti engedély iránti kérelmet a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központhoz (a továbbiakban: NNGYK) kell benyújtani.

(2) Az (1) bekezdés szerinti engedély iránti kérelmet a Gytv. 13. § (1) bekezdése szerinti egészségügyi szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatót és a személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátást nyújtó intézményt egyaránt működtető gazdálkodó szervezet nyújthatja be.

(3) A kérelemnek tartalmaznia kell:

- a) a székhely, a telephely vagy telephelyek címét, pontosan megnevezve a létesítményeket, ahol a kérelmező a kérelmezett tevékenységet folytatni kívánja,
- b) a Gytv. 13. § (1) bekezdése szerinti egészségügyi szolgáltatás és a személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátás megjelölését, az azt nyújtó egészségügyi, illetve szociális szolgáltató megnevezését és egyedi azonosító számát, illetve ágazati azonosítóját, mozgó/változó helyszínen végzett járóbeteg-szakellátás esetén annak ellátási területét,
- c) az ellátni tervezett betegcsoportot, az abba tartozó betegek tervezett maximális számát,
- d) a kérelmezett tevékenység minőségbiztosításáért felelős személy szakképesítését igazoló oklevél másolatát, munkaköri leírását, szakmai gyakorlatának igazolását,
- e) a kapcsolattartó személy nevét és elérhetőségét,
- f) a működés tervezett ügyrendjét, ennek keretében:
 - fa) a szakmai dokumentálás módját,
 - fb) a minőségbiztosítás rendjét,
 - fc) az érvényes szabványműveleti eljárások listáját,
 - fd) a gyógyszerek beszerzésének és kiszállításának módját,
- g) a technikai felszereltség – ideértve az automatizált, személyre szabott gyógyszerosztást végző berendezések – leírását,
- h) a kérelmezett tevékenységnek helyet adó telephely és létesítmény alaprajzát,
- i) a gyógyszerek kivonásának, visszahívásának és forgalmazása felfüggesztésének végrehajtásához használt elektronikus levélcímet,
- j) a kérelmezett tevékenységre vonatkozó felelősségbiztosítási szerződés másolatát.

(4) Az NNGYK az engedélyezési eljárás során helyszíni szemlét tart, melynek keretében megvizsgálja, hogy a kérelmező rendelkezik-e a kérelmezett tevékenységhez szükséges – az egészségügyért felelős miniszter rendeletében meghatározott – személyi és tárgyi feltételekkel, valamint megfelelő dokumentációs és minőségbiztosítási rendszerrel.

(5) A Gytv. 13. § (1) bekezdése szerinti tevékenység végzésére jogosító engedély tartalmazza

- a) az engedély jogosultjának nevét, székhelyét,
- b) a tevékenység végzésére szolgáló telephely vagy telephelyek címét,
- c) a Gytv. 13. § (1) bekezdése szerinti egészségügyi szolgáltatás és a személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátás megjelölését, az azt nyújtó egészségügyi, illetve szociális szolgáltató megnevezését, címét, egyedi azonosító számát, illetve ágazati azonosítóját, mozgó/változó helyszínen végzett járóbeteg-szakellátás esetén annak ellátási területét,
- d) az ellátni tervezett betegcsoportot, az abba tartozó betegek tervezett maximális számát,
- e) az automatizált, személyre szabott gyógyszerosztást végző berendezés típusát, gyári számát,
- f) az ellátás gyógyszerész-szakmai minőségbiztosításáért felelős személy(ek), valamint az ellátás technológiai minőségbiztosításáért felelős személy(ek) nevét, valamint a szakképesítésüket igazoló oklevél számát,

(6) A Gytv. 13. § (1) bekezdése szerinti tevékenység végzésére jogosító engedély három évig hatályos. Az engedély jogosultja az engedély hatályának lejárta előtt legalább hat hónappal az aktualizált dokumentáció benyújtásával kérelmezi az NNGYK-nál az engedély megújítását.

(7) Az engedély módosítását kell kérelmezni minden, az (5) bekezdésben foglaltakat érintő változás esetén azzal, hogy az (5) bekezdés b)–f) pontjában foglaltakat érintő változás csak az engedély módosítását követően vezethető be. Az engedély módosításának engedélyezésére alkalmazni kell a (4) bekezdésben foglaltakat.

(8) Az engedély jogosultja köteles a (3) bekezdés e) és i) pontjában foglalt adatok változását haladéktalanul bejelenteni az NNGYK részére.

(9) Az engedélyt az NNGYK visszavonja, amennyiben:

- a) a jogosult azt kéri,
- b) az engedély megadásához szükséges feltételek már nem állnak fenn,

- c) a jogosult a jogszabályban foglalt előírásokat, vagy az engedélyben előírt kötelezettségeket ismételten vagy súlyosan megszegi,
- d) a jogosult a felfüggesztésre okot adó körülményt a felfüggesztés időtartama alatt nem szünteti meg.
- (10) Az engedély alapján folytatott tevékenység folytatását az NNGYK felfüggeszti, ha az engedély jogosultja a jogszabályban foglalt előírásokat, vagy az engedélyben meghatározott feltételeket megszegi.
- (11) A felfüggesztés időtartamát a felfüggesztésre okot adó magatartás súlyára, a jogsértés időtartamára vagy az eset más, a kötelezettségszegés súlyát érintő lényeges körülményeire tekintettel kell meghatározni, azzal, hogy a felfüggesztés időtartama legfeljebb egy év lehet.
- (12) Ha az engedélyes a felfüggesztésre okot adó körülményt a felfüggesztés időtartama alatt megszünteti, és ezt bejelenti, az NNGYK dönt a felfüggesztés megszüntetéséről."

27. Az egyes közérdeken alapuló kényszerítő indok alapján eljáró szakhatóságok kijelöléséről szóló 531/2017. (XII. 29.) Korm. rendelet módosítása

- 76. §** Az egyes közérdeken alapuló kényszerítő indok alapján eljáró szakhatóságok kijelöléséről szóló 531/2017. (XII. 29.) Korm. rendelet 1. melléklet 13. Népegészségügyi ügyek című táblázat A:23 mezőjében a „felmentés” szövegrész helyébe a „felmentés engedélyezése” szöveg lép.

28. A környezetben tartósan megmaradó szerves szennyező anyagokról szóló, 2019. június 20-i (EU) 2018/1021 európai parlamenti és tanácsi rendelet végrehajtásával kapcsolatos egyes rendelkezésekről szóló 376/2020. (VII. 30.) Korm. rendelet módosítása

- 77. §** A környezetben tartósan megmaradó szerves szennyező anyagokról szóló, 2019. június 20-i (EU) 2018/1021 európai parlamenti és tanácsi rendelet végrehajtásával kapcsolatos egyes rendelkezésekről szóló 376/2020. (VII. 30.) Korm. rendelet 3. § (3) és (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:
- „(3) Az (1) bekezdés szerinti, rendelkezésére álló adatokat a területi környezetvédelmi hatóság, a NÉBIH és a népegészségügyi járási hivatal a tárgyévét követő év május 31. napjáig megküldi a miniszternek.
- (4) A népegészségügyi járási hivatal a (3) bekezdés szerinti adatokat másolatban a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központnak is megküldi.”

29. Az Országos Kórházi Főigazgatóság feladatairól szóló 516/2020. (XI. 25.) Korm. rendelet módosítása

- 78. §** Az Országos Kórházi Főigazgatóság feladatairól szóló 516/2020. (XI. 25.) Korm. rendelet a következő 5/A. §-sal egészül ki:
- „5/A. § Az OKFŐ jogszabályban meghatározott feladatkörében, a törvényben meghatározott, általa kezelhető és az EESZT-ben rendelkezésre álló adatot az EESZT-ből is igényelheti, amelyet az EESZT működtetője biztosít.”

30. A praxisközösségekről szóló 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet módosítása

- 79. §** A praxisközösségekről szóló 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet 4/C. § (2) és (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:
- „(2) A kollegiális praxisközösség a területi kollegiális szakmai vezető közreműködésével együttműködik a területén működő járási alapellátási központtal, amely egészségügyi alapellátási és egészségügyi alapellátási, illetve fogorvosi ügyeleti feladatokat is elláthat.
- (3) A járási alapellátási központ közreműködik az ügyeleti feladatok ellátásának megszervezésében, amelyet a fogorvosi ügyelet tekintetében az önkormányzatokkal és a háziiorvosi ügyelet vonatkozásában az állami mentőszolgálattal együttműködésben koordinálhat.”

31. A központi egészséginformatikai szolgáltatásokról szóló 29/2022. (I. 31.) Korm. rendelet módosítása

- 80. §** A központi egészséginformatikai szolgáltatásokról szóló 29/2022. (I. 31.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 29/2022. (I. 31.) Korm. rendelet] 2. §-a a következő (1c) bekezdéssel egészül ki:

„(1c) A Szolgáltatóközpont egészséginformatikai módszertani támogatást nyújt a miniszter és az egészségügyi szakmai kollégium számára a laboratóriumi diagnosztika körébe tartozó ellátások egységes egészségügyi nevezéktana előkészítéséhez és felülvizsgálatához.”

- 81. §** A 29/2022. (I. 31.) Korm. rendelet 3/A. alcíme a következő 5/B. §-sal egészül ki:
„5/B. § Az EESZT működtetője biztosítja, hogy az egészségügyi szolgáltató az Eüak. 30. §-ában meghatározott adatmegőrzési kötelezettség teljesítése érdekében, annak keretei között az informatikai rendszere helyreállítása vagy migrációja esetén az általa az EESZT-be feltöltött adatokat – az Eüak.-ban előírt adatkezelési határidők figyelembevételével – letölthesse.”
- 82. §** A 29/2022. (I. 31.) Korm. rendelet 2. § (2) bekezdésében az „az (1) és (1b) bekezdés” szövegrész helyébe az „az (1)–(1c) bekezdés” szöveg lép.

32. Az ivóvíz minőségi követelményeiről és az ellenőrzés rendjéről szóló 5/2023. (I. 12.) Korm. rendelet módosítása

- 83. §** Az ivóvíz minőségi követelményeiről és az ellenőrzés rendjéről szóló 5/2023. (I. 12.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 5/2023. (I. 12.) Korm. rendelet] 7. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(3) Az ivóvízbiztonsági tervet a népegészségügyi szerv közegészségügyi szempontból határozatban hagyja jóvá. A vármegye határán átnyúló ivóvízellátó rendszerek esetén az ivóvízbiztonsági tervet a vízkivételi mű helye szerint hatáskörrel rendelkező népegészségügyi szerv hagyja jóvá. A népegészségügyi szerv az ivóvízbiztonsági tervet akkor hagyja jóvá, ha a terv alapján történő üzemeltetés biztosítja a lakosság egészséges ivóvízzel való ellátását. Az ivóvízbiztonsági tervben foglaltak betartását a népegészségügyi szerv évente legalább egyszer a helyszínen is ellenőrzi.”
- 84. §** (1) Az 5/2023. (I. 12.) Korm. rendelet 2. melléklete a 11. melléklet szerint módosul.
(2) Az 5/2023. (I. 12.) Korm. rendelet 5. melléklete a 12. melléklet szerint módosul.

- 85. §** Az 5/2023. (I. 12.) Korm. rendelet
1. melléklet 2. alcím 15. pontjában a „parametrikus érték” szövegrészek helyébe a „határérték” szöveg,
 4. melléklet 4. pontjában a „legfrissebb” szövegrész helyébe az „értékelt” szöveg lép.

- 86. §** Hatályát veszti az 5/2023. (I. 12.) Korm. rendelet
11. § (6) bekezdés b) pontja,
 12. § (5) bekezdés b) pontja,
 13. § (5) bekezdés b) pontja.

33. A természetes gyógytényezőkről szóló 509/2023. (XI. 20.) Korm. rendelet módosítása

- 87. §** A természetes gyógytényezőkről szóló 509/2023. (XI. 20.) Korm. rendelet 23. § (3) bekezdésében és 24. § (3) bekezdésében az „az országos vízügyi hatóság” szövegrész helyébe az „a vízügyi és vízvédelmi hatáskörrel rendelkező illetékes vármegyei kormányhivatal és az NNGYK bevonásával” szöveg lép.

34. Záró rendelkezések

- 88. §** (1) Ez a rendelet – a (2) és (3) bekezdésben foglalt kivétellel – a kihirdetését követő napon lép hatályba.
(2) A 2. §, a 4–6. §, a 11. §, a 16. § (1) és (2) bekezdése, a 17. § a) pontja, a 4–5. alcím, a 17. alcím, a 20. alcím, a 26. alcím, valamint az 1. és 2. melléklet 2025. január 1-jén lép hatályba.
(3) A 18. alcím és a 24. alcím 2025. február 1-jén lép hatályba.

- 89. §** E rendelet 31. alcíme a belső piaci szolgáltatásokról szóló, 2006. december 12-i 2006/123/EK európai parlamenti és tanácsi irányelvnek való megfelelést szolgálja.

Orbán Viktor s. k.,
miniszterelnök

1. melléklet a 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelethez

„5. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

		<i>Millió forint</i>
Megnevezés		2025. évi előirányzat
	Háziorvosi, háziiorvosi ügyeleti ellátás	
	Praxisfinanszírozás	99 790,7
	Praxistámogatás	13 818,3
	Háziorvosi, szakdolgozói bértámogatás	118 149,6
	Indikátorrendszer finanszírozás és teljesítményfinanszírozás	27 105,3
	Eseti ellátás díjazása	649,3
	Ügyeleti szolgálat	37 020,8
1.	Háziorvosi, háziiorvosi ügyeleti ellátás összesen	296 534,0
	Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem	
	Iskolaegészségügyi ellátás	2 317,1
	Iskolaegészségügyi ellátás bértámogatás	255,1
	Védőnői ellátás	24 009,8
	Anya-, gyermek- és csecsemővédelem	483,4
	MSZSZ: gyermekgyógyászat	121,6
	MSZSZ: nőgyógyászat	96,3
2.	Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem összesen	27 283,3
	Fogászati ellátás	
	Praxisfinanszírozás	37 789,2
	Praxistámogatás	4 870,5
	Indikátorrendszer finanszírozás	4 733,4
	Fogorvosi, szakdolgozói bértámogatás	39 219,1
3.	Fogászati ellátás összesen	86 612,2
4.	Otthoni szakápolás	12 980,8
5.	Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás	12 796,9
6.	Műveskezelés	38 771,1
	Célelőirányzatok	
	Méltányossági alapon történő térítések	6 833,4
	Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj	55,0
	Tartósan betöltetlen háziiorvosi és fogorvosi körzetek betöltésének, valamint háziiorvosi és fogorvosi tevékenység végzéséhez szükséges praxisjog vásárlásának támogatása	1 250,0
	Tervezett külföldi ellátások orvosi felülvizsgálata	20,0
	Egészségügyi dolgozók 2018-2025. évi béremelésének fedezete	904 460,3
	Egészségügyi dolgozók fix összegű bérkiegészítésének, béremelésének fedezete	3 830,1
	Az egészségügyi dolgozók pénzellátást helyettesítő jövedelem-kiegészítése	53 130,0
	Fiatalkorú orvosok támogatása	320,8
7.	Célelőirányzatok összesen	969 899,6
8.	Mentés	45 781,5
9.	Laboratóriumi ellátás	28 612,9
	Összevont szakellátás	
	Járóbeteg-szakellátás	200 920,9
	Népegészségügy fejlesztése	2 717,5
	Többletkapacitás befogadás	4 000,0
	Működési költségelőleg	2 000,0

	Molekuláris diagnosztikai (PCR) ellátás	7 829,5
	Fekvőbeteg-szakellátás	626 669,8
	<i>aktív fekvőbeteg-szakellátás</i>	553 121,7
	<i>krónikus fekvőbeteg-szakellátás</i>	66 620,5
	<i>fogvatartottak egészségügyi ellátása</i>	1 927,6
	<i>várólista csökkentés</i>	5 000,0
	Extrafinanszírozás	1 000,0
	Speciális finanszírozású szakellátás	64 181,4
10.	Összevont szakellátás összesen	909 319,1
12.	Gyógyító-megelőző ellátás céltartalék	7 460,1
13.	Egészségügyi szolgáltatók kiegészítő finanszírozása	150 000,0
14.	Nagyértékű gyógyszerfinanszírozás	180 000,0
ÖSSZESEN		2 766 051,5

2. melléklet a 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelethez

„28. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

2025. évre vonatkozó súlyszám és pont keret

1. A járóbeteg-szakellátás - ideértve a CT-MRI vizsgálatokat is - 2024. november és 2025. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos keret mértéke: 90 328 724 128 pont. Ebből az egészségügyért felelős miniszter által az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével engedélyezett, a folyamatos ellátás biztosításával vagy egyéb ellátási érdekekkel összefüggő finanszírozás fedezetére szolgáló keret 10 000 000 pont.

2. A fekvőbeteg-szakellátás 2024. november és 2025. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos keret mértéke: 2 221 650,42 súlyszám. Ebből az egészségügyért felelős miniszter által az államháztartásért felelős miniszter egyetértésével engedélyezett,

a) a folyamatos ellátás biztosításával vagy egyéb ellátási érdekekkel összefüggő finanszírozás fedezetére szolgáló keret, valamint

b) egyéb szakmapolitikai célok fedezete: 200 súlyszám.

3. A laboratóriumi ellátások 2024. november és 2025. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos keret mértéke: 10 745 793 056 pont. A molekuláris diagnosztikai vizsgálatok (PCR) 2024. november és 2025. október közötti teljesítési időszakra vonatkozó országos keret mértéke: 3 947 102 353 pont.

4. Az egyes ellátási formák 2025. finanszírozási évre vonatkozó országos szezonális indexe:

Hónap	Fekvőbeteg-szakellátás, Járóbeteg-szakellátás, PCR, laboratóriumi ellátás
2024. november	1/12
2024. december	1/12
2025. január	1/12
2025. február	1/12
2025. március	1/12
2025. április	1/12
2025. május	1/12
2025. június	1/12
2025. július	1/12
2025. augusztus	1/12
2025. szeptember	1/12
2025. október	1/12

3. melléklet a 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelethez
 „28/B. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez

A tervezett éves keret alóli kivételek

	A		B
1	HBCs		Feltétel
2	05P 2081	AMI PCI-vel (egy vagy több stenttel)	
3	05P 2082	AMI PCI-vel, stent nélkül	
4	01M 015D	Cerebrovascularis betegségek (kivéve: TIA), praecerebralis érelzáródással, rtPAkezeléssel	
5	*01M 015H	Cerebrovascularis betegségek (kivéve: TIA),), praecerebralis érelzáródással, speciális diagnosztikával	
6	01P 001A	Speciális intracranialis műtétek 18 év felett, nem trauma miatt	53950 Intracranialis saccularis aneurysma clippelése vagy 53951 Többcsörös intracran. saccul. aneurysmák clippelése beavatkozás esetén, daganatos megbetegedés esetén: 5014A Axialis supratentoralis állománytumor eltávolítás vagy 5014B Agytörzsi állománybeli tumor v. cysta eltávolítása vagy 5014C Suprasellaris tumor transcranialis eltávolítása vagy 5014H Pontocerebell. tumor eltávolítása suboccipit. feltárással vagy 5014I Hátsó scala supra-infratent. extracerebr. tumor transtr. eltávolítása vagy 5014K Craniospin. extracerebralis tumor suboccip. eltáv.vagy 50754 Transsphenoid. intra-suprasellaris tumor eltávolítás
7	01P 001C	Speciális intracranialis műtétek 18 év alatt	daganatos megbetegedés esetén: 5014A Axialis supratentoralis állománytumor eltávolítás vagy 5014B Agytörzsi állománybeli tumor v. cysta eltávolítása vagy 5014C Suprasellaris tumor transcranialis eltávolítása vagy 5014H Pontocerebell. tumor eltávolítása suboccipit. feltárással vagy 5014I Hátsó scala supra-infratent. extracerebr. tumor transtr. eltávolítása 5014K Craniospin. extracerebralis tumor suboccip. eltáv. vagy 50754 Transsphenoid. intra-suprasellaris tumor eltávolítás
8	01P 002A	Nagy intracranialis műtétek 18 év felett, nem trauma miatt	daganatos megbetegedés esetén: 50146 Lobectomy cerebri vagy 50148 Cerebellaris glioma,metastasis,cysta eltávolítása
9	01P 002C	Nagy intracranialis műtétek 18 év alatt	daganatos megbetegedés esetén: 50146 Lobectomy cerebri vagy

			50148 Cerebellaris glioma,metastasis,cysta eltávolítása
10	01P 003E	Rutin intracranialis műtétek	daganatos megbetegedés esetén: 34473 Intracranialis képlet percutan biopszia, CT vezérelt vagy 50102 Intracranialis tumor cysta punctiója
11	01P 0040	Speciális gerinc-, gerincvelőműtétek	daganatos megbetegedés esetén: 50337 Intramedullaris tumorok exstirpatioja Intramedullaris tumorok exstirpatioja
12	01P 0050	Nagy gerinc-, gerincvelőműtétek	daganatos megbetegedés esetén: 50336 Cauda-tumorok eltávolítása
13	01P 029A	Endovascularis aneurysma műtétek a központi idegrendszer erein	
14	01P 029C	Fej, nyak, központi idegrendszer érmalformációinak, tumorainak endovascularis műtétei	5387A Intracranialis érmalformatiok endovasc. műtéte beavatkozás esetén,
15	01P 029D	Fej, nyak, központi idegrendszer érmalformációinak, tumorainak endovascularis műtétei, speciális intracranialis műtéttel	53950 Intracranialis saccularis aneurysma clippelése vagy 53951 Többszörös intracran. saccul. aneurysmák clippelése vagy 5387A Intracranialis érmalformatiok endovasc. műtéte beavatkozás esetén, daganatos megbetegedés esetén: 5014I Hátsó scala supra-infratent. extracerebr. tumor transtr. eltávolítása vagy 5014K Craniospin. extracerebralis tumor subboccip. eltáv.
16	01P 029E	Endovascularis aneurysma műtétek áramlásmódosítással a központi idegrendszer erein	
17	01P 029F	Intracranialis erek szűkületeinek és elzáródásának neurointervenciók kezelése	
18	04M 1450	Cysticus fibrosis (tüdő)	
19	04M 145C	Cysticus fibrosisos betegek széles spektrumú kombinált intravénás antibiotikum kezelése „C	
20	06M 290D	Endoszkópiával igazolt gastrointestinalis vérzés, több mint 2E transfúzióval endoszkópos vérzéscsillapítással (injektálás)	
21	06M 290E	Endoszkópiával igazolt gastrointestinalis vérzés, több mint 2E transfúzióval endoszkópos vérzéscsillapítással (kivéve injektálás)	
22	* 06M 300A	OPT súlyos alultápláltsággal járó kórképek iniciális szakában	
23	* 06M 300B	OPT súlyos alultápláltsággal járó kórképekben	
24	* 06M 300C	OPT mérsékelt alultápláltsággal járó kórképekben	
25	* 06M 300D	OPT enyhe alultápláltsággal járó kórképekben	
26	* 06M 300E	OPT alultápláltsággal járó kórképekben 8 éves kor alatt	

27	10P 5310	Hypophysis műtétek	daganatos megbetegedés esetén: 50754 Transsphenoid. intra-suprasellaris tumor eltávolítás	
28	22P 8810	Kiterjedt égés műtéttel	III. progresszivitási szintű osztályon nyújtott ellátás; az égés kiterjedésének és mélységének egyértelmű dokumentálása	
29	22M 8820	Kiterjedt égés műtét nélkül		
30	22M 8850	Légzőrendszer égése légzéstámogatással		
31	22P 8870	Kiterjedt fagyás műtéttel		
32	22M 8880	Kiterjedt fagyás műtét nélkül		
33	15M 7110	Újszülött, születési súly 999 g alatt	III. progresszivitási szintű osztályon nyújtott ellátás	
34	15P 7120	Újszülött, születési súly 1000-1499 g, jelentős műtéttel		
35	15M 7130	Újszülött, születési súly 1000-1499 g, jelentős műtét nélkül		
36	15P 7140	Újszülött, születési súly 1500-1999 g, jelentős műtéttel		
37	15P 7180	Újszülött, születési súly 2000-2499 g, jelentős műtéttel		
38	15P 7230	Újszülött, születési súly 2499 g felett, jelentős műtéttel		
39	15P 7330	Jelentős szív-érrendszeri műtétek újszülött korban		
40	15P 7331	Jelentős szív-érrendszeri műtétek újszülött korban, 5 napot meghaladó gépi lélegeztetéssel		
41	15P 7332	Jelentős szív-érrendszeri műtétek újszülött korban, 5 napot meghaladó gépi lélegeztetéssel és NO adásával		
42	15M 735Z	Újszülött, születési súly 2499 g felett, jelentős műtét nélkül súlyos problémával, 5 napnál hosszabb gépi lélegeztetéssel vagy Surfactant kezeléssel		
43	15M 736Z	Újszülött, születési súly 2499 g felett, jelentős műtét nélkül súlyos problémával, 5 napnál hosszabb gépi lélegeztetéssel és Surfactant kezeléssel		(III. progresszivitási szintű osztályon nyújtott ellátás)
44	15M 715Z	Újszülött, születési súly 1500-1999 g, jelentős műtét nélkül, súlyos problémával		III. progresszivitási szintű osztályon nyújtott ellátás, illetve 5 napot meghaladó gépi lélegeztetés
45	15M 719Z	Újszülött, születési súly 2000-2499 g, jelentős műtét nélkül súlyos problémával		
46	17M 7720	Akut leukémiák magas malignitással, kemoterápiával és legalább 25 E szűrt vagy besugárzott vérkészítmény adásával 18 év alatt		
47	17M 773E	Akut leukémiák 26E alatti (de legalább 6E) szűrt vagy besugárzott vérkészítmény adásával		
48	17M 773F	Akut leukémiák 26-50 E szűrt vagy besugárzott vérkészítmény adásával		
49	17M 773G	Akut leukémiák 51-75 E szűrt vagy besugárzott vérkészítmény adásával		
50	17M 773H	Akut leukémiák 75E feletti szűrt vagy besugárzott vérkészítmény adásával		
51	17M 780A	Akut leukémia 18 év alatt, magas malignitással, társultbetegséggel		

52	17M 780B	Akut leukémia 18 év alatt, magas malignitással, társult betegség nélkül	
53	17M 782A	Akut leukémia 18 év alatt, alacsony-közepes malignitással, társult betegséggel	
54	17M 782B	Akut leukémia 18 év alatt, alacsony-közepes malignitással, társult betegség nélkül	
55	99M 941U	Szívátültetés előtti kivizsgálás	
56	25P 9210	Speciális, nagy intracranialis műtétek polytraumatizált állapotban	
57	25P 9220	Nagy műtétek polytraumatizált állapotban	
58	25P 923A	Egyéb műtétek polytraumatizált állapotban	
59	25M 9240	Koponya, mellkas, gerinc, medence és alsó végtag polytraumatizált állapota	
60	25M 9250	Egyéb polytraumatizált állapot	
61	25P 936Z	Polytraumatizált állapot műtétei (kivéve: speciális, nagy intracranialis műtétek) súlyos társult betegséggel, műtét < 3	
62	25P 937Z	Polytraumatizált állapot műtétei (kivéve: speciális, nagy intracranialis műtétek) súlyos társult betegséggel, 3<= műtét <=6	
63	25P 938Z	Polytraumatizált állapot műtétei (kivéve: speciális, nagy intracranialis műtétek) súlyos társult betegséggel, műtét > 6	
64	25M 939Z	Polytraumatizált állapot súlyos társult betegséggel 1 hétnél hosszabb intenzív ellátással	
65	25M 940Z	Polytraumatizált állapot súlyos társult betegséggel 1 hétnél rövidebb intenzív ellátással"	
66	13P 6531	In vitro fertilizáció (IVF)	
67	13P 6532	In vitro fertilizáció (IVF) blasztociszta tenyésztéssel	
68	13P 6580	In vitro fertilizáció (IVF) fagyasztott embrió beültetéssel	
69	13P 6581	In vitro fertilizáció (IVF) fagyasztott vagy friss petesejt felhasználással	
70	13P 6570	Inszemináció	

”

4. melléklet a 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelethez

1. A 173/2003. (X. 28.) Korm. rendelet 2. számú melléklet III. rész 5. pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
„5. A keletkezett fekália ürögödörben való elhelyezése és rendszeres földelése, fertőtlenítése, továbbá biológiai vagy kémiai semlegesítése biztosított.”

5. melléklet a 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelethez

„1. számú melléklet a 28/2004. (II. 28.) Korm. rendelethez

A Központ részére feladatkörében szolgáltatandó információk köre:

1. kábítószer-fogyasztókra vonatkozó információk (a fogyasztói csoportok jellemzői szerint);
2. a kábítószer-fogyasztásra vonatkozó információk;
3. kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelésekre, egyéb ellátásokra és szűrésekre, valamint az elsődleges, másodlagos valamint harmadlagos megelőzést szolgáló programokra vonatkozó információk;
4. a fogyasztás megelőzésére, illetőleg mérséklésére irányuló állami, önkormányzati, valamint társadalmi kezdeményezésem nyugvó intézkedések, kezdeményezések.
5. kábítószer-fogyasztással összefüggésbe hozható halálozásokra vonatkozó információk;
6. kábítószer-fogyasztással összefüggésbe hozható fertőző megbetegedésekre vonatkozó információk;
7. kábítószer-fogyasztással összefüggésbe hozható büntetőeljárás, illetőleg büntetés végrehajtási információk,
8. a lefoglalt kábítószerek és új pszichoaktív szerek szerkezetére, mennyiségére, minőségére, árára vonatkozó információk;
9. a biológiai mintákban azonosítható kábítószerekre és új pszichoaktív szerekre vonatkozó információk és metaadatok;
10. kábítószer-fogyasztással összefüggő költségvetési kiadások;
11. az illegális kábítószerek és új pszichoaktív szerek termesztésére, előállítására, forgalmazásra vonatkozó információk,
12. a kábítószer prekursorokra és az azok lefoglalására vonatkozó információk”

6. melléklet a 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelethez

„2. számú melléklet a 28/2004. (II. 28.) Korm. rendelethez

A Központ kábítószer adat- és információgyűjtő tevékenységében adat-, illetve információ-szolgáltatási kötelezettség teljesítésével feladatkörük szerint résztvevő minisztériumok, egyéb állami szervek:

1. Agrárminisztérium
2. Belügyminisztérium
3. Honvédelmi Minisztérium
4. Igazságügyi Minisztérium
5. Külgazdasági és Külügyminisztérium
6. Miniszterelnökség
7. Nemzetgazdasági Minisztérium
8. Budapest Főváros Kormányhivatala
9. Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága
10. Központi Statisztikai Hivatal
11. Nemzeti Adó- és Vámhivatal Központi Irányítása
12. Nemzeti Bűnmegelőzési Tanács
13. Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
14. Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ
15. Nemzeti Szakértői és Kutató Központ
16. Országos Mentőszolgálat
17. Országos Rendőr-főkapitányság
18. Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet
19. Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság”

7. melléklet a 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelethez

„3. számú melléklet a 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelethez

A) A Regionális Vesetranszplantációs Bizottságok működésének központjai

1. Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar-Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika (1082 Budapest, Üllői út 78/A.)

Illetékességi terület:

Budapest,
Fejér vármegye,
Győr-Moson-Sopron vármegye,
Heves vármegye,
Komárom-Esztergom vármegye,
Nógrád vármegye,
Pest vármegye,
Vas vármegye,
Veszprém vármegye.

2. Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Sebészeti Klinika (6725 Szeged, Semmelweis u. 8.)

Illetékességi terület:

Bács-Kiskun vármegye,
Békés vármegye,
Csongrád-Csanád vármegye,
Jász-Nagykun-Szolnok vármegye.

3. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Klinikai Központ Sebészeti Klinika (7624 Pécs, Ifjúság út 13.)

Illetékességi terület:

Baranya vármegye,
Somogy vármegye,
Tolna vármegye,
Zala vármegye.

4. Debreceni Egyetem Klinikai Központ Sebészeti Intézet (4032 Debrecen, Móricz Zsigmond krt. 22.)

Illetékességi terület:

Borsod-Abaúj-Zemplén vármegye,
Hajdú-Bihar vármegye,
Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye.

B) A Regionális Vese- és Hasnyálmirigy-transzplantációs Bizottságok működésének központjai

1. Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar-Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika (1082 Budapest, Üllői út 78/A.)

Illetékességi terület:

Budapest,
Borsod-Abaúj-Zemplén vármegye,
Fejér vármegye,
Győr-Moson-Sopron vármegye,
Hajdú-Bihar vármegye,
Heves vármegye,
Komárom-Esztergom vármegye,
Nógrád vármegye,
Pest vármegye,
Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye,

Vas vármegye,
Veszprém vármegye.

2. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Klinikai Központ Sebészeti Klinika (7624 Pécs, Ifjúság út 13.)

Illetékességi terület:

Baranya vármegye,
Bács-Kiskun vármegye,
Békés vármegye,
Csongrád-Csanád vármegye,
Jász-Nagykun-Szolnok vármegye,
Somogy vármegye,
Tolna vármegye,
Zala vármegye.”

8. melléklet a 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelethez

„2. számú melléklet a 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelethez

A fekvőbeteg-szakellátásban finanszírozható szakmák köre

A) Aktív fekvőbeteg-szakellátás

	A	B
1	Szakma kód	Szakma megnevezése
2	0100	belgyógyászat
3	0101	angiológia, phlebológia, lymphológia
4	0102	haematológia
5	0103	endokrinológia, anyagcsere és diabetológia
6	0104	gasztroenterológia
7	0105	nefrológia
8	0106	geriátria
9	0109	allergológia és klinikai immunológia
10	0112	haemopoetikus őssejt transzplantáció
11	0200	sebészet
12	0202	tüdő- és mellkasebészet
13	0203	érsebészet
14	0204	idegsebészet
15	0205	szívsebészet
16	0208	szerv-transzplantációs sebészet
17	0214	gyermek idegsebészet
18	0215	csecsemő- és gyermekszívsebészet
19	0400	szülészet-nőgyógyászat
20	0403	asszisztált reprodukció
21	0500	csecsemő- és gyermekgyógyászat
22	0501	neonatalógia
23	0502	PIC

24	0503	csecsemő- és gyermekkardiológia
25	0504	gyermek-tüdőgyógyászat
26	0505	gyermek-gasztroenterológia
27	0506	gyermeksebészet
28	0507	gyermeknőgyógyászat
29	0508	gyermekszemészet
30	0509	csecsemő és gyermek fül-, orr-, gégegyógyászat
31	0511	gyermekneurológia
32	0515	csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia
33	0516	gyermekhemato-onkológia
34	0521	fejlődésneurológia
35	0600	fül-orr-gégegyógyászat
36	0700	szemészet
37	0800	bőr- és nemibeteg-ellátás
38	0900	neurológia
39	0901	stroke ellátás
40	1000	ortopédia
41	1001	gerincsebészet
42	1002	traumatológia
43	1003	kézsebészet
44	1005	gyermektraumatológia
45	1100	urológia
46	1101	andrológia
47	1200	klinikai onkológia
48	1201	sugárterápia
49	1301	dento-alveoláris sebészet
50	1309	általános anesztéziában végzett fogászati ellátás
51	1400	reumatológia
52	1502	intenzív ellátás
53	1600	infektológia
54	1601	AIDS beteg ellátás
55	1603	trópusi betegségek ellátása
56	1700	arc-, állcsont-szájsebészet
57	1800	pszichiátria
58	1801	addiktológia
59	1900	tüdőgyógyászat
60	2000	plasztikai helyreállító és esztétikai sebészet
61	2001	égéssebészet (felnőtt)
62	2002	gyermek helyreállító plasztikai és égéssebészet
63	2300	gyermek- és ifjúságpszichiátria
64	2302	gyermek- és ifjúsági addiktológia
65	2501	foglalkozás-egészségügy
66	4000	kardiológia

67	4602	sürgősségi betegellátó egységben szervezett szakellátás
68	4603	klinikai toxikológia
69	4605	sürgősségi betegellátó egységben szervezett gyermek szakellátás

B) Krónikus fekvőbeteg-szakellátás, rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátás, ápolás és hospice ellátás

	A	B
1	Szakma kód	Szakma megnevezése
2	1804	pszichiátriai rehabilitáció
3	1806	addiktológiai rehabilitáció
4	1903	tüdőgyógyászati és légzésrehabilitáció
5	2200	rehabilitációs medicina alaptevékenységek
6	2205	gyermek rehabilitáció
7	2206	súlyos agykárosodottak rehabilitációja
8	2207	gerincvelő károsodottak rehabilitációja
9	2208	politraumatizáltak, égésbetegek és szeptikus sebészeti betegek rehabilitációja
10	2209	súlyos központi idegrendszeri károsodottak, polytraumatizáltak és égésbetegek rehabilitációja gyermekkorban
11	2301	gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció
12	2303	gyermek- és ifjúsági addiktológiai rehabilitáció
13	4003	kardiológiai rehabilitáció
14	7305	szakápolás
15	7306	felnőtt hospice-palliatív ellátás
16	7310	gyermek palliatív ellátás

9. melléklet a 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelethez

„3. számú melléklet a 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelethez

Járóbeteg-szakellátásban finanszírozható szakmák köre

Az egészségbiztosító az alábbi szakmákra/szaktevékenységekre köthet finanszírozási szerződést:

	A	B
1	Szakma kód	Szakma megnevezése
2	0100	belgyógyászat
3	0101	angiológia, phlebológia, lymphológia
4	0102	haematológia
5	0103	endokrinológia, anyagcsere és diabetológia
6	0104	gasztroenterológia
7	0105	nefrologia
8	0106	geriátria

9	0109	allergológia és klinikai immunológia
10	0113	endokrinológia
11	0123	diabetológia
12	0200	sebészet
13	0202	tüdő- és mellkassebészet
14	0203	érsebészet
15	0204	idegsebészet
16	0205	szívsebészet
17	0215	csecsemő- és gyermekszívsebészet
18	0400	szülészet-nőgyógyászat
19	0403	asszisztált reprodukció
20	0500	csecsemő- és gyermekgyógyászat
21	0503	csecsemő- és gyermekkardiológia
22	0504	gyermek-tüdőgyógyászat
23	0505	gyermek-gasztroenterológia
24	0506	gyermeksebészet
25	0507	gyermeknőgyógyászat
26	0508	gyermekszemészet
27	0509	csecsemő és gyermek fül-, orr-, gégegyógyászat
28	0510	gyermekradiológia
29	0511	gyermekneuroológia
30	0516	gyermekhemato-onkológia
31	0521	fejlődésneuroológia
32	0600	fül-orr-gégegyógyászat
33	0601	audiológia
34	0602	foniátria
35	0603	otoneuroológia
36	0700	szemészet
37	0800	bőr- és nemibeteg-ellátás
38	0900	neuroológia
39	0904	klinikai neurofiziológia
40	0905	alvásmedicina
41	1000	ortopédia
42	1001	gerincsebészet
43	1002	traumatológia
44	1003	kézsebészet
45	1005	gyermektraumatológia
46	1100	urológia
47	1101	andrológia
48	1102	urodinamia
49	1200	klinikai onkológia
50	1201	sugárterápia
51	1300	fogászati ellátás (szakellátás)

52	1301	dento-alveoláris sebészet
53	1302	fogszabályozás
54	1303	parodontológia
55	1304	gyermekfogászat
56	1306	fogászati röntgen
57	1308	konzerváló fogászat, fogpótlástan
58	1400	reumatológia
59	1402	fizioterápia (orvosi szakképesítéssel)
60	1404	menopauza és osteoporozis rendelés
61	1501	aneszteziológia
62	1503	fájdalomterápia
63	1600	infektológia
64	1601	AIDS beteg ellátás
65	1602	HIV/AIDS szűrés
66	1603	trópusi betegségek ellátása
67	1700	arc-állcsont-szájsebészet
68	1800	pszichiátria
69	1801	addiktológia
70	1804	pszichiátriai rehabilitáció
71	1806	addiktológiai rehabilitáció
72	1900	tüdőgyógyászat
73	1903	tüdőgyógyászati és légzésrehabilitáció
74	1904	tüdőszűrés
75	2000	plasztikai helyreállító és esztétikai sebészet
76	2001	égéssebészet
77	2002	gyermek plasztikai és égéssebészet
78	2200	rehabilitációs medicina alaptevékenység
79	2205	gyermek rehabilitáció
80	2300	gyermek- és ifjúságpszichiátria
81	2301	gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció
82	2302	gyermek- és ifjúságaddiktológia
83	2303	gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitáció
84	2501	foglalkozás-egészségügyi szakellátás
85	4000	kardiológia
86	4003	kardiológiai rehabilitáció
87	5000	orvosi laboratóriumi diagnosztika
88	5003	mikrobiológiai laboratóriumi diagnosztika
89	5006	molekuláris genetikai laboratóriumi diagnosztika
90	5100	röntgendiagnosztika
91	5102	mammográfia
92	5103	angiográfiás diagnosztika
93	5108	CT diagnosztika
94	5109	MRI diagnosztika

95	5203	vaszkuláris intervenció radiológia
96	5204	intervenció onkoradiológia
97	5205	intervenció neuroradiológia
98	5206	egyéb intervenció radiológia
99	5301	teljeskörű ultrahang-diagnosztika
100	5303	echokardiográfia
101	5304	szülészeti és nőgyógyászati ultrahang-diagnosztika
102	5305	gasztroenterológiai ultrahang diagnosztika
103	5306	szemészeti ultrahang diagnosztika
104	5307	neurológiai ultrahang diagnosztika
105	5308	urológiai ultrahang diagnosztika
106	5400	kórbonctan és kórszövettan
107	5401	szövettan, kórszövettan
108	5402	cytológia, cytopatológia
109	5403	aspirációs cytológia
110	5404	immunhisztológia
111	5405	neuropatológia
112	5413	tüdő és/vagy pajzsmirigy aspirációs cytológia, cytopatológia
113	5603	szén-dioxid gázzal végzett terápia
114	5604	hiperbárikus oxigén terápia
115	5700	fizioterápia-gyógytorna
116	5703	hydroterápia
117	5704	elektroterápia
118	5706	balneoterápia
119	5707	thermotherápia
120	5708	magneto-, fototerápia
121	5710	víz alatti gyógytorna
122	5711	gyógytorna
123	5712	gyógymassázs
124	5722	fizioterápia/fizioterápia (asszisztensi tevékenységként)
125	6101	transzfúziológia
126	6500	izotópdiaagnosztika
127	6501	radioizotópos terápia
128	6503	PET-CT
129	6700	klinikai genetika
130	6701	genetikai tanácsadás
131	7101	klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia
132	7104	pszichoterápia
133	7106	neuropszichológia
134	7107	klinikai addiktológiai szakpszichológia
135	7201	logopédia
136	7202	gyógypedagógia
137	7203	konduktori tevékenység

137	7308	szülésznői ellátás (intézeti)
139	7311	klinikai fogászati higiénia
140	7600	dietetika
141	8101	hippoterápia
142	8102	gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna
142	8103	pszichológiai lovasterápia
143	9504	egészségbiztosítási orvostan

10. melléklet a 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelethez

1. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 2. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
2.	Ormánság Egészségügyi Központ	Sellye

2. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 3. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
3.	Hajdúböszörményi Járóbeteg Rendelőintézet	Hajdúböszörmény

3. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 12. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
12.	Balatonalmádi Rendelőintézet	Balatonalmádi

4. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 24. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
24.	Dr. Ablonczy Pál Egészségügyi Központ	Cigánd

5. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 44. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
44.	Csurgói Járóbeteg-Szakellátó Központ	Csurgó

6. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 48. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)

48.	Dél-budai Egészségügyi Szolgálat	Budapest
-----	----------------------------------	----------

7. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 62. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)

62.	Dunakeszi Város Önkormányzatának Szakorvosi Rendelőintézete	Dunakeszi
-----	---	-----------

8. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 69. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)

69.	Fonyódi Gyógyintézet	Fonyód
-----	----------------------	--------

9. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 72. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)

72.	Ercsi Egészségügyi Központ	Ercsi
-----	----------------------------	-------

10. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 73. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)

73.	Közép-Nyírségi Járóbeteg Szakellátó Központ	Baktalórántháza
-----	---	-----------------

11. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 76. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)

76.	Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálat	Budapest
-----	-------------------------------------	----------

12. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 83. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)

83.	Szent Kristóf Szakrendelő	Budapest
-----	---------------------------	----------

13. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 92. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
92.	Jánoshalmi Egészségközpont	Jánoshalma

14. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 108. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
108.	Kiskunmajsai Szakorvosi Rendelőintézet	Kiskunmajsa

15. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 109. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
109.	Kisteleki Térségi Járóbeteg Szakellátó Egészségügyi Központ	Kistelek

16. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 113. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
113.	Tabi Egészségfejlesztési Központ	Tab

17. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 119. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
119.	LÉT.A.MED Járóbeteg Szakellátó Központ	Létavértes

18. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 120. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
120.	Eszterházy Egészségközpont	Szentlőrinc

19. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 133. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
133.	Dr. Béres József Egészségügyi Központ	Ibrány

20. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 134. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
134.	Mezőcsáti Egészségügyi Központ	Mezőcsát

21. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 140. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
140.	Móra-Vitál Járóbeteg-szakellátó és Fürdő-gyógyászati Központ	Mórahalom

22. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 160. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
160.	Szent Márton Járóbeteg Központ	Pannonhalma

23. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 167. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
167.	PÉTEGISZ Járóbeteg Szakellátó Központ	Polgár

24. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 175. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
175.	Rétsági Egészségügyi Centrum	Rétság

25. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 177. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
177.	Sarkadi Kistérségi Járóbeteg Szakellátó Központ	Sarkad

26. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 186. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
186.	Sümei Járóbeteg-Szakellátó Gyógyintézet	Sümege

27. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 193. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
193.	Szécsény és Térsége Egészségügyi Centrum	Szécsény

28. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 204. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
204.	Szent Margit Rendelőintézet	Budapest

29. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 217. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
217.	Tokaj Egészségfejlesztési Központ	Tokaj

30. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 223. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
223.	Újpesti Egészségközpont	Budapest

31. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 234. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
234.	Velencei Szakorvosi Rendelőintézet	Velence

32. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 236. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
236.	XIII. Kerületi Egészségügyi Szolgálat	Budapest

33. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 251. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
251.	Püspökladányi Egészségügyi Szolgáltató Intézmény	Püspökladány

34. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 254. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
254.	Bácsalmási Egészségközpont	Bácsalmás

35. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 254. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
254.	Vámospércsi Rendelőintézet	Vámospércs

36. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 268. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
268.	Abai Járóbeteg Szakellátó Intézet	Sárvíz

37. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 273. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
273.	Balmazújvárosi Városi Egészségügyi Intézmény	Balmazújváros

38. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 274. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
274.	Téti Gyógyítóház Járóbeteg Szakellátó Központ	Tét

39. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat 278. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
278.	Biatorbágy Egészségház	Biatorbágy

40. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat a következő 289. sorral egészül ki:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
289.	Katolikus Szeretetszolgálat Börzsei Barbara Komplex Korai Intervenciós és Gyermekek Mozdulásfejlesztő Központ	Veszprém

41. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat a következő 290. sorral egészül ki:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
290.	Kisújszállás Város Önkormányzata	Kisújszállás

42. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat a következő 291. sorral egészül ki:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
291.	Váci Humán Szolgáltató Központ	Vác

43. A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 2. mellékletében foglalt táblázat a következő 292. sorral egészül ki:

	(A)	B
1.	Egészségügyi szolgáltató neve	Település)
292.	Városi Egészségügyi Központ	Gyál

11. melléklet a 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelethez

1. Az 5/2023. (I. 12.) Korm. rendelet 2. melléklet B) rész 2.3.2. pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

„2.3.2. Az alumínium, az arzén, a benzol, a benz(a)pirén, a bór, a cianid, a cisz–1,2-diklór-etilén, az 1,2-diklór-etán, a fluorid, a peszticidek, a tetraklór-etilén, a triklór-etilén, a policiklusos aromás szénhidrogének, a higany, a szelén, kadmium, klorid, szulfát, nátrium, urán, THM, PFA, trícium, radon, indikatív dózis továbbá a 4. § (5) bekezdése szerinti paraméterekre a vizsgálati szám ivóvízellátó rendszerenként az országos tisztifőorvos engedélyével, illetve – az élelmiszerüzemi célú víz megfelelőségi ponttól, ahol az élelmiszerüzemi célú vizet az élelmiszer-előállításához, illetve kezeléshez az élelmiszer-higiénia biztosítása érdekében felhasználják – az országos tisztifőorvos bevonásával a NÉBIH által kiadott engedély alapján háromévente egy vizsgálatra csökkenthető az ivóvízellátó rendszerbe betáplálási ponton.

Az első engedély kiadásának együttes feltételei: a komponensek nem voltak kimutathatók az alsó méréshatárt vagy a határérték 30%-át meghaladó koncentrációban legalább a kérelem beadását megelőző hároméves időszak alatt a rendszeres időközönként a teljes ivóvízellátási körzetre reprezentatív mintavételi helyen vett mintából, és az ivóvízbiztonsági tervben elvégzett, a vízbázis ellenőrzésére is kiterjedő veszélyelemzés és a 6. § (1) bekezdése szerinti kockázatértékelés, valamint a rendelkezésre álló, közegészségügyi szempontból releváns összes információ megerősíti, hogy nincs olyan észszerűen várható tényező, amely az ivóvíz minőségének romlását okozná vagy az emberi egészséget veszélyeztetné. Az indikatív dózis paraméterre vonatkozó vizsgálati szám csökkentés nem érvényesíthető, ha az összesalfa- vagy az összesbéta-aktivitáskoncentráció eléri vagy meghaladja a 3. melléklet 3. táblázata szerinti kimutatási határt.

Az engedélyezési eljárásban a hatályos ivóvízbiztonsági tervet, 2027. január 12. után a 6. § (1) bekezdése szerinti kockázatértékelés adatait, a vízbázis védettségét vagy a mesterségesen védelemben tartást igazoló dokumentumokat, azaz a vízbázis diagnosztikai vizsgálat eredményét, vagy a vízbázis védőterületi határozatot, ennek hiányában a védelemben helyezési tervet, vagy mindezek hiányában védett felszín alatti vízbázis esetében az utolsó kútvízvizsgálati tríciummérési eredményt az üzemelő és tartalék kutakra, nyilatkozatot az üzemelő és tartalék kutakról, valamint az utolsó három évre az összes rendelkezésre álló hálózati és ivóvízellátó rendszerbe betáplálási pontra vonatkozó, valamint kútvíz vizsgálati eredményt kell benyújtani. Az engedély határozatlan időre szól, de 6 évente felülvizsgálat-köteles.”

12. melléklet a 463/2024. (XII. 30.) Korm. rendelethez

1. Az 5/2023. (I. 12.) Korm. rendelet 5. melléklet 3. pont 1.1. alpontja helyébe a következő rendelkezés lép:

„1.1. A termék, termékcsalád forgalmazási neve, termék, termékcsalád típusainak listája”

2. Az 5/2023. (I. 12.) Korm. rendelet 5. melléklet 4. pont 1.1. alpontja helyébe a következő rendelkezés lép:

„1.1. A termék, termékcsalád forgalmazási neve, termék, termékcsalád típusainak listája”

**A Kormány 1424/2024. (XII. 23.) Korm. határozata
egyházi fenntartású egészségügyi intézmény fejlesztésének befejezéséhez szükséges intézkedésekről**

A Kormány

1. egyetért a Betegápoló Irgalmasrend egyes projektjeinek finanszírozásához szükséges intézkedésekről szóló 1231/2016. (V. 12.) Korm. határozat 1. pont a) alpontjában meghatározott beruházás (a továbbiakban: Beruházás) megvalósításának további támogatásával, az egyes egyházi fenntartású egészségügyi intézmények fejlesztéseinek támogatásáról szóló 1074/2022 (II. 16.) Korm. határozatra tekintettel;
2. felhívja a pénzügyminisztert, hogy – a belügyminiszter bevonásával – gondoskodjon az 1. pontban foglalt cél megvalósítása érdekében
 - a) 1 024 934 528 forint többletforrás rendelkezésre állásáról a 2025. évi központi költségvetésről szóló törvény 1. melléklet XIV. Belügyminisztérium fejezet, 20. Fejezeti kezelésű előirányzatok cím, 33. Egészségügyi ágazati előirányzatok alcím, 1. Egészségügyi ellátási és fejlesztési feladatok jogcímcsoporton,
 - b) 1 323 701 390 forint többletforrás rendelkezésre állásáról a 2026. évi központi költségvetésről szóló törvény 1. melléklet a XIV. Belügyminisztérium fejezet, 20. Fejezeti kezelésű előirányzatok cím, 33. Egészségügyi ágazati előirányzatok alcím, 1. Egészségügyi ellátási és fejlesztési feladatok jogcímcsoporton;

Felelős: pénzügyminiszter
belügyminiszter

Határidő: a 2. pont a)–b) alpontja tekintetében az adott évi központi költségvetés tervezése során
3. az államháztartásról szóló törvény végrehajtásáról szóló 368/2011. (XII. 31.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Ávr.) 95. § (5) bekezdése szerinti jogkörében eljárva úgy dönt, hogy a Magyarország 2024. évi központi költségvetéséről szóló 2023. évi LV. törvény 1. melléklet XIV. Belügyminisztérium fejezet, 20. Fejezeti kezelésű előirányzatok cím, 33. Egészségügyi ágazati előirányzatok alcím, 1. Egészségügyi ellátási és fejlesztési feladatok jogcímcsoporton a Beruházás megvalósítására a 2024. évben rendelkezésre álló 1 592 922 727 forint, valamint a 2. pontban meghatározott 2 348 635 918 forint többlettámogatás kapcsán a korábban a Belügyminisztérium részéről kibocsátott támogatói okirat módosítása során az Ávr. 95. § (2)–(4) bekezdésében foglalt eljárási szabályokat nem kell alkalmazni.

Orbán Viktor s. k.,
miniszterelnök

III. RÉSZ

Miniszterelnöki, egészségügyért felelős miniszteri és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások

A belügyminiszter 58/2024. (XII. 23.) BM rendelete a taktikai medicina alkalmazásáról és minimumfeltételeiről

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (5) bekezdés e) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § 16. és 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva a következőket rendelem el:

1. Általános rendelkezések

- 1. §** (1) E rendelet hatálya a Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény 7/E. § (1) bekezdés b)–d) pontjában meghatározott feladatok végrehajtása során végzett, a műveleti helyszínen vagy a műveleti területen talált sérült vagy beteg személyek helyszíni akut, sürgősségi egészségügyi ellátására és menekítésére irányuló tevékenységre (a továbbiakban: taktikai medicina) és a taktikai medicina ellátás során – a mentésről szóló 5/2006. (II. 7.) EüM rendelet 2. § b) pontja szerinti – mentési tevékenységet végző szervezettel való együttműködésre terjed ki.
- (2) Taktikai medicina tevékenységet a Terrorelhárítási Központ (a továbbiakban: TEK) állományába tartozó személyek végeznek.

2. § E rendelet alkalmazásában

- belső zárás*: az a rendőri tevékenység, amelyet a rendőr a műveleti terület körbezárására foganatosít;
- BLS*: eszköz nélküli alapszintű újraélesztés bármilyen eredetű keringés-, illetve légzésleállás esetén, az életfontosságú szervek oxigénellátásának pótlása befújásos lélegeztetéssel és a mellkas külső összenyomásával fenntartott mesterséges keringéssel;
- CABC szerinti vizsgálat*: a sürgősségi ellátás során az emberi szervezet, az életben maradás szempontjából kiemelt élettani és kórélettani jelentőséggel bíró szervrendszerek működésének, aktuális állapotának értékelésére irányuló diagnosztikus tevékenység, amely a vizsgálatok és a működés helyreállításának alábbi sorrendjét foglalja magában:
 - a kritikus vérzések felismerése és ellátása,
 - a légutak átjárhatóságának felmérése és a légutak átjárhatóságának biztosítása,
 - a légzés felmérése és pótlása, támogatása,
 - a keringési rendszer felmérése és támogatása;
- CABCDE szerinti vizsgálat*: a CABC szerinti vizsgálat kiterjesztése a központi idegrendszer felmérésére és egészségügyi ellátására, valamint az eltérések, kórállapotok felmérésére és ellátására;
- együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet*: az Országos Mentőszolgálat és egyéb, mentési tevékenységre érvényes engedéllyel rendelkező szervezet;
- közvetett fenyegetettség*: az a helyzet, amikor fegyveres, felfegyverkezett támadás, illetve robbanás bekövetkezésének veszélye áll fenn, de közvetlen fenyegetettség nem állapítható meg;
- közvetlen fenyegetettség*: az a helyzet, amikor fegyveres, felfegyverkezett támadás, illetve robbanás bekövetkezésének a közvetlen és valós veszélye áll fenn, vagy a fegyveres, felfegyverkezett támadás, illetve robbanás elhárítása folyamatban van;
- külső sérültgyűjtő pont*: a külső zárashoz lehető legközelebb eső olyan biztonságos helyszín, ahova az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet telepíthető, és a kimenekített, sérült vagy beteg személy átadása, átvétele, ellátása és elszállítása végrehajtható;
- külső zárás*: az a rendőri tevékenység, amelyet a rendőr a műveleti helyszín körbezárására foganatosít;
- menekítés*: az egészségügyi ellátásra szoruló személynek a műveleti területről a külső sérültgyűjtő pontra történő, fegyveres biztosítás mellett végrehajtott, a taktikai medicina segélynyújtó vagy a taktikai medicina ellátó által felügyelt és irányított szállítása;
- műveleti egészségügyi biztosítás*: a műveleti feladathoz kapcsolt, helyhez kötött egészségügyi készültség, felügyelet, ellenőrzés, helyszíni egészségügyi ellátás és menekítés;

12. *műveleti feladat*: a TEK által egységes elgondolás és terv alapján megvalósított, cél, feladat, hely és idő szerint összehangolt tevékenységek összessége, amely a bűnmegelőzési, bűnüldözési, személyvédelmi, létesítménybiztosítási és felszámolási feladatkörökhöz tartozó összetett rendőri feladatok végrehajtására irányul;
13. *műveleti helyszín*: a külső zárás és belső zárás közötti terület;
14. *műveletirányító parancsnok*: a műveleti feladat végrehajtását a műveleti helyszínen és a műveleti területen irányító, koordináló, annak végrehajtásáért felelős rendőri vezető;
15. *műveleti terület*: a műveleti feladat belső záráson belüli végrehajtásának a TEK által meghatározott területe, illetve a repatriáció során a megsérült vagy megbetegedett személy ellátásának a TEK által meghatározott helyszíne;
16. *rangidős szakképzett egészségügyi dolgozó*: azonos egészségügyi kompetenciájú és egészségügyi képesítésű szakképzett egészségügyi dolgozók közül az egészségügyi kompetenciát és egészségügyi képzettséget régebben megszerzett egészségügyi dolgozó;
17. *repatriáció*: a külföldön végrehajtandó műveleti feladat során megsérült vagy megbetegedett személy – taktikai medicina ellátó által ellenőrzött és felügyelt – Magyarországra történő hazaszállítása;
18. *taktikai medicina ellátás*: a műveleti egészségügyi biztosítás 3. § (3) és (4) bekezdése szerinti szintjéhez igazodó akut, sürgősségi egészségügyi ellátás;
19. *taktikai medicina ellátó*: a 4. § (1) bekezdés c) és d) pontja szerinti személy;
20. *taktikai medicina ellátórendszer*: a műveleti feladatban az egészségügyi tevékenységek, eszköz- és módszertani egységét összefogó hálózat;
21. *taktikai medicina segélynyújtás*: a műveleti egészségügyi biztosítás 3. § (1) és (2) bekezdése szerinti szintjéhez igazodó akut, sürgősségi egészségügyi elsősegélynyújtás;
22. *taktikai medicina segélynyújtó*: a 4. § (1) bekezdés a) és b) pontja szerinti személy;
23. *vezető taktikai medicina ellátó*: a műveleti feladat helyszínén az egészségügyi ellátás koordinálását, felügyeletét, ellenőrzését, irányítását végző taktikai medicina ellátó.

2. A műveleti egészségügyi biztosítás szintjei

- 3. §**
- (1) Alapszintű taktikai medicina biztosítást kell elrendelni legalább alapszintű taktikai medicina segélynyújtó jelenlétével közvetett fenyegetettség esetén.
 - (2) Középszintű taktikai medicina biztosítást kell elrendelni legalább középszintű taktikai medicina segélynyújtó jelenlétével – e rendelet eltérő rendelkezése hiányában – közvetlen fenyegetettség esetén, ha emelt szintű taktikai medicina ellátóval vagy kiemelt szintű taktikai medicina ellátóval történő biztosításra nem kerül sor.
 - (3) Emelt szintű taktikai medicina biztosítást kell elrendelni legalább emelt szintű taktikai medicina ellátó jelenlétével e rendelet eltérő rendelkezése hiányában,
 - a) ha a 7. § (2) bekezdésében meghatározott kockázatértékelés alapján az élet és testi épség súlyos sérülésével járó közvetlen fenyegetettség áll fenn, vagy
 - b) ha kettőnél több személy sérülésével járó esemény történt, vagy ilyen esemény kialakulásának a közvetlen veszélye áll fenn.
 - (4) Kiemelt szintű taktikai medicina biztosítást kell elrendelni kiemelt szintű taktikai medicina ellátó jelenlétével e rendelet eltérő rendelkezése hiányában,
 - a) ha a műveletirányító parancsok megítélése szerint a műveleti feladat jelentősége azt indokolja, valamint
 - b) magas kockázattal járó repatriáció végrehajtásakor.

3. A taktikai medicina ellátásban részt vevő személyek kompetenciái és a taktikai medicina ellátórendszer alkalmazásának feltételei

- 4. §**
- (1) A taktikai medicina ellátórendszerben egészségügyi ellátást egészségügyi kompetenciájuknak megfelelően az alábbi személyek végezhetnek:
 - a) alapszintű taktikai medicina segélynyújtó: egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező, a (2) bekezdésben meghatározott kompetenciákkal bíró egészségügyi szakkiképzésben részesített speciális elsősegélynyújtó,
 - b) középszintű taktikai medicina segélynyújtó: egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező, a (3) bekezdésben meghatározott kompetenciákkal bíró egészségügyi szakkiképzésben részesített speciális elsősegélynyújtó,

- c) emelt szintű taktikai medicina ellátó: mentőtiszti vagy orvosi végzettséggel rendelkező egészségügyi dolgozó vagy
 - d) kiemelt szintű taktikai medicina ellátó: orvosi végzettséggel és a (4) bekezdésben meghatározott szakvizsgák valamelyikével rendelkező egészségügyi dolgozó.
- (2) Az alapszintű taktikai medicina segélynyújtó szakmai kompetenciáit az 1. melléklet tartalmazza.
- (3) A középszintű taktikai medicina segélynyújtó szakmai kompetenciáit a 2. melléklet tartalmazza.
- (4) Az (1) bekezdés d) pontja szerinti kiemelt szintű taktikai medicina ellátóként történő besoroláshoz
- a) aneszteziológia és intenzív terápia,
 - b) oxiológia-, sürgősségi orvostan,
 - c) honvéd-, katasztrófa- és rendvédelem orvostan vagy
 - d) orthopédia és traumatológia
- szakvizsga megléte szükséges.
- (5) A taktikai medicina szakmai vezetéséért felelős személy (a továbbiakban: taktikai medicina szakmai vezetője) a TEK vezető beosztású, a (4) bekezdésben meghatározott valamelyik szakképzettséggel rendelkező szakorvosa, aki legalább 3 éves taktikai medicina ellátásban szerzett gyakorlattal rendelkezik.
- (6) A taktikai medicina segélynyújtó és a taktikai medicina ellátó felszerelésének meg kell felelnie a 3–6. mellékletben meghatározottnak, valamint folyamatosan és hiánytalanul rendelkezésre kell állnia. A taktikai medicina segélynyújtó és a taktikai medicina ellátó felszerelésének meglétéért a feladatot végrehajtó taktikai medicina segélynyújtó, taktikai medicina ellátó felel.
- (7) A taktikai medicina tevékenységet ellátó TEK rendelkezik legalább egy rohamkocsival és egy mentőorvosi gépkocsival. A (6) bekezdésben megállapított felszerelésen túl a mentőjárművek alkalmazásáról a taktikai medicina szakmai vezetője vagy az általa kijelölt taktikai medicina ellátó dönt.
- (8) A taktikai medicina ellátórendszerben folyamatos munkarendben, műszakonként legalább két taktikai medicina ellátóval kell készülségi vagy készenléti szolgálatot ellátni.
- (9) A taktikai medicina segélynyújtó és a taktikai medicina ellátó a műveleti feladat végrehajtása közben fellelt sérült vagy beteg személyt az egészségügyi szakkiképzésének vagy e rendeletben meghatározott kompetencia keretein belül látja el.

4. A taktikai medicinával kapcsolatos szakkiképzés

- 5. §**
- (1) Az alapszintű taktikai medicina segélynyújtó egészségügyi szakkiképzés (a továbbiakban: BTMP tanfolyam) a TEK 24 tanórás tanfolyamának keretében folytatható. A BTMP tanfolyam ideje magában foglalja az elméleti és gyakorlati foglalkozásokat, valamint a záróvizsgát.
- (2) A BTMP tanfolyam kimeneti egészségügyi kompetenciákra vonatkozó követelményeit az 1. melléklet tartalmazza.
- (3) A BTMP tanfolyam akkor tekinthető teljesítettnek, ha a résztvevő eredményes záróvizsgát tett.
- (4) A BTMP tanfolyam elvégzéséről az eredményes záróvizsgát követően papír alapú igazolást kell kiadni.
- (5) A (4) bekezdés szerinti igazolás (e § alkalmazásában a továbbiakban: igazolás) tartalmazza:
- a) a jogosult nevét és személyazonosító adatait,
 - b) az elvégzett BTMP tanfolyam megjelölését,
 - c) a BTMP tanfolyamot lezáró sikeres záróvizsga eredményes teljesítésének tényét és dátumát,
 - d) annak tanúsítását, hogy az igazolás jogosultja megfelelő kompetenciával rendelkezik alapszintű újraélesztés és alapszintű taktikai medicina segélynyújtás végrehajtására,
 - e) a BTMP tanfolyam és záróvizsga lebonyolításában részt vevő TEK képviselőjének a nevét, a BTMP tanfolyam lefolytatásáért és a záróvizsga lebonyolításáért felelős személy nevét.
- (6) Az alapszintű taktikai medicina segélynyújtó tevékenység az igazolás kiállításától számított öt évig végezhető. Az igazolás érvényessége az 1. mellékletben meghatározott egészségügyi kompetenciák alapján összeállított, a TEK által szervezett legalább 8 tanórás engedélymegújító BTMP tanfolyam teljesítése esetén újabb öt évre meghosszabbítható. Az engedélymegújító BTMP tanfolyamra a (2)–(5) bekezdésben foglaltakat kell alkalmazni.
- 6. §**
- (1) A középszintű taktikai medicina segélynyújtó egészségügyi szakkiképzés (a továbbiakban: ITMP tanfolyam) a TEK 48 tanórás, tanfolyamrendszerű szakkiképzése keretében folytatható. A szakkiképzési idő magában foglalja az elméleti és gyakorlati foglalkozásokat, valamint a záróvizsgát.
- (2) Az ITMP tanfolyam kimeneti egészségügyi kompetenciákra vonatkozó követelményeit a 2. melléklet tartalmazza.
- (3) Az ITMP tanfolyam akkor tekinthető teljesítettnek, ha a résztvevő eredményes záróvizsgát tett.

- (4) Az ITMP tanfolyam elvégzéséről az eredményes záróvizsgát követően papír alapú igazolást kell kiadni.
- (5) A (4) bekezdés szerinti igazolás (e § alkalmazásában a továbbiakban: igazolás) tartalmazza:
 - a) a jogosult nevét és személyazonosító adatait,
 - b) az elvégzett ITMP tanfolyam megjelölését,
 - c) az ITMP tanfolyamot lezáró sikeres záróvizsga eredményes teljesítésének tényét és dátumát,
 - d) annak tanúsítását, hogy az igazolás jogosultja megfelelő kompetenciával rendelkezik alapszintű újraélesztés és középszintű taktikai medicina segélynyújtás végrehajtására,
 - e) az ITMP tanfolyam és záróvizsga lebonyolításában részt vevő felsőoktatási intézmény képviselőjének a nevét, a TEK képviselőjének a nevét, az ITMP tanfolyam lefolytatásáért és a záróvizsga lebonyolításáért felelős személy nevét.
- (6) A középszintű taktikai medicina segélynyújtó tevékenység az igazolás kiállításától számított öt évig végezhető. Az igazolás érvényessége a 2. mellékletben meghatározott egészségügyi kompetenciák alapján összeállított, a TEK által szervezett legalább 24 tanórás engedélymegújító ITMP tanfolyam teljesítése esetén újabb öt évre meghosszabbítható. Az engedélymegújító ITMP tanfolyamra a (2)–(5) bekezdésben foglaltakat kell alkalmazni.
- (7) Az ITMP tanfolyamot a TEK – felsőoktatási intézménnyel kötött együttműködési megállapodás alapján – felsőoktatási intézmény orvostudományi képzést folytató karával együttműködésben bonyolítja le.

5. A taktikai medicina elrendelése és alkalmazása

- 7. §**
- (1) A taktikai medicina ellátórendszer igénybevételét a TEK főigazgatója rendeli el.
 - (2) A műveletirányító parancsnok a vezető taktikai medicina ellátó kockázatértékelése és javaslata alapján rendeli el a műveleti feladat során alkalmazandó, a 3. §-ban meghatározott műveleti egészségügyi biztosítás szintjét.
 - (3) A műveleti feladat során a taktikai medicina ellátás megszervezéséért és az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet értesítéséért a műveletirányító parancsnok a felelős.
 - (4) A taktikai medicina ellátórendszerben az egészségügyi ellátás szakmai koordinálását, szakmai felügyeletét, szakmai ellenőrzését és szakmai irányítását a vezető taktikai medicina ellátó végzi.
- 8. §**
- (1) A taktikai medicina ellátórendszerben a műveleti feladat végrehajtási szempontjai szerint, lehetőség szerint előre tervezetten, a konkrét műveleti feladatra vonatkozóan szükséges megszervezni a helyszíni egészségügyi ellátást.
 - (2) Taktikai medicina ellátás esetén a műveleti feladat végrehajtása során – a 10. § (2) és (3) bekezdésében foglalt kivétellel – a műveleti területen kizárólag a taktikai medicina segélynyújtó és a taktikai medicina ellátó végezhet taktikai medicina segélynyújtást vagy egészségügyi ellátást.
 - (3) A műveleti területen az egészségügyi ellátás koordinálásáért, felügyeletéért, ellenőrzéséért, irányításáért – a 3. § (1) és (2) bekezdésében foglalt kivétellel – a vezető taktikai medicina ellátó a felelős.
 - (4) A taktikai medicina segélynyújtó és a taktikai medicina ellátó a műveleti területen a műveletirányító parancsnok utasításait betartva tartózkodhat.
 - (5) Ha a 3. § (3) és (4) bekezdésében meghatározott esetben emelt szintű taktikai medicina ellátó vagy kiemelt szintű taktikai medicina ellátó a műveleti feladat helyszínén nem áll rendelkezésre, a kijelölt alapszintű taktikai medicina segélynyújtó vagy a középszintű taktikai medicina segélynyújtó kezdi meg az e rendeletben meghatározott kompetenciáján belül a sérült- vagy a betegellátást. Ebben az esetben haladéktalanul intézkedni kell emelt szintű taktikai medicina ellátó vagy kiemelt szintű taktikai medicina ellátó bevonására.
 - (6) A 3. § (1) és (2) bekezdésében, illetve az (5) bekezdésben meghatározott esetben – ha a függelmi viszonyból más nem következik – az egészségügyi ellátás szakmai koordinálásáért, szakmai felügyeletéért, szakmai ellenőrzéséért, szakmai irányításáért a legmagasabb e rendeletben meghatározott egészségügyi kompetenciával és egészségügyi képesítéssel rendelkező szakképzett egészségügyi dolgozó, azonos e rendeletben meghatározott egészségügyi kompetenciával és egészségügyi képesítéssel rendelkező szakképzett egészségügyi dolgozók közül a magasabb beosztásban lévő, azonos beosztás esetén a rangidős szakképzett egészségügyi dolgozó a felelős.
 - (7) A műveleti feladatban részt vevő több, azonos, e rendeletben meghatározott egészségügyi kompetenciával rendelkező taktikai medicina ellátó alkalmazása esetén a magasabb beosztásban lévő, azonos beosztás esetén a rangidős taktikai medicina ellátó a vezető taktikai medicina ellátó. Azonos beosztás és azonos rangidő esetén a műveletirányító parancsnok jelöli ki a vezető taktikai medicina ellátót.
 - (8) A taktikai medicina ellátórendszerben a sérült vagy beteg ellátásának a biztonságát biztosítani szükséges.
 - (9) Ha a 3. § (1) bekezdése szerinti alapszintű taktikai medicina biztosítás vagy a 3. § (2) bekezdése szerinti középszintű taktikai medicina biztosítás esetén közvetett fenyegetettség vagy közvetlen fenyegetettség nem áll fenn, a külső

zárás és a belső zárás feloldását követően az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet alkalmazásáról kell intézkedni.

- (10) Az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet mentőegysége a 10. §-ban meghatározottak szerint vesz részt a taktikai medicina ellátásban.

6. A taktikai medicina során történő akut, sürgősségi egészségügyi ellátás végrehajtásának sorrendje

- 9. §**
- (1) A taktikai medicina ellátásban alkalmazott CABC szerinti vizsgálatot és CABCDE szerinti vizsgálatot a taktikai medicina ellátórendszer keretében kell megszervezni és végrehajtani.
- (2) A taktikai medicina ellátórendszer keretében a műveleti területen a sérült vagy beteg egészségügyi ellátása a következő sorrendben történik:
- a műveleti egészségügyi biztosítás szintjének megfelelő egészségügyi ellátások kiválasztása,
 - a közvetlen fenyegetettségre vagy a közvetett fenyegetettségre vonatkozó információk értékelése, ennek megfelelő egészségügyi eljárás kiválasztása,
 - tömeges sérüléssel járó esemény esetén sérült vagy beteg osztályozás (a továbbiakban: triázs) és a triázs esetén nyert információk értékelése,
 - a CABC szerinti vizsgálat és az életmentő beavatkozások elvégzése,
 - a CABCDE szerinti vizsgálat elvégzése és értékelése, és az ennek alapján történő vizsgálatok újraértékelése, a szükséges beavatkozások elvégzése, stabilizáció,
 - a taktikai medicina ellátással kapcsolatos jelentés a műveletirányító parancsnok felé,
 - a menekítés szükségletének jelentése a műveletirányító parancsnok felé,
 - a menekítés végrehajtása,
 - átadás az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezetnek.
- (3) A menekítést, a repatriációt követően a sérült vagy beteg egészségügyi ellátását a vezető taktikai medicina ellátónak jelentenie kell a műveletirányító parancsnoknak.
- (4) A taktikai medicina segélynyújtónak, illetve a taktikai medicina ellátónak az (1) bekezdésben meghatározott sérült vagy beteg egészségügyi ellátását követően ismételten rendelkezésre kell állnia a taktikai medicina ellátásra a műveletirányító parancsnok által meghatározottak szerint.
- (5) Több sérült vagy beteg esetén, ha a rendelkezésre álló egészségügyi erő, eszköz nem elegendő, triázst kell végezni, és az egészségügyi ellátást a triázs szerint kell végrehajtani.

7. A taktikai medicina ellátórendszer és az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet együttműködése

- 10. §**
- (1) A taktikai medicina ellátórendszer kapacitását meghaladó műveleti feladat során az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet alkalmazásában mentési tevékenységet végző személy, a testi épségének és személyes biztonságának biztosítása mellett a taktikai medicina ellátás végrehajtásában részt vevő rendőri állománnyal, a taktikai medicina segélynyújtóval és a taktikai medicina ellátóval együttműködik.
- (2) Ha a műveletirányító parancsnok döntése alapján a műveleti területen az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet által végzett egészségügyi ellátás folytatása lehetséges, az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet döntése alapján a műveleti területen az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet egészségügyi ellátása megkezdhető.
- (3) Az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet a műveleti területen – az akut, sürgősségi egészségügyi ellátás kivételével – köteles a TEK által meghatározottak szerint eljárni. Ebben az esetben az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet kijelölt vezetője (a továbbiakban: egészségügyi kárhelyparancsnok) a műveleti területen felel az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet által végzett akut, sürgősségi egészségügyi ellátásért, együttműködik a műveletirányító parancsnokkal és a vezető taktikai medicina ellátóval.
- (4) A műveleti feladat során a TEK biztosítja a TEK és az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet közötti kapcsolatot. A műveleti területen az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet alkalmazottjának biztonságát a TEK biztosítja.
- (5) A műveleti területen az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet keretében mentési tevékenységet végző személy biztonságáért a műveletirányító parancsnok a felelős. Az együttműködő mentési tevékenységet végző személy a veszélyeztetettségére hivatkozva megtagadhatja az együttműködést, ha az együttműködő mentési

tevékenységet végző szervezet értékelése alapján a mentési tevékenységet végző személy élete vagy a testi épsége veszélyben van.

- (6) A TEK és az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet együttműködése keretében
- a TEK és az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet köteles egymást haladéktalanul tájékoztatni az egészségügyi szolgáltatást igénylő műveleti feladat, illetve esemény tényéről, valamint a műveleti feladatra okot adó eseményre vonatkozó alapvető információt megadni,
 - a kommunikációs kapcsolat során az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet kijelölt alkalmazottja a műveleti helyszínre érkezésekor köteles felvenni a kapcsolatot a TEK-vel, és a TEK által meghatározottak szerint települ a helyszínre,
 - amíg a b) pont szerinti kapcsolatfelvétel nem jön létre, addig az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet a TEK utasításáig a saját irányítása által meghatározott helyre települ,
 - a sérült vagy beteg együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet és a taktikai medicina segélynyújtó vagy a taktikai medicina ellátó közötti átvétele a TEK által meghatározott helyen történik.
- (7) A (6) bekezdésben meghatározott együttműködés végrehajtása során legalább a következő információk átadása szükséges:
- tömeges sérülés esetén a triázból nyert információk,
 - a sérülési mechanizmus,
 - a talált sérülések,
 - az észlelt tünetek, elváltozások, valamint
 - az alkalmazott kezelésre vonatkozó információk.
- (8) Az egészségügyi kárhelyparancsnok látja el a műveleti területen kívül, a TEK által kijelölt biztonsági területen az egészségügyi kárhelyparancsnoki feladatokat.

8. A taktikai medicina ellátással kapcsolatos dokumentumok

- 11. §** (1) A taktikai medicina ellátó az egészségügyi ellátási tevékenységről a (2) bekezdés szerinti tartalommal esetlapot készít.
- (2) Az esetlap tartalmazza
- a taktikai medicina ellátás közvetlen előzményeit,
 - a műveleti feladat helyszínén észlelt körülményeket,
 - a sérült vagy beteg ismert adatait,
 - a sérült vagy beteg ismert anamnéziséjét,
 - a sérült vagy beteg állapotát, sérülését, ismert betegségét és vizsgálatának eredményeit,
 - a sérült vagy beteg helyszíni és menekítés közbeni állapotát, ellátását, állapotváltozását,
 - a sérült vagy beteg egészségügyi panaszra vonatkozó nyilatkozatát, amennyiben rendelkezésre áll,
 - a sérült vagy beteg együttműködő mentési tevékenységet végző szervezetnek történő átadási állapotát,
 - a sérült vagy beteg együttműködő mentési tevékenységet végző szervezetnek történő átadás helyét és idejét, az átvevő együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet keretében mentési tevékenységet végző szervezet tagjának azonosító adatait, az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezet gépjárművének forgalmi rendszámát.
- (3) Az esetlapot legkésőbb 24 órán belül kell eljuttatni az együttműködő mentési tevékenységet végző szervezetnek, és intézkedni kell annak egy példánya sérült vagy beteg személyhez való eljuttatására, továbbá az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe történő feltöltésére.

9. Szakmai felügyelet

- 12. §** A taktikai medicina tevékenység szakmai felügyeletét a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ a rendvédelmi tisztifőorvos útján látja el.

10. Záró rendelkezések

- 13. §** Ez a rendelet 2025. január 1-jén lép hatályba.

- 14. §** Az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről szóló 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet 2. számú melléklete a 7. melléklet szerint módosul.
- 15. §** Az egészségügyi szolgáltatók szakfelügyeletéről szóló 16/2019. (VII. 30.) EMMI rendelet 4. §-a a következő (10) bekezdéssel egészül ki:
„(10) A taktikai medicina engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletét az országos tisztifőorvos a rendvédelmi tisztifőorvos útján látja el.”

Dr. Pintér Sándor s. k.,
belügyminiszter

1. melléklet az 58/2024. (XII. 23.) BM rendelethez

Az alapszintű taktikai medicina segélynyújtó egészségügyi kompetenciái

1. A BLS, valamint a félautomata külső defibrillátor (AED) használatának ismerete, a biológiai halál felismerése.
2. A vérzéstípusok elkülönítése, a masszív vérzés felismerése.
 - 2.1. Az elsősegély szintű vérzéscsillapítási folyamatok ismerete és alkalmazása.
 - 2.2. A tourniquet, a nyomó-, a szorítókötés alkalmazása.
 - 2.3. A különböző sebellátások elsősegélynyújtás szintjén történő ismerete és alkalmazása.
3. A légutak anatómiájának alapszinten való ismerete.
 - 3.1. A veszélyben lévő, elzáródott légút felismerése.
 - 3.2. A manuális légútbiztosító fogások alkalmazásának ismerete.
 - 3.3. Az egyszerű légútbiztosító eszközök alkalmazása (nasopharyngeális, oropharyngeális tubus).
4. A légzés élettanának alapszinten történő ismerete.
 - 4.1. A légzési elégtelenség jeleinek elsősegély szinten történő felismerése.
 - 4.2. A légmell tüneteinek elsősegély szinten történő felismerése.
 - 4.3. A nyílt légmell semi-occlúzív kötéssel történő ellátása.
5. A keringési élettan elsősegély szinten történő ismerete.
 - 5.1. A keringési elégtelenség (shock) jeleinek elsősegély szinten történő felismerése.
6. A tudatnak az első sürgősségi értékelés (AVPU) szerinti vizsgálata és értékelése.
 - 6.1. Az eszméletlenség felismerése.
 - 6.2. A stabil oldalfekvő helyzet kialakítása.
7. A sérült vagy beteg kihűlés elleni védelme.
8. A sérültmentési, -szállítási technikák ismerete és alkalmazása.
9. A műveleti terület biztonsági alapú elkülönítésének ismerete, alkalmazása.
 - 9.1. A közvetlen fenyegetettség alatt alkalmazható eljárások ismerete, alkalmazása.
 - 9.2. A közvetett fenyegetettség helyzetének felismerése.
10. A rendszeresített elsősegélynyújtó felszerelés ismerete, alkalmazása.
11. Az elsősegélynyújtás önálló megkezdése.

2. melléklet az 58/2024. (XII. 23.) BM rendelethez

A középszintű taktikai medicina segélynyújtó egészségügyi kompetenciái

1. A rendszeresített elsősegélynyújtó felszerelés ismerete és alkalmazása.
2. Önálló elsősegélynyújtás, valamint a sérült vagy beteg személy egészségügyi ellátásra történő előkészítése.
3. A sérültosztályozás alapjainak ismerete, alkalmazása.
4. A sérültmentési, -szállítási technikák ismerete és alkalmazása.
5. Az emberi test felépítésének és működésének alapszintű ismerete.
6. A sérült vagy beteg személy vizsgálata menetének alapszintű ismerete és alkalmazása.
7. A BLS végzése, félautomata külső defibrillátor (AED) használatának ismerte, a biológiai halál felismerése.
8. A vérzéstípusok elkülönítése, a masszív vérzés felismerése.
 - 8.1. Az elsősegély szintű vérzéscsillapítási folyamatok ismerete és alkalmazása.
 - 8.2. A tourniquet alkalmazása.
 - 8.3. A nyomó-, a szorítókötés alkalmazása.
 - 8.4. A hemosztatikus kötszerek ismerete, alkalmazása.
 - 8.5. A különböző sebellátások elsősegélynyújtás szintjén történő ismerete és alkalmazása.
9. A légutak anatómiájának alapszinten való ismerete.
 - 9.1. A veszélyben lévő, elzáródott légút felismerése.
 - 9.2. A manuális légútbiztosító fogások alkalmazásának az ismerete.
 - 9.3. Az egyszerű légútbiztosító eszközök alkalmazása (nasopharyngeális, oropharyngeális tubus).
 - 9.4. Supraglottikus légútbiztosító eszközök ismerete, alkalmazása.
10. A légzés élettanának alapszintű ismerete.
 - 10.1. A légzési elégtelenség jeleinek elsősegély szinten történő felismerése.
 - 10.2. A légmell tüneteinek elsősegély szinten történő felismerése.
 - 10.3. A nyílt légmell semi-occlúzív kötéssel történő ellátása.
 - 10.4. A feszülő légmell tüneteinek, panaszainak észlelése esetén az érintett oldalon mellkas tú-detenzionálás végzésének az ismerete.
 - 10.5. Az AMBU-maszk lélegeztetés végzésének ismerete, légzéskontrollálás, -asszisztálás.
11. A keringési élettan elsősegély szinten történő ismerete.
 - 11.1. A keringési elégtelenség (shock) jeleinek elsősegély szinten történő felismerése.
 - 11.2. A perifériás folyadékpótlás menetének ismerete és alkalmazása, az aszepszis-antiszepszis fogalmának ismerete.
 - 11.3. Perifériás véna biztosítása (kanüllel).
 - 11.3.1. A perifériás vénás beviteli hely biztosítása (hatóanyag-tartalom nélküli) krisztalloid infúzió érpályába juttatásához.
 - 11.3.2. Az optimális beviteli hely kiválasztásának ismerete a sérüléstől függően.
 - 11.3.3. A beviteli hely felületi dezincifiens oldattal történő előkészítése.
 - 11.3.4. Az optimális folyadékáramlást biztosító kanül behelyezése, rögzítése.
 - 11.3.5. A behelyezés során nem várt esemény felismerése, elhárítása (extravaszió, értévesztés).
 - 11.3.6. A perifériás véna kanül átjárhatóságának biztosítása, illetve lezárása.
 - 11.3.7. A véna környékében lévő terület ellenőrzése (ideértve a beszúrási pontot is).
 - 11.3.8. Krisztalloid infúzió előkészítése (infúziós szereléssel történő csatlakoztatás).
 - 11.3.9. Az infúzió adagolásának indítása.
 - 11.4. Az intraosseális (i.o.) kanülálás menetének ismerete, alkalmazása.
 - 11.5. Az intraosseális kanül behelyezése.
 - 11.5.1. Az i.o. beviteli hely biztosítása (hatóanyag-tartalom nélküli) krisztalloid infúzió érpályába juttatásához.
 - 11.5.2. Az optimális beviteli hely kiválasztása, sérüléstől függően (tibia, humerus).
 - 11.5.3. A beviteli hely dezincifiens oldattal történő előkészítése.
 - 11.5.4. Az optimális folyadékáramlást biztosító kanül behelyezése, ellenőrzése, rögzítése.
 - 11.5.5. Nem várt esemény felismerése, elhárítása a behelyezés során (extravaszió, kanülkimozdulás).
 - 11.5.6. Az i.o. kanül átjárhatóságának biztosítása, illetve lezárása.

- 11.5.7. Az i.o. kanül környékében lévő terület ellenőrzése (ideértve a beszúrási pontot is).
- 11.5.8. Krisztalloid infúzió előkészítése (infúziós szereléssel csatlakoztat).
- 11.5.9. Infúzió adagolásának indítása.
- 12. A különböző testrészek sérüléseinek felismerése, és alapszintű ellátás biztosítása.
- 13. A csont- és ízületi sérülések felismerése, és alapszintű ellátás biztosítása.
- 14. A hő- és hidegártalmak felismerése és alapszintű ellátás biztosítása.
- 15. A CBRN fegyverek által okozott sérülések alapszintű ismerete, alapszintű ellátás biztosítása.
- 16. A műveleti terület biztonsági alapú minősítésének ismerete, alkalmazása.
 - 16.1. A közvetlen fenyegetettség alatt alkalmazható eljárások ismerete, alkalmazása.
 - 16.2. A közvetett fenyegetettség felismerése, az alkalmazható eljárások végrehajtása.
- 17. A dokumentáció szabályainak ismerete, elvégzése.
- 18. A tevékenység önálló megkezdése.

3. melléklet az 58/2024. (XII. 23.) BM rendelethez

Az alapszintű taktikai medicina segélynyújtó egészségügyi minimum felszerelése

- 1. 1 darab tourniquet
- 2. 1 darab 15 centiméter széles emergency bandage
- 3. 1 darab (saját méretének megfelelő) naso- vagy oropharyngeális tubus
- 4. 1 pár vizsgálókesztyű
- 5. 1 darab steril mull lap
- 6. 1 darab 10 centiméter szeptelen gézpólya
- 7. 1 darab felszerelésre rögzíthető hordtáska

4. melléklet az 58/2024. (XII. 23.) BM rendelethez

A középszintű taktikai medicina segélynyújtó egészségügyi minimumfelszerelése

- 1. Kötszerek, sebellátás
 - 1.1. 2 darab tourniquet
 - 1.2. 2 tasak vérzéscsillapító por (15 g) vagy hemostatikus kötszer,
 - 1.3. 2 darab emergency bandage, (6") – szorítókötés
 - 1.4. 6 darab sűrített mull pólya
 - 1.5. 6 darab steril géz 2 cm × 2 cm
 - 1.6. 6 darab steril géz 450 cm × 480 cm
 - 1.7. 1 csomag sebtapasz különböző méretekben
 - 1.8. 1 darab steril égési kötszer kit
 - 1.9. 2 darab mellkasi kötszer (chest seal, szelepes)
 - 1.10. 2 darab elasztikus pólya 8 cm × 5 m
 - 1.11. 2 darab ragasztószalag 2,5 cm × 5 m
 - 1.12. 2 darab háromszögletű kendő
 - 1.13. 1 doboz bőrfertőtlenítő oldat (100 ml)
 - 1.14. 1 darab végtagrögzítő sín 36"
- 2. A légútbiztosítás és a lélegeztetés eszközei
 - 2.1. 2 darab oropharyngeális tubus (4)
 - 2.2. 2 darab oropharyngeális tubus (5)
 - 2.3. 2 darab nasopharyngeális tubus (30 Fr)
 - 2.4. 2 darab nasopharyngeális tubus (34 Fr)

- 2.5. 1 darab lélegeztető ballon szeleppel
- 2.6. 1 darab lélegeztető maszk (5)
- 2.7. 1 darab I-gel légútbiztosító eszköz
- 2.8. 1 darab eldobható szívó
- 2.9. 2 darab mellkaspunctiós tű
3. A vénabiztosítás, a parenterális folyadékpótlás eszközei
 - 3.1. 2-2 darab intravénás kanül (16 G, 18 G, 20 G)
 - 3.2. 3 darab infúziós szerelék
 - 3.3. 2 darab kristalloid infúzió (500 ml)
4. Egyéb eszközök
 - 4.1. 1 darab trauma olló
 - 4.2. 1 darab mosquitó
 - 4.3. 1 darab anatómiai csipesz
 - 4.4. 1 darab érfogó és Kelly kapocs
 - 4.5. 10 pár egyszer használatos kesztyű
 - 4.6. 3 darab lehűlés elleni izolációs fólia
 - 4.7. 1 darab nyakrögzítő eszköz
 - 4.8. 1 darab fejlámpa
 - 4.9. 1 darab jegyzetömb
 - 4.10. 1 darab filctoll.

5. melléklet az 58/2024. (XII. 23.) BM rendelethez

Az emelt szintű taktikai medicina ellátó egészségügyi minimumfelszerelése

1. Mentőjármű felszerelés hordozható eszközei
 - 1.1. 1 darab betegőrző többcsatornás hordozható monitor (EKG, vérnyomás, pulzoximéter, kapnográf)
 - 1.2. 1 darab hordozható lélegeztetőgép (légzőkörrel, kapnográf szenzorral)
 - 1.3. 1 darab motoros szívó
 - 1.4. 2 darab perfúzor (szereléssel)
 - 1.5. Merev gerinchordágy (fejrögzítő egységgel, hevederekkel)
2. Egyéni hordozható egészségügyi felszerelés
 - 2.1. Diagnosztikus eszközök
 - 2.1.1. 1 darab automata defibrillátor (EKG + AED vagy monitor és defibrillátor)
 - 2.1.2. 1 darab pulzoximéter (hordozható)
 - 2.1.3. 1 darab manuális vérnyomásmérő
 - 2.1.4. 1 darab vércukormérő (tesztcsikkal)
 - 2.1.5. 1 darab fonendoszkóp
 - 2.1.6. 1 darab lázmérő
 - 2.1.7. 1 darab pupillalámpa
 - 2.2. Kötszerek, a sebellátás és a menekítés eszközei
 - 2.2.1. 10 pár vizsgálókesztyű
 - 2.2.2. 3 pár steril gumikesztyű
 - 2.2.3. 2 darab tourniquet (érszorító)
 - 2.2.4. 1 darab junctinal tourniquet (érszorító)
 - 2.2.5. 2 darab hemosztatikus por (15 g) vagy hemosztatikus kötszer
 - 2.2.6. 4 darab emergency bandage (6") – szorítókötés
 - 2.2.7. 1 darab emergency bandage (8") – szorítókötés
 - 2.2.8. 1 darab égési kötszer kit
 - 2.2.9. 1 csomag steril mull lap (6 cm × 6 cm)
 - 2.2.10. 10 darab steril lap (50 cm × 80 cm)
 - 2.2.11. 10 darab gyorskötöző

- 2.2.12. 4 csomag Steri-strip
 - 2.2.13. 2 darab háromszög kendő
 - 2.2.14. 1 darab ragtapasz 2,5 cm × 5 m
 - 2.2.15. 1 csomag sebtapasz
 - 2.2.16. 1 darab bőrfertőtlenítő jódos (250 ml)
 - 2.2.17. 1 darab bőrfertőtlenítő alkoholos (100 ml)
 - 2.2.18. 2 darab mellkasi kötszer (Chest Seal szelepes)
 - 2.2.19. 1 darab végtagrögző sín
 - 2.2.20. 1 darab nyakrögző eszköz
 - 2.2.21. 2 darab lehülés elleni izolációs fólia
 - 2.2.22. 1 darab kimenekítő ponyva
 - 2.2.23. 1 darab végtagi húzósín
3. A légút, a lélegeztetés és a pneumothorax ellátásának eszközei
- 3.1. 2 darab nasopharyngealis tubus (30 Fr)
 - 3.2. 2 darab nasopharyngealis tubus (34 Fr)
 - 3.3. 1 sorozat oropharyngealis tubus
 - 3.4. 1 darab manuális vagy taposószívó
 - 3.5. 3-3 darab leszívó katéterek (10 Ch, 12 Ch, 16 Ch, 20 Ch)
 - 3.6. 1 darab tracheotomias kit (sebészi vagy punctiós)
 - 3.7. 1-1 darab szupraglottikus légútbiztosító eszköz (5)
 - 3.8. 1 darab laryngoscope nyél (elemekkel)
 - 3.9. 1 sorozat laryngoscope lapoc (size 05)
 - 3.10. 1-1 darab ET tubus vezető nyárs (8 Ch, 14 Ch)
 - 3.11. 1 darab 15 Fr Bougie
 - 3.12. 1 sorozat endotrachealis tubus (ID: 3,5–9,0 mm)
 - 3.13. 1 darab Magill fogó (25 cm)
 - 3.14. 1 darab 2 literes oxigénpalack, reduktorral
 - 3.15. 1 darab Magill fogó (15 cm)
 - 3.16. 2 darab oxigén orrszonda
 - 3.17. 2 darab oxigén nem visszalégző arcmaszk és oxigénvezeték
 - 3.18. 1 darab lélegeztető ballon szeleppel, rezervvel
 - 3.19. 1 darab PEEP szelep
 - 3.20. 1 sorozat lélegeztető maszk (size: 0–5)
 - 3.21. 1 darab I-gel légútbiztosító eszköz
 - 3.22. 2 darab mellkaspunkciós tű (14 G, 3,25 Inch)
 - 3.23. 2 darab mellkasdrainage trokár katéter (12 Fr)
 - 3.24. 2 darab mellkasdrainage trokár katéter (20 Fr)
 - 3.25. 2-2 darab gyomorszonda (10 Ch, 16 Ch).
4. Parenterális út biztosító eszközök
- 4.1. 10-10 darab tű (18 G, 21 G, 22 G)
 - 4.2. 3-3 darab intravénás kanül (16 G, 18 G, 20 G, 22 G, 24 G)
 - 4.3. 1 darab intraosseális kanül behelyezésre szolgáló eszköz (i.o. fúró)
 - 4.4. 1-1 darab intraosseális kanül (15 G-15mm, 15G-45 mm)
 - 4.5. 1 darab túlnyomásos infúzió adagolására szolgáló eszköz
 - 4.6. 10 darab infúziós szerelék
 - 4.7. 5 darab infúziós csap
 - 4.8. 10 darab fecskendő (5 ml)
 - 4.9. 10 darab fecskendő (10 ml)
 - 4.10. 5 darab fecskendő (20 ml).
5. Egyéb egészségügyi kézi eszközök
- 5.1. 3 darab egyszer használatos szike
 - 5.2. 1 darab kötszerolló
 - 5.3. 1 darab anatómiai csipesz

- 5.5. 1 darab Mosquito fogó
- 5.6. 3 darab sebészi varrófonal kit
- 5.7. 1 darab tűfogó
6. Infúziók
 - 6.1. 4 darab izotóniás oldat (500 ml)
 - 6.2. 1 darab izotóniás oldat (100 ml)
 - 6.3. 2 darab kolloid oldat (500 ml)
 - 6.4. 1 darab Mannisol B 20% oldat (100 ml)
 - 6.5. 1 darab 40% Glucose oldat (100 ml)
7. Intravénás gyógyszerek (hatóanyag-tartalom szerint)
 - 7.1. az újraélesztés gyógyszerei: adrenalin, atropin, amiodaron, NaHCO₃, magnézium, lidocain
 - 7.2. kábító fájdalomcsillapítók és antidótumaik: fentanyl, morphium, nalbuphin, naloxon
 - 7.3. nem kábító fájdalomcsillapítók: noraminophenazon, diclofenac, tramadol
 - 7.4. szedato-hypnotikus szerek és antidótumaik: midazolam, clonazepam, flumazenil, propofol, ethomidate, ketamin, haloperidol
 - 7.5. izomrelaxánsok: succinylcholine
 - 7.6. vasoaktív és pozitív inotróp szerek: dopamin, dobutamin, noradrenalin
 - 7.7. antiarritmiás szerek: metoprolol, adenozin
 - 7.8. antikonvulzív szerek: fenitoin, clonazepam, diazepam
 - 7.9. antihipertenzív szerek: nitroglycerin, uradipil
 - 7.10. simaizom görcsoldók: drotaverin
 - 7.11. hörgtágító: aminophyllin
 - 7.12. antihisztamin: chloropyramine
 - 7.13. szteroid gyógyszerek: methylprednisolon, dexamethasone
 - 7.14. vizelethajtó szerek: furosemide
 - 7.15. véralvadás gátlók: LMWH, Na-heparin
 - 7.16. H₂ antagonisták, protonpumpa gátlók: ranitidine, omeprazole
 - 7.17. egyéb: calcium, ondansetron, tarenxamic acid, metoclopramid
8. Szájon át adható vagy nyálkahártyán felszívódó szerek
 - 8.1. fájdalomcsillapítók: noraminophenazon, ibuprophen, paracetamol, diclofenac, acetylsalicyl sav
 - 8.2. a véralvadásra ható szerek: clopidogel
 - 8.3. simaizom görcsoldók: drotaverin
 - 8.4. antihisztamin: levocetirizine
 - 8.5. hörgtágítók: salbutamol, ipraprotopium bromid / fenoterol
 - 8.6. szedato-anxiolitikum: alprazolam
 - 8.7. egyéb: orvosi szén, loperamide

6. melléklet az 58/2024. (XII. 23.) BM rendelethez

A kiemelt szintű taktikai medicina ellátó egészségügyi minimum felszerelése

1. az 5. mellékletben meghatározott felszerelés
2. kissebészeti tálca,
3. parenterális út biztosító eszközök
 - 3.1. entrális véna biztosító kit (14 G)
 - 3.2. arteriás kanül
4. gyógyszerek
 - 4.1. nem depolarizáló izomrelaxánsok: mivacurionium, pipecuronium, vecuronium, rocuronium
 - 4.2. antibiotikumok: penicillinek, cefalosporinok, metronidazole, makrolid, glycopeptid

7. melléklet az 58/2024. (XII. 23.) BM rendelethez

Az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről szóló 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet 2. számú melléklet I. Fejezet 93. pontjában foglalt táblázat a következő 9304 sorral egészül ki:

(Honvéderostan, katasztrófa-orvostan és rendvédelem orvostan)

"

9304	taktikai medicina
------	-------------------

"

**A belügyminiszter 61/2024. (XII. 30.) BM rendelete
egyres igazgatási szolgáltatási díjakkal kapcsolatos belügyi tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról**
(kivonatos közlés)

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (5) bekezdés c) pont ca) alpontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 2. alcím tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (2) bekezdés o) és p) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva,

a 3. alcím tekintetében a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. § (3) bekezdés h) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 25. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 2. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 4. alcím, valamint a 2. melléklet tekintetében a lőfegyverekről és a lőszerkekről szóló 2004. évi XXIV. törvény 22. § (3) bekezdés a) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 16. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

az 5. alcím tekintetében a személy- és vagyonvédelmi, valamint a magánnyomozói tevékenység szabályairól szóló 2005. évi CXXXIII. törvény 78. § b) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 16. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 6. alcím tekintetében az egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. § (3) bekezdés c) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 25. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 2. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 7. alcím tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (5) bekezdés c) pont cc) alpontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 8. alcím, valamint a 3. melléklet tekintetében a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény 77. § (4) bekezdés a) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 9. alcím, valamint a 4. melléklet tekintetében az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény 15. § (10) bekezdésében kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 10. alcím tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (2) bekezdés i) pont ib)–id) alpontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva,

a 11. alcím, valamint az 5. melléklet tekintetében a katasztrófavédelemről és a hozzá kapcsolódó egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXXVIII. törvény 82. § (1) bekezdésében kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 7. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 12. alcím, valamint a 6. melléklet tekintetében a tűz elleni védekezésről, a műszaki mentésről és a tűzoltóságról szóló 1996. évi XXXI. törvény 47. § (6) bekezdés d) pontjában, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 7. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 13. alcím, a 7. melléklet, valamint a 8. melléklet tekintetében a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CX. törvény 94. § (1) bekezdés u) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 29. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 14. alcím tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (2) bekezdés i) pont ia), ib) és if) alpontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva,

a 15. alcím, valamint a 9. melléklet tekintetében a lőfegyverekről és lőszerkekről szóló 2004. évi XXIV. törvény 22. § (3) bekezdés b) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 16. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 16. alcím, valamint a 10. melléklet tekintetében az egyes rendészeti feladatokat ellátó személyek tevékenységéről, valamint egyes törvényeknek az iskolakerülés elleni fellépést biztosító módosításáról szóló 2012. évi CXX. törvény 25. § c) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 16. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 17. alcím tekintetében a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CX. törvény 94. § (1) bekezdés l) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 29. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 18. alcím, valamint a 11. melléklet tekintetében a kéményseprő-ipari tevékenységről szóló 2015. évi CCXI. törvény 8. § (2) bekezdés c) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 20. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 19. alcím, valamint a 12. melléklet tekintetében a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény 8. § (4c) bekezdésében kapott felhatalmazás alapján a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 20. alcím tekintetében a Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény 101. § (2) bekezdés h) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 16. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –,

a 21. alcím, valamint a 13. melléklet tekintetében a szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező személyek beutazásáról és tartózkodásáról szóló 2007. évi I. törvény 86. § (3) bekezdésében, valamint a harmadik országbeli állampolgárok beutazására és tartózkodására vonatkozó általános szabályokról szóló 2023. évi XC. törvény 284. § (1) bekezdés a) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 6. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 139. § 2. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró külgazdasági és külügyminiszterrel, és a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben –

a következőket rendelem el:

1. A népjóléti ágazatba tartozó egyes államigazgatási eljárásokért és igazgatási jellegű szolgáltatásokért fizetendő díjakról szóló 50/1996. (XII. 27.) NM rendelet módosítása

- 1. §** A népjóléti ágazatba tartozó egyes államigazgatási eljárásokért és igazgatási jellegű szolgáltatásokért fizetendő díjakról szóló 50/1996. (XII. 27.) NM rendelet [a továbbiakban: 50/1996. (XII. 27.) NM rendelet] 2. § (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép, és a § a következő (4a) bekezdéssel egészül ki:
- „(4) A díj – a (4a) bekezdésben foglalt kivétellel – az igazgatási szolgáltatást nyújtó intézmény bevétele. Az önálló gazdálkodási jogkörrel rendelkező intézmény, a részben önálló gazdálkodási jogkörrel rendelkező szervezeti egységeket megillető bevételeket a nyilvántartásában elkülönítetten vezeti.
- (4a) Az 1. számú melléklet III.1. és III.2. sorában meghatározott igazgatási szolgáltatási díjból befolyt összeg 75%-a a LXXII. Egészségbiztosítási Alap fejezet 5. Egészségbiztosítási költségvetési szervek cím, 1. Központi hivatali szerv alcím bevételi előirányzatát, a befolyt összeg 25%-a az egészségbiztosítási pénztári feladatkörben eljáró kormányhivatalt illeti meg. Az egészségbiztosítási pénztári feladatkörben eljáró kormányhivatal a befolyt összeg 75%-át negyedévente a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő 3. számú mellékletben meghatározott számlaszámára átutalja.”
- 2. §** Az 50/1996. (XII. 27.) NM rendelet 2. § (7) bekezdésében a „II. 11. alpontja” szövegrész helyébe a „II.9. pontja” szöveg lép.
- 3. §** Az 50/1996. (XII. 27.) NM rendelet 1. számú melléklete helyébe az 1. melléklet lép.

2. Az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet módosítása

- 4. §** Az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet 20/R. § (3) bekezdés
- a) a) pont aa) alpontjában a „370 000 forint” szövegrész helyébe az „500 000 forint” szöveg, valamint a „80 000 forint” szövegrész helyébe a „110 000 forint” szöveg,
- b) b) pontjában a „74 000 forint” szövegrész helyébe a „99 000 forint” szöveg lép.

3. A törzskönyvezett gyógyszerek és különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. (IV. 26.) ESZCSM rendelet módosítása

- 5. §** A törzskönyvezett gyógyszerek és különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. (IV. 26.) ESZCSM rendelet 21. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
- „(1) Az ügyfél a kérelem benyújtásakor igazgatási-szolgáltatási díjat fizet postai befizetéssel vagy átutalással a NEAK Magyar Államkincstárnál vezetett 10032000-01301005 számú előirányzat-felhasználási keretszámlájára, melynek összege:
- a) egyszerűsített eljárásrend esetén
- aa) gyógyszer esetén 400 000 Ft,
- ab) tápszer és forgalomba hozatalra engedélyezett, a Szabványos Vény minta Gyűjteményben vagy a Gyógyszerkönyvben is szereplő gyógyszer esetén 40 000 Ft,
- b) normál eljárásrend esetén 2 000 000 Ft.”

6. A gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet módosítása

- 8. §** A gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet [a továbbiakban: 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet] 10. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) A Gyftv. 32. § (8) bekezdése alapján fizetendő igazgatási szolgáltatási díjat postai befizetéssel vagy átutalással kell a NEAK Magyar Államkincstárnál vezetett 10032000-01301005-00000000 számú előirányzat-felhasználási keretszámlájára befizetni, melynek összege elsőfokú eljárás esetében:

a) a Gyftv. 32. § (2) bekezdés b) pont bd) és bh) alpontja szerinti kérelem esetében 13 000 Ft;

b) a Gyftv. 32. § (2) bekezdés b) pont ba) és bf) alpontja szerinti kérelem esetében 400 000 Ft;

c) a Gyftv. 32. § (2) bekezdés a) pont aa) és ab) alpontja, valamint b) pont bc) alpontja szerinti kérelem esetében 930 000 Ft.”

9. § A 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet 10/C. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) A szállító-előminősítésért a Gyftv. 32/B. § (2) bekezdése alapján fizetendő igazgatási szolgáltatási díj összege 260 000 forint, melyet a 10. § (2) bekezdésében meghatározott számlaszámra kell befizetni.”

7. Az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásáról, valamint a működési nyilvántartásban nem szereplő személyek tevékenységének engedélyezéséről szóló 18/2007. (IV. 17.) EüM rendelet módosítása

10. § Az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásáról, valamint a működési nyilvántartásban nem szereplő személyek tevékenységének engedélyezéséről szóló 18/2007. (IV. 17.) EüM rendelet 11. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) Az e rendelet 6. § (1) bekezdésében foglalt, a működési nyilvántartásba történő felvételre, a nyilvántartás meghosszabbítására, a nyilvántartásból kérelemre való törlésre irányuló, valamint a 7. § (2) bekezdésében foglalt eljárásért igazgatási szolgáltatási díjat kell fizetni, amelynek összege 4000 forint.”

8. A biocid hatóanyagokkal, valamint a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz ismertetésével kapcsolatos igazgatási szolgáltatásokért fizetendő díjakról szóló 21/2007. (V. 8.) EüM rendelet módosítása

11. § A biocid hatóanyagokkal, valamint a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz ismertetésével kapcsolatos igazgatási szolgáltatásokért fizetendő díjakról szóló 21/2007. (V. 8.) EüM rendelet 1. számú melléklete helyébe a 3. melléklet lép.

9. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat egyes közigazgatási eljárásaiért és igazgatási jellegű szolgáltatásaiért fizetendő díjakról szóló 1/2009. (I. 30.) EüM rendelet módosítása

12. § Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat egyes közigazgatási eljárásaiért és igazgatási jellegű szolgáltatásaiért fizetendő díjakról szóló 1/2009. (I. 30.) EüM rendelet [a továbbiakban: 1/2009. (I. 30.) EüM rendelet] 2. § (10) bekezdés

a) a) pontjában a „XII. 1. pontja, illetve XII. 2. pontja” szövegrész helyébe a „XI. 1. pontja” szöveg,

b) a) pont aa) alpontjában az „Állami Egészségügyi Ellátó Központ 10032000-01490576-00000000” szövegrész helyébe az „Országos Kórházi Főigazgatóság 2. mellékletben meghatározott” szöveg,

c) b) pontjában a „XII. 3. pontja” szövegrész helyébe a „XI. 2. pontja” szöveg lép.

13. § Az 1/2009. (I. 30.) EüM rendelet 1. melléklete helyébe a 4. melléklet lép.

10. Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól szóló 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet módosítása

14. § Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól szóló 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet [a továbbiakban: 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet] 20. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(3) A (2) bekezdés szerinti szakvizsga bizonyítvány pótlására a jogosult kérelmére az NVB – a szakvizsgáról készített jegyzőkönyv alapján – másodlatot állít ki. A másodlat kiállításának díja 4000 Ft.”

- 15. §** A 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet 21. § (1) bekezdésében a „40 000 forint” szövegrész helyébe az „50 000 forint” szöveg lép.

14. A szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről szóló 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet módosítása

- 19. §** A szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről szóló 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet
- a) 7. § (2) bekezdésében a „40 000 forint” szövegrész helyébe az „50 000 forint” szöveg,
- b) 9. § (8) bekezdésében a „3000 Ft” szövegrész helyébe a „4000 Ft” szöveg lép.

19. Az elektronikus cigaretta, az utántöltő flakon és a dohányzást imitáló elektronikus eszköz forgalomba hozatalának és az ezzel kapcsolatos változások bejelentésére vonatkozó igazgatási szolgáltatási díjakról szóló 30/2016. (X. 3.) EMMI rendelet módosítása

- 28. §** Az elektronikus cigaretta, az utántöltő flakon és a dohányzást imitáló elektronikus eszköz forgalomba hozatalának és az ezzel kapcsolatos változások bejelentésére vonatkozó igazgatási szolgáltatási díjakról szóló 30/2016. (X. 3.) EMMI rendelet 1. melléklete helyébe a 12. melléklet lép.

22. Záró rendelkezések

- 31. §** Ez a rendelet a kihirdetését követő 31. napon lép hatályba.

Dr. Pintér Sándor s. k.,
belügyminiszter

1. melléklet a 61/2024. (XII. 30.) BM rendelethez

„1. számú melléklet az 50/1996. (XII. 27.) NM rendelethez

I.	Kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, illetve új pszichoaktív anyagokkal kapcsolatos igazgatási szolgáltatások	
I.1.	Gyógyászati célú tevékenységi engedély első kiadása, megújítása	400 000 Ft
I.2.	Gyógyászati célú tevékenységi engedély módosítása	80 000 Ft
I.3.	Nem gyógyászati célú tevékenységi engedély első kiadása, megújítása, módosítása	16 000 Ft
I.4.	Ipari mák éves természetési engedély kiadása	80 000 Ft
I.5.	Eseti kutatási engedély kiadása	16 000 Ft
I.6.	Eseti export-import engedély kiadása szállítmányonként	80 000 Ft
I.7.	Ipari vagy étkezési mákszalma, díszítőmák, kannabisz, valamint ipari mák és magas THC tartalmú kender bármely része, továbbá biológiai minták, standardok, továbbá új pszichoaktív anyagok és új pszichoaktív anyagok eseti export-import engedélyének kiadása szállítmányonként	16 000 Ft
I.8.	Becslésmódosítási kérelem, tételenként	80 000 Ft
I.9.	Tisztítatlan ipari mákszalma-maradványokkal szennyezett mákmagot, ipari mák kifejtetlen tokját felvásárló, illetve annak szétválasztását és tisztítását végző, valamint tisztítás utáni ipari mákvetőmag fémzárólását, ipari mákszalma pellettálását, továbbá ipari mákszalmát, kifejtetlen máktokot, alacsony THC tartalmú kender virágzatát begyűjtő, cséplését végző, tároló, felvásárló, exportáló, reklamáció esetén importáló, valamint annak megsemmisítését vagy ellenőrzött anyagok szállítmányozását végző gazdálkodó szervezetek nyilvántartásba vétele során hatósági bizonyítvány kiadása	16 000 Ft
I.10.	Megsemmisítési engedély kiadása	16 000 Ft

II.	Az orvostechnikai eszközök nyilvántartásba vételével és megfelelőségértékelési eljárásaival, azokkal kapcsolatos szakvélemények kialakításával kapcsolatos igazgatási szolgáltatások	
II.1.	Az orvostechnikai eszközökről szóló 4/2009. EüM rendelet (a továbbiakban: 4/2009. EüM rendelet) 17. § (1) és – a II.2. sorban nevesített esetet ide nem értve – (2) bekezdése szerinti bejelentések, a 17. § (2) bekezdése szerinti bejelentés esetében a teljes gyártási folyamatot végrehajtó gyártóhelyenként és tevékenységi körönként, valamint az in vitro diagnosztikai orvostechnikai eszközökről szóló 8/2003. (III. 13.) ESZCSM rendelet (a továbbiakban: 8/2003. ESZCSM rendelet) 7/A. § (1) bekezdése szerinti bejelentés	97 065 Ft/ regisztráció
II.2.	Rendelésre készített orvostechnikai eszköz gyártók és az eszközök nyilvántartásba vétele, ha azt a gyártó a II.4. sorban előírt igazolás kiállításával egy időben kéri	8 100 Ft/ regisztráció
II.3.	Megfelelőség értékelő szervezetek kijelölése kérelmenként, a kijelölések felügyelete és az időszakos felülvizsgálat végzésére jogosult szervezetek kijelölése a 4/2009. EüM rendelet 13. melléklete szerinti eszköztípusonként	167 000 Ft/eset
II.4.	Az egyedi méretvétel alapján készült gyógyászati segédeszközök gyártására és kiszolgáltatására előírt követelmények meglétének igazolása 1–5 fős telephely esetén 6–10 fős telephely esetén 10 fő feletti telephely esetén	189 000 Ft 276 000 Ft 508 950 Ft
II.5.	A II.1–2., és II.11. sorok szerinti bejelentésekben, valamint a II.4. sor szerinti határozatban szereplő adatokban bekövetkező változások átvezetése (kivéve eszközök törlése)	21 600 Ft
II.6.	Igazolás kiállítása hazai gyártású orvostechnikai eszköz és in vitro diagnosztikai orvostechnikai eszköz EU-n kívül történő forgalmazásához angol nyelven, az igazolásban 60 termékig, majd minden további 60 terméként	47 250 Ft
II.7.	Szakvélemény kiállítása az orvostechnikai eszközökről szóló 4/2009. (III. 17.) EüM rendelet és az orvostechnikai eszközökről, a 2001/83/EK irányelv, a 178/2002/EK rendelet és az 1223/2009/EK rendelet módosításáról, valamint a 90/385/EGK és a 93/42/EGK tanácsi irányelv hatályon kívül helyezéséről szóló, 2017. április 5-i (EU) 2017/745 európai parlamenti és tanácsi rendelet, valamint a 8/2003. ESZCSM rendelet és az in vitro diagnosztikai orvostechnikai eszközökről, valamint a 98/79/EK irányelv és a 2010/227/EU bizottsági határozat hatályon kívül helyezéséről szóló, 2017. április 5-i (EU) 2017/746 rendelet követelményeinek való megfelelés tekintetében	54 000 Ft
II.8.	A megfelelőségértékelési eljárásoktól való eltéréssel érintett orvostechnikai vagy in vitro diagnosztikai orvostechnikai eszköz forgalomba hozatalának vagy használatba vételének engedélyezése	81 810 Ft
II.9.	Orvostechnikai eszköz klinikai vizsgálatának és in vitro diagnosztikai orvostechnikai eszköz teljesítőképesség-vizsgálatának – ide nem értve az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 160/A. § (10) bekezdése szerinti teljesítőképesség-vizsgálatokat – engedélyezése, a vizsgálati terv jelentős módosításának engedélyezése	243 000 Ft/kérelem
II.10.	Ionizáló sugárzást alkalmazó orvostechnikai eszköz klinikai vizsgálatának engedélyezése, a vizsgálati terv jelentős módosításának engedélyezése	397 845 Ft/kérelem
II.11.	A 4/2009. EüM rendelet 17. § (3) és (5) bekezdése szerinti bejelentés a bejelentésben legfeljebb 60 termék (legfeljebb 60 sorban) feltüntetésével, valamint a 8/2003. ESZCSM rendelet 7/A. § (2) bekezdése és 16. § (1g) bekezdése szerinti bejelentés.	89 100 Ft/kérelem
III.	Európai Egészségbiztosítási Kártya, illetve TAJ-számot igazoló okmány kiadással kapcsolatos igazgatási szolgáltatás	
III.1.	Európai Egészségbiztosítási Kártya kiadása a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 27. § (12) bekezdése szerinti esetben	4 000 Ft

III.2.	TAJ-számot igazoló okmány kiadása a személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról szóló 1996. évi XX. törvény 10. §-a szerinti esetben	4 000 Ft
IV.	A keresőképtelenség és a keresőképesség orvosi elbírálásáról és annak ellenőrzéséről szóló 102/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet 6. § (3) bekezdése alapján a munkavállaló keresőképtelensége felülvizsgálatának munkáltató általi kezdeményezése	21 000 Ft
V.	Gyógyszerrendeléshez szükséges számítógépes program minősítése	252 100 Ft
VI.	A hagyományos kínai gyógyászat területén oklevéllel rendelkező személy által végzett egészségügyi tevékenység engedélyezésével kapcsolatos igazgatási szolgáltatás	
VI.1.	A tevékenységi engedély kiadás	220 000 Ft (ebből a szakhatósági eljárás díja: 110 000 Ft)

3. melléklet a 61/2024. (XII. 30.) BM rendelethez

„1. számú melléklet a 21/2007. (V. 8.) EüM rendelethez

A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény 12. § (1) bekezdése szerinti termékek ismertetésével kapcsolatos igazgatási szolgáltatási díjak

	A	B
1	Ügytípus	Igazgatási szolgáltatási díj összege
2	Bejelentés és nyilvántartásba vétel ismertetési tevékenységet folytatók részére	135 500 Ft
3	Bejelentés, nyilvántartás adataiban történő módosítás ismertetési tevékenységet folytatók részére	17 000 Ft
4	Nyilvántartásba vétel ismertető személyek részére	130 000 Ft
5	Igazolvány kiadása, módosítása és a nyilvántartás adataiban történő módosítás ismertető személyek részére	17 000 Ft

4. melléklet a 61/2024. (XII. 30.) BM rendelethez

„1. melléklet az 1/2009. (I. 30.) EüM rendelethez

I.	<i>Egészségügyi tevékenységgel kapcsolatos igazgatási szolgáltatások</i>	
I.1.	Egészségügyi szolgáltató tevékenység megkezdéséhez szükséges működési engedélyezési eljárás	
I.1.1.	Alapellátást végző egészségügyi szolgáltató tevékenység megkezdéséhez szükséges működési engedélyezési eljárás – az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 7. § (5) bekezdése kivételével – telephelyenként	40 000 Ft

I.1.2.	Járóbeteg-szakellátást végző egészségügyi szolgáltató tevékenység megkezdéséhez szükséges működési engedélyezési eljárás:	
I.1.2.1.	Rendelőintézet engedélyezési eljárás telephelyenként	93 000 Ft
I.1.2.2.	Egyéb járóbeteg-szakellátás engedélyezési eljárás telephelyenként	46 500 Ft
I.1.3.	Fekvőbeteg-ellátást végző egészségügyi szolgáltató tevékenység megkezdéséhez szükséges működési engedélyezési eljárás:	
I.1.3.1.	Fekvőbeteg-ellátást végző egészségügyi szolgáltató tevékenység megkezdéséhez szükséges működési engedélyezési eljárás (400 ágyszámig)	108 000 Ft
I.1.3.2.	Fekvőbeteg-ellátást végző egészségügyi szolgáltató tevékenység megkezdéséhez szükséges működési engedélyezési eljárás (401-től 800 ágyszámig)	135 000 Ft
I.1.3.3.	Fekvőbeteg-ellátást végző egészségügyi szolgáltató tevékenység megkezdéséhez szükséges működési engedélyezési eljárás (800 ágyszám feletti egészségügyi szolgáltató esetén)	175 000 Ft
I.1.4.	Egyéb egészségügyi szolgáltató tevékenység, a közreműködői tevékenységet is ideértve – kivéve a kizárólag bejelentés alapján nyilvántartásba vett személyes közreműködőként végzett tevékenységet – megkezdéséhez szükséges működési engedélyezési eljárás telephelyenként	40 500 Ft
I.1.5.	Működési engedély módosítására irányuló eljárás telephelyenként	27 700 Ft
I.1.6.	Az Eütv. 108/A. §-ában foglaltak szerinti hatósági nyilvántartásba vétel iránti bejelentés alapján végzett tevékenység hatósági nyilvántartásba vétele telephelyenként	13 500 Ft
I.1.7.	Egészségügyi szolgáltatás nyújtásához engedélyezett gépjárműpark gépjárműveiben történt változás hatósági nyilvántartásba vételi eljárása helyszíni szemlével	12 760 Ft
I.2.1.	Működtetési jog (praxisjog) engedélyezési eljárás	20 000 Ft
I.2.2.	Működtetési jog (praxisjog) engedélyének módosítása	5 000 Ft
I.3.	Gyógyszerellátással kapcsolatos eljárások:	
I.3.1.	Személyes gyógyszertár működtetési jog (személyi jog) engedélyezése	28 350 Ft
I.3.2.	Személyes gyógyszertár működtetési jog (személyi jog) engedély módosítása	6 750 Ft
I.3.3.	Gyógyszertár működési engedélyezési eljárás	89 100 Ft
I.3.4.	Gyógyszertár működési engedélyének módosítása	40 500 Ft
I.3.5.	Gyógyszer kiskereskedelmi forgalmazásának engedélyezése	40 500 Ft
I.3.6.	Személyes gyógyszertár működtetési jog (személyi jog) átruházásának engedélyezése	6 750 Ft
I.3.7.	Fiókgyógyszertár áthelyezésének engedélyezése	5 000 Ft
I.3.8.	Fiókgyógyszertár létesítésének engedélyezése	40 500 Ft
I.3.9.	Gyógyszertár működésének felfüggesztése	40 500 Ft
II.	<i>Egyes élelmiszerekkel kapcsolatos igazgatási szolgáltatások</i>	
II.1.	Különleges táplálkozási célú élelmiszerek bejelentése	67 500 Ft
II.2.	Anyatej-helyettesítő és anyatej-kiegészítő tápszerrel kapcsolatos tájékoztató és oktató anyagok (eszközök) engedélyezése	16 500 Ft
II.3.	Étrend-kiegészítő készítmények bejelentése	67 500 Ft
III.	<i>Kozmetikai készítményekkel kapcsolatos igazgatási szolgáltatások</i>	
III.1.	Kozmetikai terméket gyártó tevékenység bejelentése	17 010 Ft
IV.	<i>Vizekkel kapcsolatos közegészségügyi igazgatási szolgáltatások</i>	
IV.1.	Laboratóriumnak a közfürdők, illetve természetes fürdőhelyek fürdővizének ellenőrzésére történő feljogosítása	125 010 Ft
IV.2.	Egyedi felmentés szűrő-forgató berendezés létesítése, üzemeltetése alól	81 000 Ft

IV.3.	Közhasználatú fürdők közegészségügyi-technológiai szabályzatának jóváhagyása	47 115 Ft
IV.4.	Természetes fürdőhely kijelölési eljárás	64 800 Ft
IV.7.	Ivóvíz-határérték alóli eltérési engedély, (derogáció), parametrikus értéktől való átmeneti eltérés engedélyezése, vizsgálati szám csökkentés engedélyezése	51 840 Ft
IV.8.	Ivó- és használati melegvíz-ellátásban, valamint a fürdővíz-ellátásban a vízzel közvetlenül érintkező termékek, vegyszerek, szűrőanyagok, technológiák nyilvántartásba vétele, engedélyezése	129 600 Ft/termék, vízkezelő vegyszer, szűrőanyag, technológia
IV.9.	Szűrő-forgató berendezés létesítése, üzemeltetése alóli felmentési engedély módosítása	40 500 Ft
IV.10.	Szűrő-forgató berendezés létesítése, üzemeltetése alóli felmentés engedélyese adataiban bekövetkezett változás	21 600 Ft
IV.11.	Ivó- és használati melegvíz-ellátásban, valamint fürdővíz-ellátásban a vízzel közvetlenül érintkező termékek, vegyszerek, szűrőanyagok, technológiák nyilvántartásba vételének, engedélyének módosítása	64 800 Ft/termék, vízkezelő vegyszer, szűrőanyag, technológia
IV.12.	Ivó- és használati melegvíz-ellátásban, valamint fürdővíz-ellátásban a vízzel közvetlenül érintkező termékek, vegyszerek, szűrőanyagok, technológiák bejelentőjének, engedélyesének adataiban bekövetkezett változás miatti módosítás	21 600 Ft
IV.13.	Ivó- és használati melegvíz-ellátásban, valamint fürdővíz-ellátásban a vízzel közvetlenül érintkező termékek, vegyszerek, szűrőanyagok, technológiák nyilvántartásba vételének megújítása, felülvizsgálata	64 800 Ft/termék, vízkezelő vegyszer, szűrőanyag, technológia
IV.14.	Ivóvízbiztonsági terv jóváhagyása	a) évi átlagban 50 000 főnél többet ellátó vízmű esetében 259 200 Ft, b) évi átlagban 50 000 főnél kevesebbet ellátó vízmű esetében 129 600 Ft
IV.15.	Ivóvízbiztonsági terv felülvizsgálata	a) évi átlagban 50 000 főnél többet ellátó vízmű esetében 129 600 Ft, b) évi átlagban 50 000 főnél kevesebbet ellátó vízmű esetében 64 800 Ft
V.	<i>Veszélyes anyagokkal, veszélyes keverékekkel kapcsolatos igazgatási szolgáltatások</i>	
V.1.	A veszélyes vegyi anyagok kiviteléről és behozataláról szóló európai parlamenti és tanácsi rendelet szerinti kiviteli bejelentés és hozzájárulás iránti kérelem	25 700 Ft
V.2.	Veszélyes anyaggal vagy veszélyes keverékkel folytatott tevékenység (és a tevékenységben bekövetkezett változás) bejelentése	10 500 Ft/telephely
V.3.	ETTSZ szakvélemény	45 000 Ft/anyag vagy keverék
V.4.	Méregközpontba történő bejelentés díjtételei	
V.4.1.	Bejelentés	21 000 Ft/ bejelentés

V.4.2.	Bejelentés módosítása jelentős (az összetételt érintő) változás esetén	15 600 Ft/ módosítás
VI.	<i>Biocid anyagokkal kapcsolatos igazgatási szolgáltatások</i>	
VI.1.	Biocid termék forgalomba hozatalának engedélyezése	3 375 000 Ft
VI.2.	Biocid termék forgalomba hozatalának engedélyezése, ha az azonos a hatóanyag jóváhagyási eljárásában referenciaterméként értékelt termékkel	675 000 Ft
VI.3.	Biocid termékcsalád forgalomba hozatalának engedélyezése	6 750 000 Ft
VI.4.	Biocid termék vagy termékcsalád forgalomba hozatali engedélyének módosítása adminisztratív változtatás esetén	33 700 Ft
VI.5.	Biocid termék forgalomba hozatali engedélyének módosítása kisebb mértékű változtatás esetén Biocid termékcsalád esetén	202 500 Ft 405 000 Ft
VI.6.	Biocid termék forgalomba hozatali engedélyének módosítása jelentős változtatás esetén Biocid termékcsalád esetén	1 350 000 Ft 2 700 000 Ft
VI.7.	Biocid termék vagy termékcsalád forgalomba hozatali engedélyének megújítása, ha a dokumentáció teljes körű újraértékelése szükséges	2 531 000 Ft
VI.8.	Biocid termék vagy termékcsalád forgalomba hozatali engedélyének megújítása, ha a dokumentáció korlátozott mértékű újraértékelése szükséges	843 700 Ft
VI.9.	Azonos biocid termék forgalomba hozatalának engedélyezése	101 000 Ft
VI.10.	Biocid termékcsalád újabb tagja forgalomba hozatalának bejelentése	101 000 Ft
VI.11.	Biocid termék forgalomba hozatalának egyszerűsített eljárással történő engedélyezése során a dokumentáció értékelése Biocid termékcsalád esetén	675 000 Ft 1 350 000 Ft
VI.12.	Az egyszerűsített engedélyezési eljárás keretében engedélyezett biocid termék forgalmazásának bejelentése	67 500 Ft
VI.13.	Egyszerűsített eljárással kiadott biocid termék forgalomba hozatali engedélyének megújítása során a dokumentáció értékelése	67 500 Ft
VI.14.	Biocid termék más tagállamban kiadott engedélyének elismerési eljárása	675 000 Ft
VI.15.	Biocid termékcsalád kölcsönös elismerési eljárással történő engedélyezése	1 350 000 Ft
VI.16.	Biocid termék vagy termékcsalád kölcsönös elismerési eljárás során megadott forgalomba hozatali engedély adminisztratív módosítása	33 700 Ft
VI.17.	Biocid termék vagy termékcsalád forgalomba hozatali engedélyének kisebb mértékű változtatása, amennyiben az értékelést más tagállam végzi	67 500 Ft
VI.18.	Biocid termék forgalomba hozatali engedélyének jelentős változtatása, amennyiben az értékelést más tagállam végzi Biocid termékcsalád esetén	270 000 Ft 540 000 Ft
VI.19.	Biocid termék forgalomba hozatalának engedélyezése, ha a termék egy hatóanyagnál többet tartalmaz	Alapdíj + 270 000 Ft minden további hatóanyagra
VI.20.	Biocid termék forgalomba hozatalának engedélyezése további terméktípusokra	Alapdíj + 270 000 Ft minden további terméktípusra
VI.21.	Biocid termékek vagy termékcsaládok összehasonlító értékelése	1 687 500 Ft hatóanyagonként
VI.22.	Párhuzamos kereskedelmi engedély	135 000 Ft
VI.23.	Biocid hatóanyag jóváhagyására irányuló eljárásban a dokumentáció értékelése	60 750 000 Ft
VI.24.	A hatóság által korábban értékelt azonos kérelmezőtől származó, vagy egyidejűleg benyújtott biocid hatóanyagnak a korábbtól eltérő további terméktípus jóváhagyására irányuló eljárásban a dokumentáció értékelése	30 375 000 Ft
VI.25.	Biocid hatóanyag jóváhagyásának megújítására irányuló eljárásban a dokumentáció teljes újraértékelése	60 750 000 Ft

VI.26.	Biocid hatóanyag jóváhagyásának megújítására irányuló eljárásban a dokumentáció részleges újraértékelése	30 375 000 Ft
VI.27.	A hatóság által korábban értékelt azonos kérelmezőtől származó, vagy egyidejűleg benyújtott biocid hatóanyag a korábbitól eltérő további terméktípusban történő jóváhagyásának megújítására irányuló eljárásban a dokumentáció teljes újraértékelése	30 375 000 Ft
VI.28.	A hatóság által korábban értékelt azonos kérelmezőtől származó, vagy egyidejűleg benyújtott biocid hatóanyag a korábbitól eltérő további terméktípusban történő jóváhagyásának megújítására irányuló eljárásban a dokumentáció részleges újraértékelése	15 187 000 Ft
VI.29.	Nem engedélyezett biocid terméken, vagy kizárólag biocid terméken való felhasználásra szánt, nem jóváhagyott hatóanyagokon kutatási vagy fejlesztési célú kísérlet és vizsgálat elvégzésének kezdeményezése	67 500 Ft
VI.30.	Biocid termék vagy termékcsalád forgalomba hozatali engedélyének megújítása, ha az értékelést más tagállam végzi	506 000 Ft
VI.31.	Biocid termékek vagy termékcsaládok más tagállamban végzett összehasonlító értékelésének elismerése	202 500 Ft hatóanyagonként
	A biocid termékek engedélyezésének és forgalomba hozatalának egyes szabályairól szóló 316/2013. (VIII. 28.) Korm. rendelet 24. §-a szerinti átmeneti rendszer díjtételei	
VI.32.	Rovar-, rágcsálóirtó szer és rovarriasztó szer forgalomba hozatalának engedélyezése	129 600 Ft/termék
VI.33.	Rovar-, rágcsálóirtó szer, valamint rovarriasztó szer szakvéleményezése forgalomba hozatalhoz:	
VI.33.1.	Rovarirtó szerek szakvéleményezése	506 500 Ft
VI.33.2.	Rovarriasztó szerek szakvéleményezése	339 500 Ft
VI.33.3.	Rágcsálóirtó szer szakvéleményezése	328 200 Ft
VI.34.	Irtószer felhasználás engedélyezése	11 000 Ft
VI.35.	Fertőtlenítőszer forgalomba hozatalának és fertőtlenítési technológia engedélyezése	129 600 Ft/termék
VI.36.	Ivóvízellátásban, uszoda- és fürdővízben felhasználható biocid anyag engedélyezése	129 600 Ft/termék
VI.37.	A biocid termék forgalomba hozatali engedélyének módosítása adminisztratív változtatás esetén	33 700 Ft
VI.38.	A biocid termék forgalomba hozatali engedélyének módosítása nem adminisztratív változtatás esetén	64 800 Ft
VI.39.	Humán-egészségügyi célra használt biocid termékek szakvéleményezése	87 000 Ft/termék
VI.40.	A 2. terméktípusba tartozó magán- és közegészségügyi felhasználású fertőtlenítőszer és egyéb biocid termékek szakvéleményezése	87 000 Ft/termék
VI.41.	Élelmiszer és takarmány közelében használt biocid termékek szakvéleményezése	87 000 Ft/termék
VI.42.	Ivóvízellátásban, uszoda- és fürdővízben felhasználható biocid termékek szakvéleményezése	87 000 Ft/termék
VII.	<i>Immunológiai készítményekkel kapcsolatos igazgatási szolgáltatások</i>	
	Immunológiai készítmények gyártási tételének vizsgálata forgalomba hozatalt megelőzően:	
VII.1.	Külföldi készítmény, külföldi hatósági bizonylattal	195 000 Ft
VII.2.	Készítmény hatósági bizonylat nélkül	695 000 Ft
VIII.	<i>Közegészségügyi-járványügyi igazgatási szolgáltatások</i>	
VIII.1.	Légi szúnyogirtás engedélyezése	24 500 Ft
IX.	<i>Természetes gyógytényezőkkel és ásványvizekkel kapcsolatos igazgatási szolgáltatások</i>	
IX.1.	Gyógyfürdőintézmény megnevezés használatának engedélyezése	162 000 Ft
IX.2.	Elismert ásványvíz megnevezés használatának engedélyezése	81 000 Ft
IX.3.	Elismert ásványvíz gyógyvízzé történő átminősítésének engedélyezése	63 450 Ft

IX.4.	Gyógyvíz, gyógyhatású víz megnevezés használatának engedélyezése, valamint külföldről származó palackozott gyógyvíz hazai forgalomba hozatalának engedélyezése	117 450 Ft
IX.5.	Gyógyiszap és egyéb természetes gyógytényező megnevezés használatának engedélyezése	117 450 Ft
IX.6.	Korábban kiadott engedély módosítása, felülvizsgálata	41 000 Ft
IX.7.	Közegészségügyi tájékoztatás adása a gyógyhely és védőterület határai kijelölésére, valamint a levegőterheltségi szint mérési pontok megfelelőségére vonatkozóan	49 410 Ft
IX.8.	Elismert ásványvíz, gyógyvíz, gyógyhatású víz, gyógyiszap és egyéb természetes gyógytényezők megnevezés engedélyezésében szakhatósági közreműködés (a kitermelés körülményeinek közegészségügyi szempontú vizsgálata)	31 500 Ft
IX.8.	Település egésze vagy meghatározott része gyógyhellyé nyilvánításának engedélyezése	160 000 Ft
IX.11.	Gyógyhellyé nyilvánítás engedélyezésében szakhatósági közreműködés (környezet-egészségügyi szempontú feltételek vizsgálata)	380 000 Ft
IX.12.	Elismert ásványvíz, gyógyvíz, gyógyhatású víz, gyógyiszap és egyéb természetes gyógytényezők megnevezés engedélyezésében szakhatósági közreműködés (a gyógytényező felhasználhatósága formájának, azaz külsőleg vagy belsőleg történő felhasználásának, feltételeinek, a korlátozással fogyasztható vizek fogyasztási előírásainak, valamint az esetleges víz- és iszapkezelési technológiai eljárásoknak a közegészségügyi szempontú vizsgálata)	120 000 Ft
IX.13.	Elismert ásványvíz, gyógyvíz, gyógyhatású víz, gyógyiszap és egyéb természetes gyógytényezők megnevezés engedélyezésében szakhatósági közreműködés (annak vizsgálata, hogy a vizet adó kút vagy forrás egy, már korábban gyógyvíz minősítést kapott kút vagy forrás védőterületén, védőidomán belül van, azonos vízadó rétegből kapja a vizet, és a két víz kémiai összetétele a természetes ingadozás határain (maximum 20% változás) belül megegyezik)	30 000 Ft
IX.14.	Elismert ásványvíz, gyógyvíz, gyógyhatású víz, gyógyiszap és egyéb természetes gyógytényezők megnevezés engedélyezésében szakhatósági közreműködés (az orvosi megfigyelések értékelése, amely tartalmazza a javallatokat, ellenjavallatokat és az alkalmazási előírásokat is.)	120 000 Ft
IX.15.	Szűrő-forgató rendszer létesítése, üzemeltetése alóli felmentés engedélyezésében szakhatósági közreműködés (annak vizsgálata, hogy a gyógyvíz minősége alapján a felmentés feltételei teljesülnek-e, továbbá, hogy, a gyógyvíz gyógyászati szempontból értékes, biológiailag aktív alkotórészeit a vízforgatás károsítja-e)	120 000 Ft
IX.16.	Szűrő-forgató rendszer létesítése, üzemeltetése alóli felmentés engedélyezésében szakhatósági közreműködés (annak vizsgálata, hogy a kérelemben rögzített nyitvatartási- és geometriai adatok mellett bizonyítottan rendelkezésre áll-e (a vízjogi üzemeltetési engedélyben szereplő engedélyezett vízkivétel figyelembevételével) a minimálisan biztosítandó 30%-os felületi terheléshez szükséges vízmennyiség mind napi, mind éves vonatkozásban)	115 000 Ft
IX.17.	Közhasználatú fürdők közegészségügyi-technológiai szabályzatot jóváhagyó eljárásban szakhatósági közreműködés (egyedi kút vízének és egyéb vizek közegészségügyi szempontú vizsgálata fürdési célú létesítmény tápvizeként történő felhasználására)	120 000 Ft
IX.18.	Közhasználatú fürdők közegészségügyi-technológiai szabályzatot jóváhagyó eljárásban szakhatósági közreműködés (szűrő-forgató berendezéssel üzemeltetett fürdési célú létesítményben elismert ásvány- és gyógyvíz, vagy egyedi összetételű tápvíz felhasználása esetén a kémiai paraméterek tekintetében a medencevízre vonatkozó előírásoktól való eltérés vizsgálata)	120 000 Ft
X.	<i>Más hatóság eljárásában történő közreműködéssel kapcsolatos igazgatási szolgáltatások</i>	
X.3.	Kereskedelmi szálláshely működtetésében való szakhatósági közreműködés	38 475 Ft

X.4.	Vízbázisok védelmével kapcsolatos szakhatósági közreműködés	41 445 Ft
X.5.	Fürdősi célú gázveszélyes víz igénybevételével kapcsolatos szakhatósági közreműködés	31 725 Ft
X.6.	Elvi vízjogi engedélyezési vízjogi létesítési, üzemeltetési és fennmaradási engedélyezési eljárásokban történő szakhatósági közreműködés	32 265 Ft
X.7.	Felszíni víz ivóvízként való felhasználására vonatkozó eljárásban szakhatósági közreműködés	32 265 Ft
X.8.	Közfürdő védőterületének kialakításában való szakhatósági közreműködés	27 270 Ft
X.9.	50 főnél kevesebb személyt ellátó, vagy napi 10 m ³ -nél kevesebb vizet szolgáltató vízellátó rendszer közegészségügyi feltételeinek megállapítása	27 270 Ft
X.10.	Felszín alatti vizek védelmével kapcsolatos közegészségügyi szakhatósági közreműködés	31 725 Ft
X.11.	Települési szilárd és folyékony hulladékkal kapcsolatos (hulladékkezelő létesítményre vonatkozó) szakhatósági közreműködés	37 395 Ft
X.12.	Építőipari kivitelezési tevékenységtől származó zaj határérték-túllépés engedélyezési eljárásban szakhatósági közreműködés	37 395 Ft
X.13.	Települési szilárd és folyékony hulladékkal kapcsolatos tevékenység engedélyezési eljárásában történő szakhatósági közreműködés	37 395 Ft
X.14.	Veszélyes hulladék elhelyezésével kapcsolatos szakhatósági közreműködés	32 670 Ft
X.16.	Környezeti hatásvizsgálati eljárásban szakhatósági közreműködés	40 095 Ft
X.17.	Vásár, piac, vásárcsarnok létesítéséhez és nyilvántartásba vételéhez előírt szakhatósági közreműködés	40 500 Ft
X.21.	Telepengedélyezési eljárásban szakhatósági közreműködés	26 190 Ft
X.22.	Utak építésének, forgalomba helyezésének és megszüntetésének engedélyezési eljárásában szakhatósági közreműködés	15 525 Ft
XI.	<i>Orvostudományi kutatással kapcsolatos igazgatási szolgáltatások [nem kereskedelmi kutatás, valamint az Eütv. 159. § (5) bekezdése szerinti kutatás kivételével]</i>	
XI.1.	Orvostudományi kutatás engedélyezése, az engedély módosítása az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásügyi Bizottságának vagy az Egészségügyi Tudományos Tanács Humánreprodukciós Bizottságának szakhatósági állásfoglalása alapján	500 000 Ft + kutatásba bevont telephelyenként 33 000 Ft kiegészítődíj (az összegből a szakhatósági eljárás díja 425 000 Ft)
XI.2.	Orvostudományi kutatás engedélyezése, az engedély módosítása a Regionális Kutatásügyi Bizottságok (RKEB) véleménye alapján	114 000 Ft (ebből az RKEB díja: 15 300 Ft)
XII.	<i>A nemdohányzók védelmével kapcsolatos igazgatási szolgáltatások</i>	
XII.1.	Zárt légterű dohányzóhely kijelölésének engedélyezése a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény (a továbbiakban: Nvt.) 2. § (9) bekezdése alapján, az Nvt. 2. § (5) bekezdés d) és e) pontja szerinti esetekben a munkavállalók részére	54 000 Ft
XII.2.	Új adalékanyagok dohánytermék-gyártásban történő felhasználásának bejelentése, a korábban bejelentett adalékanyagra vonatkozó tanulmány elbírálása, új dohánytermék-kategóriákba tartozó dohánytermék bejelentése, dohányzási célú gyógynövénytermék bejelentése, valamint az e sor szerinti bejelentésekhez kapcsolódó változásbejelentések	54 000 Ft
XII.3.	A jogszabályban foglaltaktól eltérő dohányzási tilalmat jelző felirat engedélyezése	20 250 Ft

12. melléklet a 61/2024. (XII. 30.) BM rendelethez

„1. melléklet a 30/2016. (X. 3.) EMMI rendelethez

I. Az elektronikus cigaretta, az utántöltő flakon és a dohányzást imitáló elektronikus eszközök forgalomba hozatalával kapcsolatos bejelentések igazgatási szolgáltatási díjai

	A	B
1	Termék	Díj
2	I.1. elektronikus cigaretta forgalomba hozatala márkanevenként és hatáserősségként	570 000 Ft
3	I.2. utántöltő flakon és patron forgalomba hozatala márkanevenként és hatáserősségként	570 000 Ft
4	I.3. dohányzást imitáló elektronikus eszköz, nikotinmentes utántöltő flakon, nikotinmentes patron forgalomba hozatala márkanevenként	570 000 Ft
5	I.4. változás bejelentés elektronikus cigaretta tekintetében márkanevenként és hatáserősségként	367 200 Ft
6	I.5. változás bejelentés utántöltő flakon és patron tekintetében márkanevenként és hatáserősségként	367 200 Ft
7	I.6. változás bejelentés dohányzást imitáló elektronikus eszköz, nikotinmentes utántöltő flakon, nikotinmentes patron tekintetében márkanevenként	367 200 Ft
8	I.7. dohányzást helyettesítő nikotintartalmú termék forgalomba hozatala márkanevenként	570 000 Ft
9	I.8. változás bejelentés dohányzást helyettesítő nikotintartalmú termék tekintetében márkanevenként	367 200 Ft

„

**A belügyminiszter 63/2024. (XII. 30.) BM rendelete
egyes belügyi tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról és hatályon kívül helyezéséről**
(kivonatos közlés)

- [1] Kiemelt cél a jogi versenyképesség növelése és a magyar gazdaság teljesítményének fokozása érdekében a magyar jogrendszer részét képező gazdasági és társadalmi működésre vonatkozó jogszabályok deregulációs célú módosítása.
- [2] A miniszteri rendelet által a hazai ipari tevékenységet, a munkaegészségügyet, valamint a tűzvédelmi ágazati szakértőket érintően kerül sor a szabályozás hatékonysági szempontú egyszerűsítésére.
- [3] A jogi versenyképesség hatékonyságának növelése érdekében a munkaköri alkalmassági vizsgálaton készülő egészségügyi dokumentációk kötelező módon elektronikus formában is elérhetővé válnak, valamint észszerűsítésre kerül a gyógyászati termékekkel kapcsolatos ismertetési tevékenységgel összefüggő adatszolgáltatási kötelezettség.
- [4] Az igazságügyi szakértőkkel kapcsolatos jogi környezet módosításával azok a személyek, akik az egyes tűzvédelmi ágazati szakértői jegyzékbe szakértőként be vannak jegyezve, kérelemre – a képesítési feltételek névjegyzéket vezető hatóság általi vizsgálata nélkül – az igazságügyi szakértői névjegyzékbe is bejegyzésre kerülhetnek, jelentősen egyszerűsítve az eddigi szabályozáson.
- [5] A munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény 88. § (4a) bekezdés b) pontjában kapott felhatalmazás alapján – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 103. § (1) bekezdés 11. pontjában foglalt feladatkörében eljáró nemzetgazdasági miniszterrel egyetértésben – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva, a 2. alcím tekintetében a kémiai biztonságról szóló 2000. évi XXV. törvény 34. § (4) bekezdés f) pontjában kapott felhatalmazás alapján – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 160. § 3. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró energiaügyi miniszterrel egyetértésben – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva, a 3. alcím tekintetében a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény 77. § (2) bekezdés j) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva, a 4. alcím tekintetében a tűz elleni védekezésről, a műszaki mentésről és a tűzoltóságról szóló 1996. évi XXXI. törvény 47. § (2) bekezdés 2. pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § 7. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva, az 5. alcím tekintetében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. § (2) bekezdés i) pont ia) és ib) alpontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva, a 6. alcím és az 1. melléklet tekintetében a tűz elleni védekezésről, a műszaki mentésről és a tűzoltóságról szóló 1996. évi XXXI. törvény 47. § (2) bekezdés 1. pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 7. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva, a 7. alcím és a 2. melléklet tekintetében az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 38. § (2) bekezdés t) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva, a 8. alcím tekintetében az igazságügyi alkalmazottak szolgálati jogviszonyáról szóló 1997. évi LXVIII. törvény 135. § (4) bekezdés a) pont aa), ac) és ad) alpontjában kapott felhatalmazás alapján – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 119. § 1. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró igazságügyi miniszterrel egyetértésben – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 16. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva, a 9. alcím tekintetében a hulladékról szóló 2012. évi CLXXXV. törvény 88. § (3) bekezdés a) pont aa) és ab) alpontjában kapott felhatalmazás alapján – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 160. § 6. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró energiaügyi miniszterrel egyetértésben – a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva
- a következőket rendelem el:

1. A munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről szóló 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet módosítása

- 1. §** A munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről szóló 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet (a továbbiakban: R.) 14. § (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(4) Az egészségügyi törzslapot a vizsgálatot végző orvos feltölti az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér egészségügyi dokumentum-nyilvántartásába.”
- 2. §** Az R. 16/A. § (4) bekezdésében az „egy” szövegrész helyébe a „kettő” szöveg lép.

2. Az egyes veszélyes anyagokkal, illetve veszélyes készítményekkel kapcsolatos egyes tevékenységek korlátozásáról szóló 41/2000. (XII. 20.) EüM–KöM együttes rendelet módosításáról szóló 28/2007. (VI. 13.) EüM–KvVM együttes rendelet hatályon kívül helyezése

- 3. §** Hatályát veszti az egyes veszélyes anyagokkal, illetve veszélyes készítményekkel kapcsolatos egyes tevékenységek korlátozásáról szóló 41/2000. (XII. 20.) EüM–KöM együttes rendelet módosításáról szóló 28/2007. (VI. 13.) EüM–KvVM együttes rendelet.

3. Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz ismertetésére, az ismertetői tevékenységet végző személyek nyilvántartására, és a gyógyszerrel, gyógyászati segédeszközzel kapcsolatos, fogyasztókkal szembeni kereskedelmi gyakorlatra vonatkozó részletes szabályokról szóló 3/2009. (II. 25.) EüM rendelet módosítása

- 4. §** Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz ismertetésére, az ismertetői tevékenységet végző személyek nyilvántartására, és a gyógyszerrel, gyógyászati segédeszközzel kapcsolatos, fogyasztókkal szembeni kereskedelmi gyakorlatra vonatkozó részletes szabályokról szóló 3/2009. (II. 25.) EüM rendelet (a továbbiakban: R2.) 10. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(3) Az ismertetési tevékenységet folytató a 7. § (3) bekezdésében, illetve a 9. § (2) bekezdésében meghatározott jegyzőkönyvek elektronikus másolatát – társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszer, illetve társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyászati segédeszköz esetén – negyedévente megküldi az NNGYK-nak.”
- 5. §** Hatályát veszti az R2.
a) 8. § (6) bekezdése, valamint
b) 10. § (2) bekezdése.

5. Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet módosítása

- 7. §** Hatályát veszti az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet 2. melléklet 17.3.1.3. pontjában foglalt táblázatot követően a „*”: az igazságügyi szakértőkről szóló 2016. évi XXIX. törvény szakértőjelöltekre vonatkozó 57–58. § egyidejű alkalmazásával” szövegrész.

7. Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról szóló 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet módosítása

- 9. §** Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról szóló 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet 4. melléklete a 2. melléklet szerint módosul.

9. Az egészségügyi szolgáltatónál képződő hulladékkal kapcsolatos hulladékgazdálkodási tevékenységekről szóló 12/2017. (VI. 12.) EMMI rendelet módosítása

- 11. §** Az egészségügyi szolgáltatónál képződő hulladékkal kapcsolatos hulladékgazdálkodási tevékenységekről szóló 12/2017. (VI. 12.) EMMI rendelet (a továbbiakban: R4.) 9. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„9. § (1) Az egészségügyi szolgáltatónál képződő egészségügyi hulladékról a hulladéktermelő a 4. melléklet szerinti adattartalommal nyilvántartást vezet. Az egészségügyi szolgáltató a nyilvántartás adatait minden év március 1-jéig megküldi a vármegyei kormányhivatalnak.

(2) Az (1) bekezdés szerinti adatokat a vármegyei kormányhivatal összesíti, majd az összesített nyilvántartást minden év április 1-jéig megküldi az országos tisztifőorvosnak és tájékoztatásul az országos környezetvédelmi hatóság részére.”

12. § Az R4.

a) 5. § (3) bekezdés j) pontjában a „fővárosi és vármegyei kormányhivatal népegészségügyi feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatala (a továbbiakban: járási hivatal)” szövegrész helyébe a „népegészségügyi feladatkörében eljáró fővárosi és vármegyei kormányhivatal (a továbbiakban: vármegyei kormányhivatal)” szöveg,

b) 7. § (2) bekezdésében a „népegészségügyi feladatkörében eljáró fővárosi és vármegyei kormányhivatal (a továbbiakban: vármegyei kormányhivatal)” szövegrész helyébe a „vármegyei kormányhivatal” szöveg,

c) 4. mellékletében foglalt 1. táblázat 1.2. sorában a „járási hivatal” szövegrész helyébe a „vármegyei kormányhivatal” szöveg

lép.

10. Záró rendelkezések

13. § (1) Ez a rendelet – a (2) bekezdésben foglalt kivétellel – 2025. január 1-jén lép hatályba.

(2) Az 1. §, a 7. alcím és a 2. melléklet 2025. június 1-jén lép hatályba.

Dr. Pintér Sándor s. k.,
belügyminiszter

2. melléklet a 63/2024. (XII. 30.) BM rendelethez

Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról szóló 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet 4. mellékletében foglalt táblázat a következő 20. sorral egészül ki:

	(A)	B	C
1	Dokumentum típusa	Határidő	Dokumentum továbbítása
20	„Munkavállaló egészségügyi törzslapja”	1 óra	kötelező

**A belügyminiszter 64/2024. (XII. 30.) BM rendelete
a digitális államról és a digitális szolgáltatások nyújtásának egyes szabályairól szóló törvénynek való
megfelelés érdekében egyes rendeletek módosításáról**

(kivonatós közlés)

A Rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény 101. § (1) bekezdés e) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 16. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva,

a 2. alcím tekintetében a tűz elleni védekezésről, a műszaki mentésről és a tűzoltóságról szóló 1996. évi XXXI. törvény 47. § (2) bekezdés 5. pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 7. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva,

a 3. alcím tekintetében a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény 94. § (1) bekezdés a) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 29. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva,

a 4. alcím tekintetében az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 38. § (2) bekezdés p) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 26. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva

a következőket rendelem el:

**4. Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról szóló
39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet módosítása**

5. § Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról szóló 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet 8. § (1) bekezdésében az „az elektronikus ügyintézés és a bizalmi szolgáltatások általános szabályairól szóló törvény” szövegrész helyébe az „a digitális államról és a digitális szolgáltatások nyújtásának egyes szabályairól szóló 2023. évi CIII. törvény” szöveg lép.

5. Záró rendelkezések

6. § Ez a rendelet a kihirdetését követő napon lép hatályba.

Dr. Pintér Sándor s. k.,
belügyminiszter

IV. RÉSZ Útmutatók

V. RÉSZ Közlemények

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve rizikó újszülöttek utógondozásáról

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002253
Érvényesség időtartama:	megjelenést követő 3 évig érvényes

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Csecsemő- és gyermekgyógyászat Tagozat

Prof. Dr. Bereczki Csaba, csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia szakorvosa, csecsemő- és gyermekgyógyász, nefrológus, klinikai farmakológus, elnök (2024. december 9-ig), társszerző
Dr. Nagy Anikó Ph.D., csecsemő- és gyermekgyógyász, gyermekművelődési orvos, egészségbiztosítás szakorvosa, gasztroenterológus, elnök

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Bajnok Ildikó, konduktor, alapozó terapeuta, társszerző
Dr. Cziniel Mónika, csecsemő- és gyermekgyógyász, neonatológus, gyermekneuroológus szakorvos, társszerző
Dr. Elmont Beatrix, csecsemő- és gyermekgyógyász, gyermekneuroológus, gyermekrehabilitációs szakorvos, társszerző
Dr. Király Balázs, csecsemő- és gyermekgyógyász, gyermeknefrológus szakorvos, házi gyermekorvos, társszerző
Dr. Merő Gabriella, csecsemő- és gyermekgyógyász, neonatológus, gyermekneuroológus, klinikai neurofiziológus szakorvos, társszerző
Dr. Nádor Csaba, csecsemő- és gyermekgyógyász, neonatológus szakorvos, társszerző
Palugyay Dorottya, gyógypedagógus, integrált szülő-csecsemő konzulens, társszerző
Dr. Zátanyi Adél, csecsemő- és gyermekgyógyász, neonatológus szakorvos, IBCLC (laktációs szaktanácsadó), társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Neonatológia Tagozat

Dr. Gárdos László, csecsemő- és gyermekgyógyász, neonatológus, gasztroenterológus, csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia szakorvosa, elnök, véleményező

2. Gyermek alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvostan) Tagozat

Dr. Kovács Tamás, csecsemő- és gyermekgyógyász, csecsemő- és gyermekkardiológus, neonatológus, elnök, véleményező

3. Házi orvostani Tagozat

Dr. Szabó János, házi orvostan, foglalkozás-orvostan (üzemorvostan) szakorvosa, elnök, véleményező

4. Szemészet Tagozat

Prof. Dr. Nagy Zoltán Zsolt, szemész szakorvos, gyermekszemész szakorvos, elnök, véleményező

5. Fül, orr, gégegyógyászat Tagozat

Prof. Dr. Lujber László PhD., audiológus, fül-orr-gégegyógyászat szakorvosa, elnök, véleményező

6. Védőnői (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) Tagozat

Lőrinczi Orsolya Éva, védőnő, elnök, véleményező

7. Dietetika, humán táplálkozás Tagozat

Gubicskóné Dr. Kisbenedek Andrea, dietetikus, elnök, véleményező

- 8. Mozgásterápia, fizioterápia Tagozat**
Dr. Hock Márta, gyógytornász, elnök, véleményező
- 9. Ortopédia Tagozat**
Prof. Dr. Szendrői Miklós, ortopédus, kórbonctan-kórszövettan szakorvosa, elnök, véleményező
- 10. Szülészet és nőgyógyászat Tagozat**
Dr. Nagy Sándor, szülészet-nőgyógyászat szakorvosa, klinikai genetikus; szülészeti-nőgyógyászati ultrahang diagnosztika szakorvosa, elnök, véleményező
- 11. Tüdőgyógyászat Tagozat**
Dr. Bogos Krisztina, belgyógyász, tüdőgyógyász, klinikai onkológia szakorvosa, elnök, véleményező
- 12. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat**
Dr. Kovács Péter, pszichoterápia szakorvosa, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, elnök, véleményező
- 13. Rehabilitáció, fizikális medicina és gyógyászati segédeszköz Tagozat**
Dr. Fazekas Gábor, mozgásszervi rehabilitáció, neurológia, reumatológia és fizioterápia szakorvosa, elnök, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértenek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Mellettek a helyem Egyesület

Korábban Érkeztem Dél-Alföldi Koraszülött Intenzív Osztályért Alapítvány

KORE, Koraszülöttekért Országos Egyesület

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem kerültek bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Magyar Gyermeckorlási Társaság

Független szakértő(k):

Nem kerültek bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:

Rizikó újszülöttek utógondozása

Ellátási folyamat szakaszai:

1. kezelés és pszichomotoros fejlődés támogatása, szövődmények, utóképek megelőzése a PIC-ekben (fejlődéstámogató gondoskodás, anyatejes táplálás, kenguru-módszer)
2. kötelező szűrővizsgálatok a PIC-ben
3. hazaadás-kapcsolatfelvétel a háziorvossal, védőnővel, újraélesztő tanfolyam és egyéb információk a szülőknek
4. első kontroll vizsgálatok pontos meghatározása (hely, idő, orvos)
5. követés 1 éves korig
6. követés 1–18 éves korban

Érintett ellátottak köre:	Minden 0–18 éves – rizikó újszülöttként diagnosztizált, vagy a későbbi gondozási folyamat során pszichomotoros fejlődésében elmaradt gyermek.
Szakterület:	0400 szülészet-nőgyógyászat 0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat 0501 neonatológia 0502 PIC 0508 gyermekszemészet 0509 csecsemő és gyermek fül-orr-gégegyógyászat 0511 gyermekneurológia 0521 fejlődésneurológia 0601 audiológia 0700 szemészet 1600 infektológia 2205 gyermekrehabilitáció 2209 súlyos központi idegrendszeri károsodottak, polytraumatizáltak és égésbetegek rehabilitációja gyermekkorban 5301 teljes körű ultrahang-diagnosztika 5700 fizioterápia-gyógytorna 6302 házi gyermekorvosi ellátás 6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás 6306 iskola- és ifjúságorvoslás 7202 gyógypedagógia (és annak szakágai) 7203 konduktori tevékenység 7204 gyógyújszás (külön jogszabályban meghatározott képesítésekkel) 8021 manuálterápia (gyógytornász/gyógytornász-fizioterapeuta által is végezhető)
Ellátási forma:	A1 alapellátás-alapellátás A2 alapellátás-ügyeleti ellátás J1 járóbeteg-szakellátás-járóbeteg-szakellátás J3 járóbeteg szakellátás-jellemzően terápiás beavatkozást végző szakellátás J5 járóbeteg-szakellátás-betegek otthonában végzett szakellátás J7 járóbeteg-szakellátás-gondozás D1 diagnosztika-diagnosztika F1 fekvőbeteg-szakellátás-aktív-fekvőbeteg-ellátás F2 fekvőbeteg-szakellátás-krónikus fekvőbeteg-ellátás E3 egyéb szolgáltatás-önálló „megelőző egészségügyi ellátások” E6 egyéb szolgáltatás-az előzőekbe be nem sorolható ellátások
Progresszivitási szint:	I–II–III-as szint
Egyéb specifikáció:	Nincs.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Rizikócsoporthoz meghatározása:

A rizikótényezők azok a biológiai és környezeti sajátosságok, melyek megnövelik a nem optimális fejlődés valószínűségét. Csoportjai:

1. Biológiai rizikótényezők, amelyek e módszertani levélben részletezésre kerülnek.
2. Környezeti rizikótényezők, pl. tartós szegénység, etnikai kisebbségi státusz.
3. Családi rizikótényezők pl. egyszülős családok, párkapcsolati konfliktusok családon belüli erőszak.
4. Szülői rizikótényezők pl. elhanyagoló, bántalmazó nevelés, drog- és alkoholfogyasztás.

A biológiai okok mellett a másik három csoportból is be kell, hogy kerüljenek az utógondozás rendszerébe ezek a nehezebben megtalálható, de esetlegesen eltérő fejlődést mutató csecsemők.

- 1. Magas rizikójú újszülöttek:**
 - A. Perinatális anamnézis alapján**
 - születési súly <1000 g
 - gesztációs kor a születéskor <28 hét
 - B. Társuló koraszülött utóképek**
 - BPD
 - IVH III. és IV. st. (1. táblázat)
 - PVL
 - ROP III-V. stádium
 - C. Neonatális encephalopathiák**
 - perinatális asphyxia: 5 és 10 perces Apgar score <5, köldök pH <7 és BE deficit >12 mmol/l
 - súlyos hypoxiás ischaemiás encephalopathia (HIE) – Sarnat III. (2. táblázat)
 - súlyos, elhúzódó neonatális encephalopathia (metabolikus, hypoxiás, vérzéses, infekciós)
 - súlyos sepsis + MOF + encephalopathia tünetei
 - neonatális konvulziók (metabolikus, infekciós, neonatális epilepsziák stb.)
 - perinatális stroke (vérzéses, ischaemiás, sinovenosus thrombosis)
 - elhúzódó hypo- vagy hyperglykaemia
 - anyagcsere-betegségek
 - D. Műtétek**
 - minden olyan újszülöttsebészeti, illetve szívsebészeti beavatkozáson átesett gyermek, ami ECMO-t, motoros szívűtétet, vagy 24 órán túli gépi lélegeztetést igényel
 - idegsebészeti műtét
 - sebészeti beavatkozást igénylő NEC
 - E. Veszületett intrauterin infekciók**
 - HIV pozitív anya gyermeke
 - igazolt intrauterin CMV, toxoplasma, rubeola, herpes
 - kezeletlen syphilises anya gyereke
 - F. Genetikai eltérések**
 - ismert kromoszóma rendellenesség
 - diszmorfiás jegyek melyek genetikai rendellenességre utalnak (2 major vagy egy major és 5 minor diszmorfiás anomália)
 - súlyos a pszichomotoros fejlődésre hatást gyakorló veszületett fejlődési rendellenesség
 - G. Egyéb**
 - iker-iker transzfúzió
 - hazaadáskor kóros neurológiai státusz (nyelészavar/táplálási nehezítettség, generalizált súlyos hypotonia, fokozott izomtónus, irritabilitás, csökkent mozgásdinamika, plexus brachialis sérüléssel született újszülöttek)
 - IUGR vagy EUGR: születéskor és/vagy hazaadáskor súly és/vagy fejkörfogat pc<3
 - neuromuscularis betegségek
 - súlyos szívbeteg gyermekek (pl. Fallot tetralógia, bal szívély hypoplasia, teljes tüdővéna transzpozíció, pulmonális atresia)
- 2. Közepes rizikójú újszülöttek:**
 - 1000–1499 grammos születési súly
 - gesztációs kor a születéskor: 28–32 hét
 - IUGR vagy EUGR: születéskor és/vagy hazaadáskor súly és/vagy fejkörfogat pc <9
 - közepes HIE – Sarnat II. (2. táblázat)
 - haemodinamikailag jelentős PDA
 - neonatalis sepsis (nem igényel keringéstámogatást, gépi lélegeztetést)
 - vércserét igénylő hyperbilirubinaemia
 - IVH II. st. (1. táblázat)
 - suboptimalis otthoni környezet (pl. nem megfelelő szülői együttműködés)
- 3. Alacsony rizikójú újszülöttek:**
 - gesztációs kor a születéskor 33–37. hét
 - 1500–2499 g születési súly

- HIE Sarnat I. (2. táblázat)
- átmeneti hypoglykaemia
- IVH I. st. (1. táblázat)
- ikerterhességből született újszülött [1].

Ayres terápia: Szenzoros integrációs terápia, elsődlegesen a mozgáskoordinációt fejleszti vestibuláris ingerekkel, ezáltal számos más fontos területre hatva.

Alapozó terápia: Komplex, mozgásfejlesztésen alapuló (úgynevezett motoszenzoros típusú) idegrendszer fejlesztő terápia, mely során a mozgásalapot kiegészítik fejlesztő pedagógiai módszerekkel (idő, tér, emlékezet, hallás- és beszédészlelés-fejlesztés stb.), ezzel teszik teljessé.

Bayley III.: Bayley Csecsemő és Kisgyermek Skála, Harmadik kiadás: Kétszemélyes felvételi helyzetre kialakított teszteszköz, amely méri a csecsemők és kisgyermekek fejlődési funkcióit 1–42 hónapos kor között, a kognitív, nyelvi, motoros, szociális-érzelmi és a viselkedés területén. A teszt elsődleges célja a megkésett fejlődésű gyermekek azonosítása.

Bazális stimuláció: A bazális (alap, elemi), önálló tapasztalatszerzést nélkülöző, halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek terápiája. Stimuláció (késztetés, ingerlés) az önaktivásra. A sokoldalú érzékelési információt speciális eszközrendszer közvetíti. A fejlesztés középpontjában az észlelési hierarchiában leginkább működő szomatikus, vibrációs és vestibuláris ingerlés (végtagok simogatása, dörzsölése, hideg-meleg érzet kiváltása, himbálás, ringatás) áll. Ez orális, szag-, íz-, akusztikus, érintési/tapintási (taktilis-haptikus) és vizuális információkkal, a kommunikációs képesség fejlesztésével egészül ki.

BERA vagy ABR (szűrő-BERA v. AABR), Brainstem Electric Response Audiometry: Az agytörzsi kiváltott potenciálok mérésekor hangot juttatunk a fülbe. A mért fiziológiai jelenség a hallóideg hangra kiváltott elektromos potenciálváltozása, melyet a fejre helyezett elektródákkal vezetünk el és számítógéppel átlagolunk ki, az agy egyéb elektromos – a hangingerrel nem összefüggő – tevékenységei közül. A szűrésben az automatizált vizsgálat (AABR) terjedt el, ennél 35 dB-es ingert szokás adni. A diagnosztikai lépcsőben az összetettebb mérési protokollú klinikai formája (ABR v. BERA) használatos. A BERA a 2–3 kHz körüli hallástartományról ad csak választ, nem a teljes hallástartományról. MLR-rel kiegészíthető.

Bowen terápia: A test meghatározott pontjain történő elvégzett izom és kötőszöveti fogások specifikus szériáiból álló terápia, mely a fasciákban keletkezett feszültséget oldja.

Craniosacrális terápia: Az agyi-gerincvelői folyadék keringésében beállt blokkok oldása a szöveti feszültségek oldásával, valamint a koponya-, és keresztcsonti kóros mikromozgások korrigálásával, így a szervezet öngyógyító rendszerének hatékony működését állítja vissza.

DSGM (Dévény Speciális Manuális Technika- Gimnasztika módszer): DSGM I. manuális technika, izom- és ínkezelés, amely hangsúlyosan foglalkozik az inakkal és az izom-ín egységeket borító vékony hártyával, az úgynevezett fasciával.

Emelt összegű családi pótlék: Magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESZCSM rendelet 1. számú melléklet határozza meg: Neonatológiai kórképek: Q betűjel, idetartoznak a BNO: P 07 kódok, 1500 g születési súly alatt 3 éves korig különösebb betegség nélkül.

Gesztációs kor: Az az idő, ami az utolsó szabályos menstruációs ciklus első napjától a szülés napjáig eltelik (=postmenstruációs kor), melynek idejét betöltött hetekben + napokban fejezzük ki.

GMFCS (Gross Motor Function Classification System): Nagymotoros Funkciók Osztályozása. Motoros aktivitás értékelésére szolgál gyermekkorban, célirányosan CP-s gyermekek nagymotoros funkcióképességének vizsgálatára fejlesztették ki. Csoportokba sorolás életkor szerint történik: 2 éves kor alattiak, 2–3 évesek, 4–5 évesek, 6–12 évesek és 12 év felettek. Ismerete alapvetően fontos a prognózis és a változások nyomon követése, terápia tervezése szempontjából.

Motoros funkciókat 5 szintben írja le, különös tekintettel az ülésre, állásra és járásra vonatkozó képességekre és korlátozásokra:

GMFCS I. szintű gyerekek, járás korlátozás nélkül: önállóan jár, szalad, lépcsőzik, ugrál

GMFCS II. szintű gyermek: járás korlátozásokkal önállóan jár, lépcsőn kapaszkodnia kell

GMFCS III. szintű gyermekek önállóan jár segédeszközökkel, mint pl. bot, járókeret, rollátor, kerekesszéket (önállóan hajtja) használhatnak hosszabb távra

GMFCS IV. és V. szinten a gyermekek korlátozással rendelkeznek az önmobilitás terén és kerekesszéket igényelnek.

IV. szinten: mobilitás nagyrészt kerekesszékekkel (elektromos), lakásban rollátorral járóképes

V. szint: önállóan nem mobilis, posturalis kontroll is hibás, minden területen segítséget igényel.

Habilitáció: A veleszületett, illetőleg fejlődési rendellenességgel, betegséggel vagy baleset miatt fejlődésében megzavart és ezért a közösségi életben akadályozott gyermekekre, esetlegesen felnőttekre irányuló rehabilitációs tevékenység. [2] Korai, speciális terápia alkalmazásával egyes agyi kórfolyamatok kialakulási periódusában nemcsak a már kórosan kialakult funkciók, hanem az is megelőzhető, hogy az időben még csak később kialakuló funkciók ne váljanak kórossá [3].

Hidroterápia: A víz terápiás célokra való felhasználása. Ezek során a víz specifikus tulajdonságait használják fel, mint a hőhatás, felhajtóerő, a víz ellenállása a mozgás során, illetve néhány esetben a hidrosztatikai nyomás. **HRG:** A langyos vízben történő mozgásfejlesztés, elsődleges feladata a motoros aktivitás csökkenése miatt kialakult szenzomotoros depriváció csökkentése, a szenzomotoros területen kialakult fejlődési elmaradások pótlása célzott ingerléssel, passzív mozgattal és facilitált mozgások kiváltásával. Optimális feltételek megteremtése a saját test megéléséhez. A spontán fejlődés feltételeinek megteremtése a fiziológiás mozgássornak megfelelően (kóros mozgásmintákat gátló kiinduló helyzetek megtalálása, megfelelő tér és idő biztosítása az aktív mozgások gyakorlásához a fejkontrolltól a felállásig). A mozgásnevelés összekapcsolása az érzékelés-észleléssel, a mindennapos tevékenységekhez szükséges mozgásokkal, a fejlesztő gondozással.

Huple: Mozgás- és koordinációfejlesztő diagnosztikai és terápiás hatású, félgömb alakú orvostechikai eszközzel történő, vesztibuláris ingerlésen alapuló fejlesztő módszer, mely szárazföldi és vízben történő terápiára (NHT), valamint diagnosztikai céllal is alkalmazható. Dr. Schultheisz Judit innovációja, szabadalma.

Konduktív pedagógia/Pető módszer: Aktív tanuláson alapuló, komplex re/habilitációs eljárás, pedagógiai fejlesztő módszer.

Kora gyermekkori intervenció: A szélesebb értelemben vett kora gyermekkori intervenció magában foglalja a prekoncepcionális, illetve a perikoncepcionális időszak preventív jellegű szolgáltatásait, valamint a fogantatástól a gyermek iskolába lépéséig a gyermekekre és családjaikra irányuló ellátások, szolgáltatások összességét. Beletartozik minden olyan tevékenység, amely a gyermekek és családjaik speciális támogatását szolgálja a gyermek személyes fejlődése, a család saját kompetenciájának megerősítése, valamint a gyermek és a család szociális befogadása érdekében. A kora gyermekkori intervenció a szűrés szakaszától, a probléma felismerésétől és jelzésétől kezdve az állapotmegismerésen, a diagnosztizáláson keresztül magában foglalja a különböző habilitációs/rehabilitációs, a (pszicho)terápiás, valamint a gyógypedagógiai tanácsadó és fejlesztő tevékenységet, illetve a juttatások rendszerét is. Szemléletében kiemelten fontos a prevenció elem, beleértve a mentális egészséget, a viselkedésszabályozást veszélyeztető kapcsolati mintázatok kedvező befolyását [4].

Korrigált kor: A kronológiai korból (hetek) számából kivonunk annyi hetet (40-gesztációs kor), amennyivel a koraszülött a terminus előtt született hetekben. Vagy másképp a várt terminus idejétől számított idő, hetekben, hónapokban fejezzük ki, 2 éves korig alkalmazzuk.

Közgyógyellátási igazolvány: Aki jogosult az emelt összegű családi pótlékra, jogosult erre az igazolványra is, mely nem csak gyógyszer, hanem segédeszköz felíráshoz is szükséges. A segédeszköz, pelenka nem terheli a közgyógyellátási keretet, ebbe csak a gyógyszer számít bele. Közgyógyellátási kérelmet a lakóhely szerinti illetékes járási hivatalhoz kell benyújtani, amikor megkapta az emelt összegű családi pótlékot.

Kronológiai kor: A megszületés óta eltelt hetek, hónapok, évek száma.

Leiter-3 teszt: Leiter International Performance Scale – Third Edition. Az intelligencia és a kognitív képességek nonverbális mérőeszköze 3-tól 75 éves korig, kulturális és nyelvi készség torzításától mentesen. A szubteszteken elért eredmények alapján lehetőség van az erősségek és gyengeségek megállapítására.

Lovas terápia (hippoterápia): Gyűjtő fogalom, melybe beletartoznak a ló segítségével végzett terápiás céllal alkalmazott egyéni vagy csoportos fejlesztések, mint a hippoterápia, a gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna, valamint a pszichoterápia lóval.

Manuális terápiák: Izomzatban, inakban, fasciában levő kóros állapotokat kezelik, idegrendszert stimulálják.

Mozgáskorlátozottak parkolási igazolványára jogosult személyek: azok a (18 év alatti) személyek, akik magasabb összegű családi pótlékban részesülnek és vaknak vagy gyengénlátónak (K betűjel 1 számjel), mozgásszervi fogyatékosnak (L betűjel), értelmi fogyatékosnak (M betűjel) vagy autistának (N betűjel 1 számjel) minősítettek, és a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESZCSM rendelet 3. számú mellékletében meghatározott igazolvással tanúsítják (Igazolás tartós beteg, vagy súlyos fogyatékos gyermekről).

Neurodevelopmental Care: Fejlődést támogató gondoskodás.

Neurohabilitációs tréning/Katona-módszer: Elemi mozgásminták gyakorlásával új idegi pályák kiépülésére szolgáló terápia.

Neuro-hidroterápia/NHT: Neurofiziológiai fókuszú-vesztribuláris ingerterápiára épített, analitikus szemléletű korrekciókhoz megfelelő speciális műfogásokat alkalmazó vízben végzett aktív terápiás eljárás. Célja a születést követő reorganizáció, a szinaptogenezis és a myelinizáció támogatása a szenzomotoriumra ható komplex hatásmechanizmussal.

Pfaffenrot- féle manuális technika: A szinergetikus reflexterápia dr. Waldemar Pfaffenrot ortopéd orvos nevéhez köthető. Több száz fogása alapvetően cerebrális mozgászavarokra specializálódott terápiás eljárás, alapja a manuális orvoslás. A terápia során módosított miofasziális technikát, akupresszúrát, reflexzóna kezelést, mobilizálást, nyújtást/tonizálást alkalmaz megfelelő sorrendben, fájdalommentesen. A technika különbözőképpen kezeli a spasztikus illetve a hipotón izomtónust csecsemőkortól felnőttkorig.

Posztkoncepcionális kor: Asszisztált reprodukció esetén a várandósság idejét az embrió beültetésétől kalkulálva hetekben megadó szám, melyhez 2 hetet hozzáadva kapjuk a postmenstruációs kort. Használata **nem** javasolt a koraszülött érettségének kifejezésére.

Pszichomotoros fejlődés késése: A fejlődés megkésése (developmental delay) azt jelenti, hogy a fejlődési mérföldkövek lassabban alakulnak ki. Egy folyamatot látunk, amelyben az ismételt vizsgálatok döntik el, hogy a megkésés csak a fejlődés egy-egy részterületét érinti, vagy minden területen elmaradás van (global development delay). A nyomkövetés során dől el, hogy milyen mérvű az elmaradás [29].

Regresszió: Kialakult képesség elvesztése, háttérben progresszív neurológiai betegség áll.

Rehabilitáció: Orvosi rehabilitáción értjük azt a tevékenységet, amelyet az orvostudomány saját eszközeivel (diagnosztika, terápia, prevenció, gondozás) nyújt a fogyatékos személyeknek, hogy meglévő képességeik kifejlesztésével önállóságukat részben vagy egészben visszanyerjék, és képessé váljanak a családba, munkahelyre, társadalomba való beilleszkedésre. Lényege tehát a meglévő funkciók és a teljesítőképeség pontos megítélése (állapotfelmérés), kompenzatórikus fejlesztése és tréningje.

Sindelar teszt vizsgálat: Brigitte Sindelar által kidolgozott program. A tanulási zavart okozó rész-képesség gyengeségek felismerése és terápiája óvodáskorban és az iskolát megkezdő gyermekeknél.

Szurdopedagógia: A csecsemő, gyermek és felnőtt hallássérültek szakszerű gyógypedagógiai ellátása.

Szűrés: Rejtett, tünetet még nem okozó, korábban még nem diagnosztizált, valószínűsíthető betegség felismerése gyorsan kivitelezhető módszerekkel. Ily módon az egészségesnek tűnő személyek közül kiválaszthatók a valószínűleg betegek. A szűrés nem diagnózis, hanem a különválasztás eszköze. A pozitív vagy bizonytalan szűrési eredményű betegek további szakorvosi kivizsgálása szükséges.

Tiflopédagógia: A gyógypedagógia azon szakterülete, mely a vizuális funkciók feltérképezése alapján megállapítja a látásteljesítményt, a látáskárosodás mértékét (vaktság, aliglátás, gyengénlátás, vizuális funkciók éretlensége) és az ennek megfelelő fejlesztést végzi.

UNHS (univerzális neonatális hallásszűrés): Az adott születési osztályon/részlegesen született összes újszülött (min. 96%) hallásszűrése objektív hallásvizsgáló módszerekkel, a hazabocsátásig. Néhány esetben pl. otthonszülés, illetve a rövid intézeti tartózkodás, vagy egyéb okok miatt a szűrés nem valósítható meg a kórházi elbocsátás előtt. Amennyiben járóbeteg-szakellátásban, legkésőbb 1 hónapos korig megtörténik a hallásszűrés, az még UNHS-nek minősül. A PIC-ben ápolts gyermekeknél a hallásszűrés legkésőbb az intézeti hazaadás előtt, illetve korrigált egy hónapos korig végzendő el.

Vojta módszer: Genetikailag kódolt mozgásminták kiváltása a törzsön és a végtagokon keltett ingerekkel, amelyek közvetlenül avatkoznak be a mozgást és tartást irányító agyi folyamatokba.

VLBW: Nagyon alacsony (1500 g alatti) születési súly (very low birth weight).

2. Rövidítések

BAEP: agytörzsi akusztikus kiváltott válasz (brainstem auditory evoked potentials)

BERA: agytörzsi kiváltott válasz audiometria (objektív hallásvizsgálat)

BINS Bayley: Bayley Infant Neurodevelopmental Screener

BPD: bronchopulmonális diszplázia, koraszülöttek krónikus tüdőbetegsége, mely a koraszülöttség talaján, az éretlen tüdőt érő gyulladás, volo- és barotrauma hatására alakul ki

CMV: cytomegalovírus

CP: cerebrál parézis, a fejlődő idegrendszer károsodása következtében kialakult elsősorban mozgászavar, amit beszéd, érzékszervi vagy értelmi fejlődési zavar is kísérhet

CVI (cerebral visual impairment): agyi eredetű látáskárosodás

EEG: elektroencephalographia

EUGR: extrauterin növekedés elmaradás (extrauterine growth restriction)

- HIE:** hypoxiás-ischaemiás encephalopathia – oxigénhiány, keringészavar okozta agyi működészavar
- HIV:** humán immundeficiencia vírus
- INPP:** mozgás- és készségfejlesztő módszer reflex-korrekción mozgásprogram által
- IUGR:** intrauterin növekedés elmaradás (intrauterine. growth restriction)
- IVH:** intraventriculáris haemorrhagia, agykamrai vérzés, koraszülöttekre jellemző koponyűri vérzés
- LCPUFA:** hosszú szénláncú többszörösen telítetlen zsírsav (long-chain polyunsaturated fatty acid)
- MDI:** Mental Development Index
- MOF:** multiorgan failure
- NEC:** necrotic enterocolitis, elsősorban koraszülöttekre jellemző táplálási intoleranciával, legsúlyosabb formájában bélelhalással, perforációval járó állapot
- PDI:** Psychomotor Development Index
- PEG:** percutan enterogastrostoma
- PIC (perinatális intenzív centrum):** koraszülöttek és beteg újszülöttek gyógyítását végző, speciálisan felszerelt, szülészethez, vagy gyermekklinikákhoz csatolt szervezeti egység
- PVL:** periventriculáris leukomalácia, koraszülöttekre jellemző agykamra körüli fehérállományi károsodás
- ROP:** retinopathy of prematurity: a koraszülöttek fejlődésben lévő ideghártyájának érújdonképződéssel járó betegsége, legsúlyosabb formája látásvesztéshez vezethet
- RSV:** respiratory syncytial vírus, jellemzően ősztől tavaszig légúti hurutot okozó vírus, mely koraszülöttekben akár légzési elégtelenségig súlyosbodhat. A koraszülöttek rendeletben meghatározott csoportja számára ingyenes, passzív védőoltással megelőzhető.
- SNI:** sajátos nevelési igényű gyermek
- TSMT:** tervezett szenzomotoros tréning, melynek fő célja az idegrendszer éréseinek elősegítése. Történhet egyéni vagy csoportos formában, meghatározott feladat-, illetve mozgássorok gyakorlásával.
- VEP:** vizuális kiváltott potenciál (visual evoked potentials)
- VP-shunt:** ventriculo-peritonealis shunt
- WPPSI:** Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence

3. Bizonyítékok szintje

A bizonyítékok szintjének értékelésekor a fejlesztőcsoport az U. S. Preventive Services Task Force besorolási rendszerét vette alapul [5].

Erősen megbízható	A bizonyítékok összessége a kérdésre választ adó, jó minőségű tanulmányokból származik, nem valószínű, hogy a jövőben végzett kutatás megváltoztatja.
Elfogadhatóan megbízható	A bizonyítékok összessége a kérdésre választ adó, limitált minőségű tanulmányokból származik, az alábbi hibák, hiányosságok lehetnek a forrástanulmányokban: – a vizsgálati minta mérete, a tanulmány lefolytatásának minősége nem megfelelő; – nem eléggé egybehangzók az eredmények; – az eredmények nem teljesen alkalmazhatók a hazai környezetben. A jövőben folyó kutatások eredményei olyan mértékben eltérők lehetnek, hogy megváltoztathatják a konklúziót.
Nem vagy alig megbízható	A bizonyíték elégtelen ahhoz, hogy annak alapján következtetést vonjanak le. Okok: – vizsgálati minta mérete, a támogató tanulmányok száma alacsony; – alapvető hiba lelhető fel a vizsgálati elrendezésben, módszertanban; – inhomogének a forrástanulmányok; – az eredmények nem általánosíthatók; – nincs információ fontos kimeneti eredményekre vonatkozóan; – csak szakértői véleményeken alapul. További kutatások nagy eséllyel megváltoztathatják a bizonyítékot.

4. Az ajánlások rangsorolása

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. A fejlesztőcsoport alapvetően a New Zealand Guidelines Group ajánlás-rangsorolási módszerét adaptálta [6].

Ajánlások	szint
Az ajánlást erősen megbízható bizonyítékok támasztják alá (Számos olyan hiteles vizsgálaton alapul, amelyek klinikailag relevánsak, nem ellentmondóak, és hasonló hatást mutatnak, saját populációra, hazai környezetre alkalmazhatók. Várhatóan újabb kutatás nem módosítja.)	A
Az ajánlást elfogadhatóan megbízható bizonyítékok támasztják alá (Hiteles vizsgálatokon alapul, azonban a vizsgálatok nagyságát, relevanciáját, az eredmények egybehangzóságát és/vagy saját populációra, hazai környezetre alkalmazhatóságát illetően bizonytalanság merül fel, de várhatóan újabb kutatás nem módosítja.)	B
Az ajánlást egységesen elfogadott nemzetközi szakértői vélemények támasztják alá (Megbízható tudományos bizonyíték hiányában kiemelkedő nemzetközi szakértők konszenzusán alapul, amely a saját populációra, hazai környezetre alkalmazható, de kutatási eredmény módosíthatja.)	C
Az ajánlást hazai szakértői vélemények támasztják alá (Megbízható tudományos bizonyíték vagy nemzetközi konszenzus hiányában, vagy ha ezek saját populációra, hazai környezetre nem alkalmazhatók, a hazai „legjobb gyakorlat” meghatározása az irányelvfelkészítő csoport tagjainak tapasztalatán vagy konzultációval szerzett szakmai visszajelzéseken alapul. Kutatási eredmény módosíthatja.)	D

Erősen megbízható („A” szintű) ajánlás esetében annak alkalmazása lehet kötelező minden egyes esetben, de lehet csak javasolt, azaz az ellátási körülmények függvényében az ellátó döntésén múlhat. Szakértői véleményen alapuló („C” vagy „D” szintű) ajánlás szintén lehet kötelezően alkalmazandó a gyakorlatban annak ellenére, hogy nem támasztják alá a legmegbízhatóbb bizonyítékok, de a szakértők egyöntetű véleménnyel támogatják.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

Magyarországon a születésszám folyamatosan csökken, 2023-ban 85 225 újszülött jött a világra, koraszülött lesz (<37 hét) évente kb. 7500 újszülött. Az elmúlt 10 évben átlagosan 6 ezren III. szintű perinatális intenzív centrumban (PIC) kezdték meg életüket, 2022-ben 1085 esetben 1500 grammnál kisebb születési súlyú újszülött született (1,2%). A PIC-en kezelt kora- és újszülöttek elsődleges kimeneteléről, hazaadásukig detektált egészségügyi problémáiról 2005 óta részletes adatokkal rendelkezünk.

Az 1500 grammnál kisebb születési súlyú túlélő újszülöttek között (meghalt 11,3%) a súlyos agykárosodás (agykamrai vérzés st. III–IV. vagy PVL) aránya 10,6%, súlyos ROP (st. III–V.) 8,6%-ban, BPD (O2 igény a 36. héten) 9,1%-ban alakult ki (2021. évi adatok).

A szövődménymentes túlélés a 25. gesztációs hétre született koraszülöttek között mindössze 9,1%, a 28. héten 58,6% (2020-as adat), de 2021-ben szövődménymentes túlélés nem fordult elő a 23., 24. és 25. gesztációs hétre született koraszülöttek között, a 26. hétre születettek között 27%, a 28. hétre születettek között 78%.

A korrigált 24 hónapos korban elvégzett utánkövetés (2014–2016. év) az alábbi adatokat mutatta az 1500 grammnál kisebb születési súlyú csoportban:

- Testtömeg <3pc: 25%, Fejkörfogat <3pc: 10%.
- Szemüveget hord: 11,6%, vak: kétoldali: 0,8%, egyoldali 0,2%.
- Hallásjavító eszközt visel: 1%.
- Epilepszia: 2%.
- Shunt-öt visel: 3,1%, paresis: 6,4%.
- Bayley: MDI 85 alatt: 47,1%, PDI 85 alatt: 16% (2013-as adat)
- Valamilyen fejlesztésre járt: 57% [7].

Egy nemzetközi tanulmány alapján [8], az 1500 g alatti koraszülöttek 50%-ban vannak látásproblémák iskoláskorban:

- strabizmus (18%)
- myopia (25%)
- csökkent látóélesség (25%).

A korrigált látóélesség zavarai szoros összefüggést mutatnak a kognitív zavarokkal (térbeli tájékozódás).

Egy másik tanulmány alapján [9] a 28–32. gesztációs hétre született koraszülöttek között az SNI mértéke 2,66-szoros az átlagpopulációhoz képest.

2. Felhasználói célcsoport

Az egészségügyi szakmai irányelv területe az újszülött kortól alacsony és közepes rizikójú újszülötteknél 8 éves, magas rizikójú újszülötteknél 18 éves életkorig átfogóan végzett, a rizikó újszülöttek, valamint a kétéves korig diagnosztizált, a perinatális történések miatt kóros fejlődésmentű, illetve normál fejlődésében akadályozott gyermekek folyamatos, országosan egységes irányelvek alapján történő gondozása, szakorvosi ellenőrzése, szükség esetén rehabilitációja, majd rehabilitációja.

Ajánlásainak érvényességi területe a hazai koraszülött utógondozó ambulanciák, KoraMentor házak, gyermekneurologiai, fejlődésneurologiai és rehabilitációs szakrendelések, a gyermek-egészségügyi alapellátás és az iskola-egészségügyi ellátás, szemészeti és gyermekszemészeti, gyermekaudiológiai, gyermekortopédiai szakrendelések, pedagógia szakszolgálatok releváns tevékenysége. Az irányelv ismerete és alkalmazása minden a rizikó újszülöttek ellátásában résztvevő szakember számára elengedhetetlen.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelvek ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k):	Anand Pandit; Kanya Mukhopadhyay, Pradeep Suryawanshi; Reviewers: MKC Nair, S Sitaraman, Naveen Jain
Cím:	Follow up of High Risk Newborns
Tudományos szervezet:	NNF Clinical Practice Guidelines
Megjelenés adatai:	2015.
Elérhetőség:	https://www.ontop-in.org/ontop-pen/Week-12-13/Follow%20up%20High%20Risk%20NB%20.pdf
Szerző(k):	Clarke P.
Cím:	Joint Guideline for the Follow-Up of Infants on NICU
Tudományos szervezet:	NHS
Megjelenés adatai:	07/03/2022
Elérhetőség:	https://www.nnuh.nhs.uk/publication/joint-guideline-for-the-follow-up-of-infants-on-nicu-1-2/
Szerző(k):	NICE Guideline NG72 Methods, evidence and recommendations
Cím:	Developmental follow-up of children and young people born preterm
Tudományos szervezet:	National Institute for Health and Care Excellence
Megjelenés adatai:	09 August 2017
Elérhetőség:	https://www.nice.org.uk/guidance/ng72
Szerző(k):	Pan American Health Organization, WHO
Cím:	Evidence-based Clinical Practice Guidelines for the Follow-Up of At-Risk Neonates. Abridged version
Tudományos szervezet:	Pan American Health Organization, WHO
Megjelenés adatai:	2021
Elérhetőség:	https://perinatal.bvsalud.org/wp-content/uploads/2021/02/PAHOFPLCLP200017_eng.pdf

Szerző(k):	California Children's Services (CCS) & California Perinatal Quality Care Collaborative (CPQCC)
Cím:	California Perinatal Quality Care Collaborative (CPQCC) 2023 Annual report
Tudományos szervezet:	CPQCC
Megjelenés adatai:	2023
Elérhetőség:	https://cpqcc.org/files/CPQCC%202023%20Annual%20Report_050724.pdf
Szerző(k):	Indiana Perinatal Quality Improvement Collaborative System Implementation Committee
Cím:	Developmental Follow-Up of High Risk Newborns. P. 1–20.
Tudományos szervezet:	Indiana Perinatal Quality Improvement Collaborative System Implementation Committee
Megjelenés adatai:	2015
Elérhetőség:	https://www.in.gov/children/files/2015-Indiana-Perinatal-Quality-Improvement-Collaborative-Annual-Report.pdf

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

Azonosító:	002213
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv a koraszülöttek retinopathiájának szűréséről, diagnosztikájáról, kezeléséről és szemészeti gondozásáról
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny 2023. LXXIII. ÉVFOLYAM 1. szám klinikai egészségügyi szakmai irányelv (hatályos: 2026. 01. 20.)
Elérhetőség:	http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/index.php?m=0&p=kozlart&ev=2023&szam=1&k=6

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

1. Fejlődést támogató gondoskodás – ultra-early intervenció

A PIC-ben ápolat kora- és újszülöttek kezelésében a fejlődést támogató gondoskodás (FTG) alkalmazása elengedhetetlen a későbbi megfelelő pszichomotoros fejlődés biztosításához.

Az FTG filozófiája, hogy minden PIC-ben kezelt koraszülöttet és családját individuális szükségleteiket figyelembe véve kell ápolni/kezeleni. A csecsemők egyéni kezelése kiterjed a gesztációs korra, fiziológiai állapotra és a viselkedésre is. Az ezzel kapcsolatos edukációba az ellátókon kívül a *családokat* is szükséges bevonni. A fejlődést támogató gondoskodásnak szignifikáns hatása van a gyermekek és családjuk életminőségére (quality of life – QOL).

A fejlődő magzat méhen belüli környezete (flektált tartás, limitált fény és zaj, megtartott alvási ciklusok, az anyához való „korlátlan hozzáférés”) szükséges az agy normális fejlődéséhez. Kutatási eredmények bizonyítják, hogy a koraszülötként világra jött újszülötteknek kisebb a szürkeállományuk. A harmadik trimeszter a gyors agyfejlődés időszaka. A 24. gesztációs héttől finomodnak és restruktúrálnak (migráció, organizáció, asszociáció, myelinizáció) a neuronális kapcsolatok.

A PIC-ben a koraszülöttek és a beteg újszülöttek gyakran részesülnek fájdalmas beavatkozásokban, túlzott fény- és hanghatásban, sérül az autoritásuk, kevesebbet tudnak mozogni és aludni, és gyakran szeparálva kezelik őket édesanyjuktól, ami befolyásolja az agy növekedését és fejlődését. A krónikus ismétlődő stressz és az ebből adódó elhúzódó glükokortikoid expozíció is károsíthatja az agy normális fejlődését.

A kenguru módszer (bőr-bőr kontaktus) (Kangaroo Mother Care – KMC) már közvetlenül a megszületést követően alkalmazandó és a PIC-en ápolat koraszülöttek esetén bármilyen hosszú időtartamban biztonságos. A módszer javítja a 2000 g alatti koraszülöttek szövödménymentes túlélési esélyeit.

Az FTG céljai:

- A stressz és a fájdalom csökkentése.
- „Energiatakarékosság” és az élettani stabilitás segítése.
- A fejlődésneurológiai érés stádiumainak felismerése és támogatása.
- *Családbarát szemlélet:* a szülők bevonása az ápolási folyamatokba.

- A szülők és ellátók oktatása, támogatása és bátorítása.
- A minőségi alvás biztosítása [10, 11, 12, 13, 14, 15].

Ajánlás1

Az optimális egészséges életesélyek eléréséhez a szülők számára 24/7 (folyamatos) látogatást kell biztosítani és be kell őket vonni az újszülött intenzív osztályon gyermekük ápolásába. (A) [16]

Ajánlás2

A kenguru módszer alkalmazása szükséges a megszületést követően és a koraszülött/rizikó újszülött ápolása során minél több alkalommal. (B) [17]

Ajánlás3

A koraszülöttek és rizikó újszülöttek egyéni igényeit tiszteletben kell tartani az ápolás során, kiemelten fontos a stressz csökkentése és a fájdalom csillapítása írásos osztályos protokoll alapján. (B) [18, 19]

Ajánlás4

A szülők pszichés támogatása, szükség esetén krízisintervenciója a terhespatológiai, szülészeti osztályokon, a neonatális intenzív centrumokban és az utógondozó ambulanciákon elengedhetetlen. A rizikó újszülöttek optimális fejlődését a szülők és a család pszichés jólléte biztosítja. Ezekben az osztályokon illetve ambulanciákon elérhetővé kell tenni a személyre szabott pszichológiai, illetve mentálhigiénés segítségnyújtást. (B) [20, 21, 22, 23]

A PIC osztályon dolgozó szakemberek részére legyen időben és fizikailag elérhető pszichológusi támogatás egyéni és csoportos formában is. Rendszeres kommunikációt fejlesztő tréningek megszervezése, és pszichológiai és pszichiátriai tudást elmélyítő előadások tartása javasolt.

A civil szféra segítése a szülők támogatásában legitim módszer, kiegészíti, de nem helyettesíti a professzionális ellátást; beépítése javasolt az intézményi ellátásba. [24] (lásd jó gyakorlatként a XI. Melléklet fejezet 1.5. Mentorhálózat, mentorprogram című pontjában.)

2. A koraszülöttek optimális táplálásának és behozó súlygyarapodásának hatása a pszichomotoros fejlődésre

A koraszülöttek a betöltött 37. gesztációs hét előtt jönnek világra. Megszületésüket követően életük első két hetében gyakran akár 2 „nagy percentilis görbényt” (pl. 25-ről 2-re) is eshet a súlyuk, sokkal kevésbé képesek arra, hogy 2–3 hetes korra visszanyerjék születési súlyukat. Méhen kívüli növekedési ütemük is gyakran lassabb, nem követik az intrauterin gyarapodási ütemet. Ez a *deficit* gyakran végig kíséri ezt a populációt akár egy-két éves koráig is.

A behozó növekedés (ún. catch-up growth) szolgálná azt, hogy ők is „utolérjék” terminusra született társaikat.

Az 1000 g alatti súllyal született babáknál extrém jelentősége van a mennyiségi és minőségi „éhezés” elkerülésének. A kezdeti parenterális táplálásban alkalmazott magas energia- és fehérjetartalom biztosítása, és a korai progresszív enterális táplálás felépítése az első fontos lépések ebben. A teljes enterális táplálás elérése anyatejjel már a 3–5. életnapon sikerülhet. Az előtej és a korai anyatej magas zsír- és fehérjetartalommal rendelkezik, de előfordulhat, hogy még így sem fedezi a koraszülött baba szükségleteit. Ilyenkor az anyatej dúsítására (fortifikálás) lehet szükség, ezt érdemes a terminusig folytatni, szükség esetén plusz fehérje pótlást alkalmazni.

A szoptatás/anyatejes táplálás gyakran nem egyszerű a PIC-en. A nemzetközi adatok szerint az édesanyák maximum 50%-a képes fenntartani az anyatej elválasztást a koraszülöttek hazaadásáig. Ennek oka leggyakrabban a nem felismert anyai stressz. A „koraszülött tej” pedig elképesztő előnyöket hordoz magában. Magas a fehérje-, energia- és LCPUFA-tartalma, sok immunsejtet, egyéb antiinfektív komponenszt tartalmaz.

A siker záloga a megfelelő információ és a szaktudás. A laktációra való felkészítés már a várandósság alatt megkezdődik. A korán megkezdett emlőstimulálás, fejés, korai bőrkontaktus az első lépések, ezt követi a non-nutritív, majd a nutritív szopás.

AVLBW (1500 g alatti) koraszülöttek hazaadására gyakran a betöltött 37. gesztációs hét előtt kerül sor. A súlygyarapodás ilyenkor még gyakran nem egy megbízható (9–25, 25–50) percentilist követ. Amennyiben módunk van rá, érdemes az anyatej tápanyag tartalmát megmérni, és megfelelő értékek esetén türelmesnek lenni a súlygyarapodás tekintetében (a szoptatott, időre született csecsemők hízási üteme is vontatottabb, mint nem szoptatott társaiké).

A fejést mindaddig folytatni kell, amíg a koraszülött el nem éri a terminusát vagy a körülbelül 3,5 kg-os súlyt, 1500 g alatti születési súlynál ennél lényegesen hosszabb ideig folytatott fejésre is szükség lehet.

A tejmennyiség gyakoribb szoptatással növelhető a leghatékonyabban. A több folyadékivás és a tejserkentő szerek nem növelik a tejmennyiséget akkor, ha a szoptatási gyakorlat nem megfelelő.

Ha nem áll rendelkezésre elegendő anyatej, akkor ritkán szükség lehet magas kalóriatartalmú (100 kcal/100 ml) behozó növekedést támogató tápszer alkalmazására. Ezt neonatológus és gyermek gasztroenterológus döntse el közösen.

Az EUGR (extra uterine growth restriction) felismerése és megfelelő menedzselése nagyon fontos. Minél előbb sikerül felzárkóztatni a volt koraszülött baba súlygyarapodási (és fejkörfogat növekedési) ütemét, annál inkább támogatjuk a későbbi mentális fejlődést. Ha a hízási ütem csak később (6–12 hónapos korban) gyorsul fel, akkor már a későbbi metabolikus szövődmények gyakoribb előfordulását kockáztatjuk [25, 26, 27, 28]. 2 éves kor feletti koraszülötteknél, illetve éretten született újszülötteknél a hazai, Joubert-féle növekedési görbék használata és a „Tápláltsági állapot szűrése a gyermek alapellátásban” című egészségügyi szakmai irányelv követése javasolt. [29].

Ajánlás5

A szomatikus fejlődés követésére már a PIC-ben és az utógondozás során koraszülöttekre adaptált percentilis görbék (súly, hossz, fejkörfogat) vezetése szükséges. Ezek használatát a szülőknek is javasolt megtanítani a hazaadás idejére. (XI. melléklet: 1.2. Ábrák) (C)

Ajánlás6

A kizárólagos szoptatás támogatása javasolt a koraszülöttek és rizikó újszülöttek utógondozása során. Ha az édesanya nem tud szoptatni organikus ok, pszichiátriai betegségének farmakoterápiája miatt, betegség maradványtüneteként, vagy aktuális pszichés állapota akadályozza ebben, akkor az újszülött és az anya igényeit összehangoltan támogató táplálási mód javasolt. (C) [30]

3. A neonatológus szerepe a rizikó újszülöttek gondozásában

Ideális esetben a gondozási tevékenység a PIC-hez csatolt utógondozó ambulancián történik interdiszciplináris teamben, neonatológus, fejlődésneurológus, mozgásterapeuta (gyógytornász, konduktor, szomatopedagógus), gyógypedagógus és pszichológus közreműködésével.

A hazaadás pontos megtervezése a rizikó újszülöttet hetek (esetleg hónapok) óta kezelő neonatológus/gyermekgyógyász feladata, aki addigra megismeri a szülőket, tisztában van a gyermekük gondozásában szerzett jártasságukkal. Az elbocsátás előtt a szülőket meg kell tanítani az apnoe alarm használatára, a vészhelyzetek felismerésére, alapszinten jártassá kell tenni az újszülött újraélesztésben. A PIC-ben töltött idő alatt az újszülött gyógyulásának folyamatába be kell avatni a szülőket, kérdéseikre válaszolva segítjük a gyászmunkájukat, oldjuk a szorongásukat, egyben információkat adunk át a rizikó újszülötteket érintő utóképekről (BPD, ROP), a hazaadás után várható egészségügyi és fejlődési problémákról.

A gondozás során folyamatosan figyelniük kell a rizikó gyermekek szomatikus fejlődését. Nem elégedhetünk meg a kiskönyvben vezetett mérésekkel, a testsúly, testhossz és fejkörfogat értékeket egységes, koraszülöttekre is adaptált, percentilis görbén kell rögzíteniük születésüktől kezdve.

Az anyatejes táplálás támogatására, fenntartására kiemelt figyelmet kell fordítanunk, ha szükséges szoptatási tanácsadó bevonásával.

A fejlesztés megkezdéséhez, a pszichomotoros státusz felméréséhez interdiszciplináris teamben végzett vizsgálatra van szükség, melynek tagjai a gyermekneurológus, a gyógytornász, konduktor és a gyógypedagógus (lehetőség szerint pszichológus is, a PIC-ben dolgozó személyzet részére is elérhetően). A fejlesztés hatásosságát, a változtatások (módszer, gyakoriság) szükségességét, szintén ennek a munkacsoportnak kell meghatározni, a gyermek követése, meghatározott időszakonként történő objektív és dokumentált felmérése során.

4. A gyermekneurológus szerepe a rizikó újszülöttek utógondozásában

Az újszülött neurológiai/fejlődésneurológiai vizsgálat, utánkövetés jelentősége az utóbbi években a szülészeti és a neonatológiai ellátás robbanásszerű fejlődésével és a kis súlyú koraszülöttek túlélési esélyeinek szignifikáns növekedésével került előtérbe. A korai agykárosodás egy kóros fejlődési útvonalat indít el. A várható életminőséget döntően a neurológiai maradványtünetek határozzák meg. Magyarországon minden 10. gyermek a várandósság 37. hete előtt jön a világra. Elsődlegesen a koraszülés tehető felelőssé az újszülöttek halálzásáért világszerte, az 5 évesnél fiatalabb gyerekek körében pedig a második leggyakoribb halálozási ok. A koraszülöttség mellett a megszületést közvetlenül megelőző, illetve a megszületés körüli időszakban történt események (oxigénhiány, fertőzések, sérülések, stroke...) következtében alakulhatnak ki maradandó idegrendszeri károsodások (lásd

rizikó besorolások). További, a pszichomotoros fejlődés elmaradását okozó betegcsoportokat képeznek még a veleszületett genetikai rendellenességek (pl. Down-szindróma, Williams-szindróma) és az idegrendszeret érintő fejlődési rendellenességek [10, 31, 32].

A gyermekneurológus feladata, hogy figyelemmel kísérje az idegrendszeri fejlődés minden területének mérföldköveit, a fejlődés irányát és ütemét. Fel kell ismernie a éretlenség jeleit és különbséget kell tenni az egyéni és a kóros fejlődésmenet között. Keresni kell azokat a korai eltéréseket, amelyek a fejlődés gátjai lehetnek és törekedni kell arra, hogy a csecsemő megfelelő terápiában részesüljön.

Optimális esetben a gyermekneurológus a koraszülött utógondozást végző team tagja. Ha ez nem valósítható meg, az ő feladata a társszakmák képviselőivel a kapcsolattartás. Egységes szemléletmóddal csak úgy lehet ellátni a gondozást, ha folyamatos kommunikáció történik az utógondozó team tagjai illetve a csecsemőt ellátó gyógypedagógus, mozgásfejlesztő szakember és pszichológus között. Így válik az utógondozás védőfaktorrá és így tudja csökkenteni a rizikótényezők kóros hatását.

Ajánlás7

A rizikó újszülöttek utógondozását időben történő diagnosztikus vizsgálatokra épített, egyénre szabott fejlesztési terv alapján kell végezni, ezzel a kóros irányba haladó fejlődés üteme mérsékelhető, az alapvető életminőség javítható. (D)

Ajánlás8

Minden magas és közepes rizikó csoportba tartozó újszülöttet, illetve koraszülöttet a szakma szabályai szerint dokumentált neurológiai státusszal kell hazabocsátani. (D)

A diagnózis felállításához szükséges vizsgálatok:

- gesztációs kor meghatározása: Az az idő, ami az utolsó szabályos menstruációs ciklus első napjától a szülés napjáig eltelik (postmenstruációs kor), melynek idejét betöltött hetekben és napokban fejezzük ki (pl. 26 hét + 3 nap). A 12. gesztációs héten elvégzett ultrahang vizsgálat a terhességi kor korrekciójára alkalmas, szabálytalan, illetve 28 naptól eltérő hosszúságú ciklus esetén használata javasolt. A gesztációs kor megszületés utáni meghatározásához a Dubowitz-sémát (XI. Melléklet fejezet 1.2. pontjának 2. része: Kérdőívek, adatlapok) használjuk.
- korrigált kor meghatározása: A várt terminus idejétől számított idő, melyet hetekben, hónapokban fejezünk ki, 2 éves korig alkalmazzuk. A Bayley III. teszt meghatározásánál is ezt a módszert követik (az irodalom áttekintése alapján minden koraszülöttnél egyöntetűen a 2 éves korig tartó korrigált kor meghatározását javasoljuk) [33].
- újszülött neurológiai státusz meghatározása: A vizsgálati eredményeket numerikusan a Hammersmith-skála segítségével fejezhetjük ki (2. sz. melléklet) [34].
- EEG-vizsgálat: HIE, görcsök, görcs ekvivalens kóros mozgászavarok, respirációs vagy infekciós háttérrel nem magyarázható jelentős apnoe-s epizódok esetén ágy melletti aEEG. Optimálisan minimum 60 perces videófelvétellel együtt készített EEG-vizsgálat szükséges egyidejű EKG monitorizálással.
- VEP, BAEP vizsgálat: Látási-hallási magatartás kóros, bizonytalan megnyilvánulásai esetén, ha felmerül a látó-, illetve hallóidegpálya sérülése, illetve corticalis feldolgozás zavara.
- Koponyultrahang végzése, koponya MR indikálása [35, 36].
- Genetikai konzílium: Komplex fejlődési rendellenességek, társuló minor anomáliák esetén.
- Fejlesztési igény felmérése: Milyen fejlesztés, mikortól és milyen rendszerességgel történjen.

Alarmírozó tünetek:

- tónus eloszlási zavarok
 - hypotonia: generalizált, nyaki, axialis
 - extenziós tónusfokozódás: alsó vagy felső végtagi, féloldali, lehet intermittáló
- aszimmetria (mely megnyilvánulhat a tónusban, Moro, fogó vagy az ínreflex kiváltásakor, posturalis reflexekben, elemi mozgásmintákban, faciális beidegzésben)
- csökkent mozgásdinamika
- éberségi szint kóros állapotai (lethargia, irritabilitás, kóma)
- szemmozgászavarok (lemezőnap tünet, nystagmus, bizarr, úszó szemmozgások)
- habituáció hiánya (fény, hang)
- mozgászavarok (clonus, myoclonus, tremor)
- depresszált állapot, csökkent reakciókészség (korai tünetek között szerepel)

- gyengeség (mely kiterjed a tudatra, a szenzóriumra és a motoriumra, észlelhető a spontán és kiváltott mozgásokban, reflexekben, elemi mozgásmintákban, reakciókban)
- centrális eredetű légzésvavarok, apnoeok
- görcstevékenység
- kóma

A fejlődésneurológiai vizsgálat első és legfontosabb lépése a korrigált kor meghatározása, ennek megfelelően vizsgáljuk az agyidegeket, reflexeket, az izomtónust, az elemi mozgásmintákat és a figyelmi működést.

A korai neurológiai vizsgálatok prognosztikai értéke bizonytalan, mivel az agy korai károsodása mindig kóros fejlődési útvonalat indít el, melynek mértékét a lézió kiterjedése mellett a kompenzáló mechanizmusok hatékonysága is meghatározza. A korrekt vizsgálathoz szükséges ismernünk a koraszülött idegrendszerének jellemzőit, mely éretlen, nem rendelkezik elégséges autoregulációval, a változékony reakciókészség mellett nagyfokú plaszticitással rendelkezik. Emellett az alvási ritmus még nem alakult ki, fejletlenek a vegetatív funkciók, a reakciókészség, a figyelem és a táplálkozási működések is.

Az ún. „silent periódus” 5–6 hónapos korig tarthat (oka maga a fejlődő idegrendszer, a zajló migrációs, organizációs, myelinizációs és asszociációs folyamatok), ezután válhatnak egyértelműen láthatóvá a maradványtünetek (mozgás és figyelmi zavarok, tónus eloszlási zavarok). A BINS (szűrő) Bayley használata megfelelő lehet, de nem biztos, hogy megfelelő közelítést ad az utánvizsgálatok gyakoriságára vonatkozóan.

A kontroll vizsgálati időpontok meghatározása a rizikó besorolás alapján (lásd algoritmusok) történik, mely később az interdiszciplináris munkacsoportban (neonatólogus, gyermekneurológus, konduktor és/vagy korai fejlesztésben jártos gyógytornász, gyógypedagógus, pszichológus, illetve gyermekrehabilitációs szakorvos 1 éves kor után CP-s gyermeknél) standardizált vizsgálati módszerekre alapozva végzett utánkövetés során a gyermek egyedi igényeinek megfelelően módosítható. A pontos és minél fiatalabb életkorban történő állapotfelmérés lehetővé teszi a korai intervenciót.

A jelenlegi szabályozás biztosítja, hogy csecsemő- és gyermekgyógyászati, gyermekneurológiai, neonatológiai, gyermek fül-orr-gégegyógyászati, audiológiai, szemészeti, ortopédia és traumatológiai, gyermek- és ifjúságpszichiátriai, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslási, orvosi rehabilitációs szakvélemény alapján 36 hónapos korig a pedagógiai szakszolgálatok megkezdhesék a kiszűrt újszülöttek/koraszülöttek komplex korai fejlesztését. Fontos, hogy a szakorvosi leleten, zárójelentésen szerepeljen, hogy „korai fejlesztés javasolt”, mert csak így teszi lehetővé a megyei szakértői bizottság számára a jogszabály, hogy a korai fejlesztésre vizsgálat nélkül kijelöljék az illetékes járási pedagógiai szakszolgálatot. A korai fejlesztésre történő javaslat megállapítása nem jelenti a sajátos nevelési igényű (SNI) diagnosztikai státuszba történő besorolást. Gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, gondozás pedagógiai szakszolgálati szakterület járhat nem SNI-s gyermeknek is. A Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálatát követően győződjünk meg arról, hogy a javasolt ellátás szakmailag is megfelelő és a szülő is elégedett. „A halmozottan sérült gyermeket nevelő szülők lelki egészségének gondozása nem fér bele a szoros értelemben vett gyermekneurológiai feladatokba, de megkerülhetetlen. Az orvos empátiája, magatartása döntően befolyásolja a család pszichés állapotát” [37]. A szülők gondozásába javasolt bevonni pszichológust, mentálhigiénés segítőt, perinatális szaktanácsadót, képzett mentor sortárs szülőt.

Kontrollvizsgálatok:

A pszichomotoros és érzékszervi fejlődés minden területére kiterjedő gyermekneurológiai, neonatológiai, szemészeti, audiológiai, ortopédiai, fejlődépszichológiai és mozgásvizsgálatok, majd egyéves kor után CP-tünetek esetén a gyermekrehabilitációs szakvizsgálat is szükséges (1. algoritmus).

Magas rizikójú újszülöttek:

- neurológiai vizsgálat: kóros neurológiai tünetek esetén hazaadáskor, terminusban (p.m. 40. hét), hazaadás után 1 hónappal, korrigált 3, 5, 7, 9, 12, 18, 24 hónapos, majd 30, 36 hónapos korban és 5 és 6 éves korban javasolt. Státuszról függően, ha a pszichomotoros fejlődés nem a korrigált kornak megfelelően halad, akár gyakrabban is.
- neonatológiai vizsgálat: hazaadáskor, terminusban (p.m. 40. hét), hazaadás után 1 és 2 hónappal, korrigált 4, 6, 9, 12, 18, 24 hónapos korban.
- fejlődépszichológiai vizsgálat: korrigált 3, 6, 12, 18 hónapos, majd 2, 3 éves korban objektív fejlődépszichológiai teszttel (Bayley III. teszt). 4, 5 és 6 éves korban pszichodiagnosztikai teszt (pl. WPSSI IV., Leiter III.), kiegészítve a mozgásstátusz (egyensúly, rugalmasság, mozgáskoordináció, finommozgások, szem-kéz koordináció) felméréssel (LongiKid, alapozó vagy dszit terápia mozgásstátusz vizsgálata). 3 hónaposan a magas rizikójú újszülötteknél az első gyógypedagógiai tanácsadás is történjen meg. Ha az utógondozó csapatban van megfelelő

gyakorlattal rendelkező gyógypedagógus/pszichológus, a tanácsadást ő végzi, ha nem, akkor a területileg illetékes pedagógiai szakszolgálat segítségét kell igénybe venni. Az objektív tesztek felvételére ugyanez vonatkozik.

- szemészeti vizsgálat: a ROP szűrés lezárása után 6, 12, 18, 24 hónapos korban. ROP-ból gyógyult koraszülöttek esetén évente, gyermekkorban és felnőttkorban egyaránt (lásd országos ROP irányelv). A magas rizikócsoportba tartozó koraszülöttek esetén, ha kétes a figyelmi működés, felmerül a látóidegpálya sérülése vagy a kérgi feldolgozás zavara (CVI), akkor tiflopedagógiai vizsgálat és ellátás is szükséges, VEP-vizsgálat (flash) mérlegelendő.
- audiológiai vizsgálat: a kötelező hallásszűrésen (a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben foglalt életkorhoz kötött szűrővizsgálatok) felül, ha az újszülött a XI. melléklet 1. Alkalmazást segítő dokumentumok pont „4. algoritmus: Az univerzális neonatális hallásszűrés, diagnózis, az ellátás és az utánkövetés (diagnosztikai algoritmus)” bármelyik rizikófaktorába belesik (pl. 1500 grammnál kisebb születési súly, több mint 5 napig tartó gentamycin kezelés, alacsony Apgar érték, RDS stb.), 6 havonta audiológiai szakorvosi kontroll szükséges 3 éves korig. Kiemelendő, hogy a rizikócsoportba tartozó újszülöttek utánkövetése 6 havonta akkor is javasolt a gyermek 3 éves koráig, amennyiben az UNHS során végzett szűrőBERA eredménye megfelelő volt [38].

Közepes rizikójú újszülöttek:

- neurológiai vizsgálat: hazaadás után 2 hónappal, korigált 3, 6, 12, 18, 24 hónapos korban.
- neonatólogiai vizsgálat: hazaadáskor, hazaadás után 2 hónappal, korigált 4, 6, 12, 18, 24 hónapos korban.
- fejlődépszichológiai vizsgálat: korigált 6, 12, 18, 24, 36 hónapos korban Bayley-teszttel, majd iskolás korig évente pszichodiagnosztikai teszt a mozgásstátusz felméréseivel.
- szemészeti vizsgálat: a ROP szűrés lezárása után 12, 18, 24 hónapos korban. ROP-ból gyógyult koraszülöttek esetén évente gyermekkorban és felnőttkorban egyaránt (a ROP irányelv szerint).
- audiológiai vizsgálat: ha az újszülött a hallásszűrésre vonatkozó algoritmus bármelyik rizikófaktorába belesik, 6 havonta audiológiai kontroll szükséges 3 éves korig [38].

Alacsony rizikójú újszülöttek:

- neurológiai vizsgálat: korigált 3, 6, 12, 24 hónapos korban.
- neonatólogiai vizsgálat: hazaadáskor, korigált 3, 6, 12, 24, 30 hónapos korban.
- fejlődépszichológiai vizsgálat: korigált 12, 24, 36 hónapos korban. 5 éves korban részképessegek vizsgálata (ha az eredménye nem megfelelő, ismétlés 6 éves korban).
- szemészeti vizsgálat: 18 hónapos korban, majd iskola előtt.
- audiológiai vizsgálat: ha az újszülött a hallásszűrésre vonatkozó algoritmus bármelyik rizikófaktorába belesik, 6 havonta audiológiai kontroll szükséges 3 éves korig [38].

Epilepsziás rizikó újszülöttek kontrollja: 3–4 havonta (terápiás választól, gyógyszeres szinttől függően akár gyakrabban) Posthaemorrhagiás hydrocephalus esetén:

- shuntot visel
 - subgalealis: telődési ütemtől függően 1–2 hetente
 - VP shunt: fél éves korig havonta (UH kontroll is), 1 éves korig 3 havonta, majd fél évente
- nem visel shuntot: az első 3 hónapban 2 hetente (UH), 3–6 hónapos kor között havonta, majd 6–12 hónapos kor között 2 havonta
 - normál ütemű fejkörfogat növekedés: kontroll intervallum 12–18 hónapos kor között 3 havonta, majd fél évente (koponya MR szükségessége egyéni megítélést igényel)
 - kóros mértékű fejkörfogat-növekedés, illetve extenzív kamraméret növekedés, egyidejű agyköpeny elvékonyodása esetén idegsebészeti konzílium

Izomtonus eloszlási zavar vagy motoros funkciózavar esetén: kontroll 3 havonta (ha a rizikóbesorolás gyakoribb kontrollt nem kíván)

- hypotonia: kóroktól függően a stabil járás kialakulásáig 3 havonta, majd fél évente
- spaszticitás, paraparesis, hemiparesis – lásd gyermekrehabilitáció fejezet

Gondozás:

- Elérendő cél: 8 éves korig követni a közepes és alacsony rizikójú, 18 éves korig a magas rizikójú kora- és újszülötteket.
- Minden egyes találkozás alkalmával rögzíteni kell a szomatikus paramétereket (hitelesített referencia görbék alapján numerikusan és grafikusán egyaránt (XI. melléklet: 1.2. Ábrák)

- Inkontinencia esetében 3 éves kortól pelenka javaslattal látjuk el a szülőt, mely alapján családorvosa közgyógyellátás jogcímen felírhatja a pelenkát.

Ajánlás9

A kontrollvizsgálati időpontokat a rizikóbesorolás alapján kell meghatározni, mely később az interdiszciplináris munkacsoportban, a gyermek egyedi igényeinek megfelelően módosítható. (D)

Ajánlás10

A mozgásstátusz felmérése konduktorral vagy korai fejlesztésben jártas gyógytornással együtt történjen. (D)

Ajánlás11

A kontrollvizsgálatoknak a pszichomotoros és érzékszervi fejlődés minden területére ki kell terjednie. Ez gyermekneurológiai, neonatológiai, szemészeti, audiológiai, ortopédiai, fejlődépszichológia és mozgásvizsgálatot jelent, majd egyéves kor után CP-tünetek esetén a gyermekrehabilitációs szakvizsgálat is történjen (részletezve a VI. fejezet 3., 4. és 7. pontjában). Bronchopulmonális dysplasia esetén elengedhetetlen a pulmonológiai és kardiológiai gondozás. Akut vesekárosodás igazolt epizódja után gyermeknefrológiai követés szükséges. (D)

Ajánlás12

A fejlesztés/habilitáció módszerének kiválasztásában fő szempontként kell figyelembe venni a család egységét, a rendszerességet, a napirendbe való beleilleszhetőséget, a család anyagi és szociális helyzetét. Kerüljük a fájdalmat okozó terápiákat, melyek regulációs zavarokhoz vezethetnek. (D) [39, 40, 41]

5. Az alapellátó orvos szerepe a rizikó újszülöttek, csecsemők ellátásában

Az újszülöttek a szülészeti intézményből hazatérve, otthonszülés esetén pedig megszületésük után az előre választott házi gyermekorvos, illetve vegyes praxisban dolgozó házi orvos praxisába kerülnek. Egészséges, intézményben született újszülötteknél az otthoni látogatást a védőnő végzi, az első hetekben a gyermekorvos is vagy ellátogat a családhoz, vagy a rendelőben fogadja őket. Rizikó újszülöttek esetében az alapellátó orvosok szerepe felértékelődik. Probléma esetén a szülők elsősorban a védőnőt és a házi orvost keresik. Ezért különösen fontos, hogy az alapellátó szakemberek tisztában legyenek az adott csecsemő ismert rizikótényezőivel, azok következményeivel és a felmerülő extra gondozási feladatokkal. Koraszülöttek, magas rizikójú újszülöttek hazaadásakor javasoljuk, hogy amennyiben elérhető, a gyermek alapellátó gyermekorvosi praxisba kerüljön.

A rizikó újszülöttek hazabocsátása

A rizikó újszülöttek már az életük első napjaiban számos vizsgálaton, beavatkozáson, kezelésen esnek át. Hazaadásuk általában stabil állapotban, megnyugtató súlygyarapodással történik. Alkalmanként azonban otthoni oxigénterápiára szorulhatnak, és sajnos előfordul a palliatív terápia mellett történő elbocsátás, elengedés is. Alapvető elvként javasolható (a magas rizikójú újszülötteknél szükséges), hogy a rizikó újszülöttek a gyermeket a későbbiekben ellátó házi gyermekorvossal, vegyes praxisú házi orvossal történő előzetes – lehetőleg személyes, a szülőket is bevonó – de mindenképpen szóbeli konzultáció után kerüljenek otthonukba. A PIC-en megvalósuló házi orvosi konzílium, már az inkubátor mellett jelentősen erősítheti a bizalmat a család és az orvos között, de javítja a kórházi és az alapellátó orvosok közötti szakmai kapcsolatot, kommunikációt is, minimalizálja a beteg átadás-átvétel során előforduló hiányosságokat, félreértéseket, tisztázatlan kérdéseket.

A szóbeli eszmegbeszélés mellett fontos a zárójelentés részét képező gondozási terv elkészítése, melyből világosan kiderül, hogy a gyermeknél milyen további vizsgálatokat, kezeléseket terveznek, illetve diagnosztikai és anamnézise alapján feltüntetni, melyik rizikócsoportba tartozik, illetve koraszülöttek esetén a terminus feltüntetése, korrigált kor számítása. Fontos, hogy tisztázásra kerüljenek az esetleges szociális juttatások, illetve az ezekhez szükséges adminisztratív lépések. A tervezett vizsgálatokra időpontokat kell egyeztetni, az érvényes beutalási rendnek megfelelően beutalóval kell ellátni a szülőket, hiszen ezeket az elsődleges szakvizsgálatokat az intézeti orvos kezdeményezte. Az esetlegesen szükséges gyógyszereket szintén tételesen fel kell sorolni, és hazabocsátáskor a receptekkel el kell látni a családot. Már a kórházban lehet kezdeményezni az alapellátó orvossal egyeztetve a közgyógyellátás igénylését.

Házi gyermekorvosi, háziorvosi ellátás

A praxisba vétel már a kórházi ellátás alatt szükséges magas rizikójú újszülötteknél, javasolt a közepes és alacsony rizikójú újszülötteknél. A hazabocsátást követő első orvosi vizit során túl az adminisztratív eljárásokon, illetve a teljes fizikális vizsgálaton a rizikó újszülöttek esetében különösen nagy hangsúlyt kell szánni a felmerülő szülői kérdésekre. Számos apróbb probléma csak otthon derül ki, a kórházi biztonságából kiszabaduló családban a leghétköznapibb szituáció komoly feszültségeket válthat ki.

Az első orvosi vizsgálat mindenképpen előjegyzés alapján történjen, nyugodt körülmények között, és kellő időt rászánva. A problémás újszülöttek hosszú távon is kiemelt figyelmet igényelnek. Nem engedhető meg, hogy egy veszélyeztetett csecsemő a többi beteg között hosszú időt töltsön a váróban, számukra biztosítani kell a soron kívüli ellátást, vagy ha ez nem lehetséges, az elkülönített várakozást.

A kórháztól kapott gondozási tervben megjelölt szakvizsgálatok, kezelések lebonyolításában, ellenőrzésében kulcsszerepe van a házi gyermekorvosnak és a védőnőnek. Az alapbetegséghez képest tapasztalható fejlődési eltéréseket nemcsak dokumentálni kell, hanem erről a rizikó újszülött gondozását végző neonatológus, gyermekneurológus kollégát is értesíteni kell. Napjaink technikai lehetőségei mellett könnyen kivitelezhető egy-egy megosztott dokumentumban tárolt táblázat, például a csecsemő súly- és hosszfejlődéséről, fejkörfogat növekedéséről, amit szülő, védőnő, háziorvos és kórházi gondozó orvos is követhet.

A rizikó újszülöttek táplálására is kiemelt hangsúlyt kell fordítani. Az anyatejes táplálás érdekében mindent meg kell tenni. Ismerni kell a kompetenciahatárokat, és szükség esetén időben kell a család számára segítséget kérni szoptatási tanácsadóktól, csecsemő- és koraszülött-táplálásban jártas szakembertől. Ha a szoptatás, illetve az anyatejes táplálás semmiképp nem oldható meg, akkor a gyermek korához, alapbetegségéhez legmegfelelőbb tápszert kell választani (ha a szülő számára elfogadható, donor női tejet kell biztosítani), szükség esetén a gondozó orvossal közösen hozott döntés alapján. Az optimális fehérjebevitel, elsősorban koraszülötteknél akár az egész életre kiható változásokat idézhet elő. Az elégtelen táplálás nemcsak a szomatikus paraméterekre van hatással, de igazoltan csökkenti a későbbi IQ értékét. A lelassult testi fejlődés kihat a motoros és kognitív fejlődésre is, ezért minél előbb fel kell ismerni, és haladéktalanul el kell kezdeni keresni az okát, a megoldását, hogy a behozó növekedést (catch up growth) elérjük.

Általánosságban igaz, hogy a rizikó újszülötteknél nagyobb hangsúlyt kell fektetni az infekciók megelőzésére. Ezt megfelelő szülői edukációval, szükség esetén a lakókörnyezet fokozott ellenőrzésével lehet elérni. A védőnő ebben szintén a házi gyermekorvos partnere, mint ahogy az eddig felsorolt szempontoknál is. Ha fertőzés gyanúja merül fel szorosabb követés, gyakoribb vizsgálatok indokoltak, és láz esetén nem lehet figyelmen kívül hagyni a korrigált kort. Láz esetén 2–3 hónapos korig további vizsgálatok indokoltak, ezért ilyenkor a csecsemőt kórházi ambulanciára kell beutalni. További ismert infektológiai sajátosság, hogy az élet első hónapjaiban a normálisnál alacsonyabb maghőmérséklet is jelezhet komoly fertőzést.

Minden újszülöttnél, így a rizikó újszülötteknél különösen nagy gondot kell fordítani a hallás objektív szűrésének elvégzésére és a rendszeres audiológiai felülvizsgálatok megtörténének ellenőrzésére [51/1997. (XII. 18.) NM rendelet], mely egyben a védőnők feladata is.

A rizikó újszülött védőnője szintén kulcsszemély a gondozásban. Jobb esetben a védőnő a szülő legfőbb bizalmasává válhat. Fontos, hogy rendszeres védőnői konzultációval az összes tapasztalt pozitív, vagy akár gyanús, aggasztó észlelés átbeszélése, közös értékelése megtörténjen. 2017 szeptemberétől az újszülöttek, majd a csecsemők pszichomotoros fejlődésének követése a fizikális vizsgálaton túl a szülői megfigyelésen alapuló kérdőívre épül az alapellátásban, amit a védőnők adminisztrálnak és az alapellátó orvos munkájának egyik fontos bemenete (Gyermek-alapellátási útmutató a 0–7 éves gyermekek szűrési vizsgálatának elvégzéséhez [42]). A kérdőívben felsorolt fejlődés mérőföldkövekre alapozva 0–7 éves kor között 12 alkalommal, jellemzően a kötelező védőoltások beadásához köten ellenőrzik az alapellátó orvosok az említett korosztály pszichomotoros fejlettségét a gyermekek korrigált életkora alapján, ezzel követve az esetleges rehabilitáció menetét, kiszűrve a rehabilitáció szükségességét, illetve az esetleges fejlődésneurológiai kontrollok kapcsán jelzéssel élhetnek a patológiás eltéréseket illetően. Számos szociális juttatás jár az ilyen újszülötteket nevelő családoknak. Ezek eléréséhez sokszor kell segítség, ebben is fontos a kooperáció a társszakmák képviselőivel, szociális munkások bevonása, gyermekvédelmi szakemberek segítsége is hasznos lehet a jó védőnő-orvos kapcsolaton kívül.

Preventív ellátás

Magyarországon a 0–18 éves gyermekek egészségügyi alapellátásához a betegellátás mellett szervesen hozzátartozik a gyermekek szomatikus, pszichomotoros fejlődésének követése, a fejlődést akadályozó tényezők időben történő felismerése, és az ezekre irányuló szűrővizsgálatok elvégzése. Az alapellátásban a fejlődés követése, valamint a szűrővizsgálatok elvégzése a háziorvos, a házi gyermekorvos, az iskolaorvos, a területi és az iskolai védőnők

feladata. Ezen belül a védőnők feladata és kompetenciája a szűrésben jól meghatározott. A védőnői hálózat speciális, sajátosan magyar eleme a gyermek alapellátásnak, kiemelkedő szerepe a prevencióban elvitathatatlan, rizikó újszülöttek esetében mégsem támaszkodhatunk önmagában erre az ellátási szintre. Ezeknél a gyermekeknél a gyermekneurológiai követés és az érzékszervi funkciók (látás, hallás) szakorvosi szintű ellenőrzése szükséges. Bronchopulmonális dysplasia esetén elengedhetetlen a pulmonológiai és kardiológiai gondozás. Az alapellátó orvos és az utógondozó ambulanciák közös feladata, bevonva a megfelelő szakorvosokat a későbbi kardiovaszkuláris rizikó és metabolikus problémák szűrése. Azoknál a gyermekeknél, ahol a korai életszakaszban akut vesekárosodás történt, a későbbi életkorban a krónikus vesebetegség kialakulásának emelkedett a kockázata. Igazolt akut vesekárosodás után 3 hónapos korban ellenőrzés javasolt, eltérés esetén időszakos felülvizsgálat [vesefunkció, eGFR, UCa/kreat, Ualb/kreat, veseméret, RR (ABPM), 3 éves kor alatt testhosszra vetített testsúly, 3 éves kor felett BMI, InBody stb.]. Kétéves kor felett, ha a GFR <60 ml/min/1,73 m² minimum évente gyermeknefrológiai ellenőrzés szükséges.

Ajánlás13

A koraszülöttek, rizikó újszülöttek hazabocsátásának tervezetten kell történnie, a leendő házi gyermekorvos vagy vegyes praxisú kolléga bevonásával. Magas rizikójú újszülötteknél szükséges, a közepes és alacsony rizikójú újszülötteknél javasolt a szóbeli (lehetőleg személyes) egyeztetés a hazabocsátó szakorvos, a szülő és a házi gyermekorvos vagy vegyes praxisú kolléga bevonásával. (D)

Ajánlás14

A rizikó újszülött gondozása során észlelt eltérésekről dokumentáltan értesíteni kell az utógondozást végző neonatológust, gyermekneurológust. (D)

Ajánlás15

Rizikó újszülötteknél a házi gyermekorvosi és védőnői gondozáson túl a gyermekneurológiai követés és az érzékszervi funkciók (látás, hallás) szakorvosi szintű ellenőrzése szükséges a VI. fejezet 4. pontjában részletezettek alapján. (D)

6. Rizikó újszülöttek védőoltási javaslatok

A koraszülöttek fertőzésre való hajlama nagy, melyet a tartós intenzív osztályos ápolás, a beavatkozások, a diagnosztikus vizsgálatok, műtétek tovább fokoznak, ezért a megfelelő, időben történő vakcináció jelentős előnnyel jár a védőoltással megelőzhető betegségek esetén.

Az egy időben adott több oltás a koraszülötteknél sem növeli az oltási reakciók súlyosságát és az oltást követő nemkívánatos események gyakoriságát.

A koraszülöttek és rizikó újszülöttek kronológiai kor szerint oltandók. Az aktuális korrigált életkor és/vagy alacsony testsúly miatt elmaradt immunizáció rontja az egészséges életkilátást.

Abszolút kontraindikáció:

1. Lázos betegség
2. Immunológiai károsodás: Élővírus-tartalmú vakcina, illetve BCG nem adható:
 - veleszületett immundefektus gyanúja vagy fennállása esetén
 - szerzett immunhiányos állapotokban: alapbetegség okozta, vagy kezelés során, másodlagosan kialakult immunkárosodás (pl. onkohematológiai betegségek, autoimmun kórképek) **oltási tanácsadó vélemény kérése javasolt.**

Relatív kontraindikáció:

1. instabil állapot

Minden halasztott oltás esetén mérlegelendő a kockázat!

Gyakorlati ajánlás:

Amennyiben a koraszülött csecsemő két hónapos életkorban még kórházban van, osztályon kell oltani, lehetőség szerint hazaadás előtt minimum két nappal. Osztályos körülmények között az oltási reakció értékelése és ellátása is biztonságos.

A kötelező védőoltásokon kívül az alábbi immunizációkat javasoljuk:

RSV passzív immunprofilaxis (2024-ben: palivizumab) – az adott szezonban aktuális gyógyszerleirat alapján

- A palivizumab RSV-re specifikus antitest, ezért nem várható, hogy az egyéb védőoltások hatására kialakuló immunválaszt befolyásolja, így bármely egyéb oltással intervallum tartása nélkül adható
- a műtétek halasztása palivizumab oltás után nem indokolt
- RSV pref bivalens subunit fehérje vakcina várható – mely a várandósság 24–32. gestatio hetében adva vertikális passzív immunizációval az újszülött védelmét biztosítja. Az anyai oltás után 2 héten belül született újszülött monoklonális antitest oltása rizikóállapotban az anya oltásától függetlenül javasolt lesz.

Meningococcus C ellen:

2–4 hónapos életkor között 2+1 séma

4 hónapos kor után 1+1 séma

emlékeztető oltás minimum 6 hónappal az alapimmunizáció után

VAGY

Meningococcus A, C, Y, W ellen:

6 hetes–6 hónapos kor között 2+1 séma

6 hónapos kor felett 1+1 séma

Meningococcus B ellen:

2–5 hónapos kor között 3+1 séma szerint

Rotavírus elleni védelem orális oltóanyag 6 hetes kortól minél előbb a hazaadást követően (fekvőbeteg osztályon nem adható)

Rotarix 6–24 hetes kor között két adag, 4 hét különbséggel (27. gesztációs hét után születetteknek)

Rotateq: 6–32 hetes kor között három adag, 4 hét különbséggel (25. gesztációs hét után születetteknek)

Influenza vírus elleni védelem 6 hónapos kor után aktuális (Vaxigrip tetra) első évben 2 oltás 4 hét különbséggel (6 hónapos kor előtt a családoltása és így fészekimmunitás megteremtése)

Idegrendszeri, illetve májérintettség esetén javasolt felajánlani:

1. **Kullancs encephalitis** ellen: 4 éves kor után 2+1 séma
2. **Hepatitis A vírus** ellen: 1 éves kor után 1+1 séma
3. **Hepatitis B** elleni vakcináció előrehozható (egyéni oltási terv alapján, oltási tanácsadóval egyeztetve)

Megjegyzések:

1. Minden potenciális neuroinfekcióval járó fertőzés elleni védőoltás kiemelten javasolt a neurológiailag érintett betegeknél.
2. Családtervezőknek és az újszülött környezetében élő 16 évesnél idősebb hozzátartozóknak a hazai epidemiológiai helyzetet és oltottságot figyelembe véve elsősorban a pertussis elleni védettség fenntartása miatt javasolt dTap-Polio oltás (Ada Polio cel).
3. Várandósok Tdap (Boostrix, Adacel) oltása javasolt (elsősorban a pertussis elleni védettség miatt), preferált időszak a 27–36 gesztációs hét közötti periódus, amikor az antitestek átjutása a placentán már átmeneti védettséget adhat a kora-, illetve újszülötteknek aktív immunizálásuk megkezdéséig.
4. Az influenza szezonban javasolt oltani a családot tervezőket (anya, apa, testvérek, nagyszülők, illetve akik az újszülött mellett lesznek), valamint a második, illetve harmadik trimeszterben levő várandóست.
5. Hepatitis B hordozó anya esetén aktív és passzív immunizáció javasolt az első 12 órában. Koraszülötteknél az aktív immunizáció a 3+1 séma szerint.

Ajánlás16

A koraszülöttek és a rizikó újszülöttek kronológiai kor alapján oltandók. Kivételt képeznek azok a 22–24. gesztációs hétre született extrém éretlen koraszülöttek, akik 2 hónapos korban még instabilak a biztonságos beadásához. (A)

Ajánlás17

A kötelező védőoltásokon kívül RSV, Meningococcus B és C, és influenza vírus elleni védelem is biztosítandó a rizikócsoporthoz. (D) [43]

7. Rizikó újszülöttek rehabilitációs gondozása

A gyermekrehabilitáció akkor igazán eredményes, ha a gyermek mellett a családot és a gyermek környezetét (bölcsőde, óvoda iskola) is be tudjuk vonni.

A rizikó újszülöttek hazaadást követően rendszeres fejlődésneurológiai ellenőrzés alatt állnak. A kontrollok során ideális esetben interdiszciplináris munkacsoportban történik a vizsgálat (gyermekneurológus, neonatológus, konduktor vagy gyógytornász, gyógypedagógus és pszichológus). Ha bármely vizsgálat során felmerül a pszichomotoros fejlődés elmaradásának gyanúja, elindítják a korai fejlesztést.

A nyomon követés során minden cerebralis paresis (CP) gyanús csecsemőt, illetve kisdedet egy (legkésőbb másfél) éves korban látnia kell gyermekrehabilitációs szakorvosnak, hogy megtervezhesse a későbbi terápiáját illetve elláthassa a szükséges gyógyászati segédeszközökkel.

A CP kockázata fordítottan arányos a gesztációs korral, illetve gyakrabban fordul elő ikerterhességekben, gemini várandóságban 4-szeresére, trigemini várandóságban 18-szorosára nő az előfordulása. A CP gyakorisága 2–4/1000 élve születettre a 3–10 éves korosztályban, az 1000 g alatt születettek között 17%, 1500 g alatti születési súly esetén 4–10% között van.

A CP leggyakoribb tünete a spaszticitás (de létezik hypotóniás és choreo-atetotikus formája is), ennek kezelése (szisztémás és lokális gyógyszeres, ortézis, fizioterápia, esetleg műtét) már rehabilitációs szakorvos irányítása mellett kell történnie. Rehabilitációt igénylő betegeket 1,5–2 éves korban akadályozottságuknak megfelelő (mozgás-, értelmi, érzékszervi fogyatékos) szakintézménybe kell irányítani (gyermekneurológiával, gyermekrehabilitációval, korai intervencióval foglalkozó intézmények, valamint az erre szakosodott alapítványok, pedagógiai szakszolgálatok).

CP-s gyermek gondozása

- minden találkozáskor terápiák értékelése, összehangolása
- rehabilitációs terv felállítása, segédeszközrel való ellátása
- etiológiai diagnózis keresése, újragondolása
- amennyiben nincs etiológia: kontrollok során tünetek, addigi vizsgálatok újraértékelése, újabb vizsgálatok indikálása (pl. 2 évesen kontroll MR)

Oktatás, fejlesztés

- 0–3 éves korban korai fejlesztés (3 éves kor után is maradhat korai fejlesztésben 6 éves korig, ha óvodai nevelésben nem vehet részt), ehhez pedagógiai szakszolgálati szakvélemény szükséges
- 3 éves korban integrált óvoda
- 6 éves kortól integrált, vagy fejlesztő, nevelő iskola

Emelt összegű családi pótlék meghosszabbítása vagy leállítása 3 éves korban, kiemelt ápolási díj, pelenka javaslat (3 éves kortól gyermekneurológia, gyermekrehabilitáció szakvizsgálathoz kötött) közgyógy-igazolvány, mozgássérült-igazolvány jogosultságra figyelem felhívása.

3. táblázat: Spaszticitás kezelése a rehabilitáció során [saját szerkesztés]:

Terápia	Életkor	Betegcsoport	Indikáció	Nyomon követési ellátás	Eredmény	Mellékhatás
Orális baclofen	bármely életkor leggyakoribb 2–5 év	teljes testet érinti a spaszticitás	súlyos spaszticitás	rehabilitáción spaszticitás csökkentése	spaszticitás csökkenése	szedáció, gyengeség
Botulinum toxin	bármely életkor leggyakoribb 2–10 év	spaszticus izmok	fokális spaszticitás vagy túl fiatal a többi beavatkozáshoz	mozgástartományt, nyújtást, erősítést segítő gyakorlatok	hatás 3–6 hó, eredményeként javul a járás és ADL	nem nyilvánvaló
Intra- tecalís baclofen	3 év felett, ha elég nagy a pumpa behelyezéséhez	teljes test spaszticitás vagy dystonia	súlyos spaszticitás, ami zavarja a funkciót vagy a betegellátást	mozgás- tartomány fokozása	kevesebb ortopédiai műtét szükséges, ápolás, gondozás, ültethetőség javul	infekció, liquor szivárgás

Terápia	Életkor	Betegcsoport	Indikáció	Nyomon követési ellátás	Eredmény	Mellékhatás
Ortopédiai műtét	3–8 év lágyrész 7–12 év csontos	minden spaszticus típusban	contractura, deformitás	erősítés	jobb járás	ismétlődés, gyengeség
Szelektív dorsalis rhizotomia (SDR)	4–10 év	spaszticus diplegia, tiszta spasticitás	spaszticitás zavarja a járást	intenzív fizioterápia	feszesség csökkenése	scoliosis fokozódik, csípőinstabilitás, inkontinencia kockázata

A CP kezelésében és nyomon követésében is csak interdiszciplináris team munkában lehetséges megfelelő eredményeket elérni. A rehabilitációt a rehabilitációs szakorvos vezeti. Fontos, hogy a különböző helyeken dolgozó terapeuták ismerjék egymás munkáját és közös terápiás célokat dolgozzanak ki. Elengedhetetlen, hogy minden terapeuta a saját vizsgálati módszerével rögzítse a felvételi státuszt és a terápia bizonyos szakaszaiban (minimum félévente) az elért változásokat. A szülőnek ezeket a vizsgálati lapokat el kell vinni a kontroll orvosi vizsgálatra, így az orvos számára is egyértelmű, hogy hol és mi történik a gyermekkel, illetve terapeuták is informálják egymást. A spasticitás kezelése a CP gondozás sarkalatos pontja. Terápiánknak, melynek alapja a fizioterápia, személyre szabottnak kell lenni. A reverzibilis, általánosan és lokálisan ható gyógyszerek mellett alkalmazhatjuk a különböző ortopédiai és idegsebészeti műtéteket, melyek irreverzibilisek. A műtéti szemlélet az utóbbi időben változott, jelenleg cél az egy ülésben több műtétet elvégeztése (single event multilevel surgery) a korábbi frakcionált műtétekkel szemben.

2 éves korban minden *kétoldali érintettségű* CP-s gyermeknél készüljön csípő röntgenfelvétel, majd a migráció fokától függően, fél/egy évente a rehabilitációs vagy ortopédus szakorvos javaslata alapján.

Scoliosis nyomon követése elengedhetetlen GMFCS III-V esetén, főleg a járásképtelen, tetraparetikus gyermekeknél (kialakulása 60–75%-ban). A CP-s gyermekeknél a scoliosis a csontérés befejezését követően is progrediál. Ha gyorsan romlik, 40–50 fokos görbület is műtéti indikáció lehet, ha fájdalommal jár és nehezíti az ülést.

CP-s gyermeknél a komorbiditás prevalenciája és súlyossága összefüggést mutat a GMFCS szintekkel. GMFCS I–II szinten a gyermekek általában nem rendelkeznek súlyos kísérő betegségekkel (epilepsziát leszámítva), míg a GMFCS IV–V csoportban gyakoribb a légzőszervi megbetegedések és táplálkozási zavarok előfordulása és halálozás is gyakrabban következik be.

Amennyiben a szájon keresztül táplálás biztonságosan nem oldható meg, PEG, gastrotubus, Micky Button behelyezése válhat szükségessé.

Szomatikus fejlődés nyomon követése: 3 percentil alatti súly (12 hó) és hossz (24 hó) esetén gasztroenterológiai és endokrinológiai konzultáció szükséges.

Gyakori panasz az obstipáció, melynek hátterében gyakran az alapbetegségen túl az egyoldalú táplálás, illetve a nem megfelelő folyadékbevitel és mozgásszegény életmód áll. [44, 45]

Ajánlás18

A CP-s gyermekek gondozásának rehabilitációs teamben kell történnie, gyermekneurológussal, gyermekortopédussal együttműködve, rehabilitációs szakorvos irányításával. (C)

Ajánlás19

Minden CP-vel diagnosztizált gyermeket legkésőbb 1,5 éves korban rehabilitációs szakorvosnak kell megvizsgálnia. (D)

Ajánlás20

CP-s gyermekeknél a komorbid légzőszervi megbetegedések és táplálkozási zavarok diagnosztizálása és kezelése szükséges pulmonológus, gasztroenterológus, esetenként endokrinológus szakorvos bevonásával. (A)

8. A korai fejlesztést és gondozást végző szakember szerepe a rizikó újszülöttek utógondozásában

A rizikó újszülöttek szempontjából kiemelkedő szerepe van a korai fejlesztésnek és gondozásnak. Ennek fontosságát mutatja, hogy az első hónapokban, években alakulnak ki és szilárdulnak meg az agyban azok a struktúrák, melyek

a későbbi fejlődést, a készségek, képességek kialakulását, fejlődését is meghatározzák. Minél hamarabb jut tehát segítséghez a rászorult gyermek és családja, annál hatékonyabbá válik a fejlesztés [46].

A rizikó újszülöttekkel végzett gyógypedagógiai munka együttesen érinti az egészségügyi, oktatási és a szociális szférát is. A megvalósításhoz szükséges a különböző ágazatokban tevékenykedő szakemberek szoros együttműködése, akik egy interdiszciplináris team tagjaként működnek [47]. A három ágazat között gyakran nem könnyű létrehozni a megfelelő információáramlást és összehangolni a munkát.

Egészségügy

A rizikó újszülöttek orvosi, konduktív, gyógytorna, gyógypedagógiai, pszichológiai utógondozása/követése az egészségügy területén leginkább a kórházak PIC utógondozóiban valósul meg ambuláns formában.

A diagnosztikus, utógondozó munkacsoportban dolgozó *gyógypedagógus feladatai* az egészségügyben az utógondozás során:

- szülői kikérdezés során kiegészíti a gyermek már meglévő fejlődéstörténetét (anamnézis) gyógypedagógiai aspektusok tekintetében
- a már meglévő vizsgálati anyagokat gyógypedagógiai szempontból elemzi, értékeli, a szülőkkel megosztja ezeket az információkat
- meghatározott időközönként (XI. melléklet, 1.4. 1–3. algoritmus) objektív vizsgáló eljárásokkal megállapítja az aktuális fejlettségi szintet a különböző részterületeken, feltárja az esetleges megkésettség, elmaradás mértékét
- a vizsgálaton tapasztaltakat leírja, konzultál a szülőkkel a tapasztaltakról
- szükség szerint segít a gyermeknek és a családnak a megfelelő, optimális fejlesztő hely keresésében, az intézményi elhelyezésben
- felmerülő gyógypedagógiai problémák esetén konzultál a szülőkkel, tanácsot ad az otthoni helyzetekre vonatkozóan
- konzultál, együttműködik a gyermekkel foglalkozó szakemberekkel
- megfelelő időközönként kontrollvizsgálatokat végez, vagy amennyiben a fejlesztő helyen történik kontrollvizsgálat, a szülőkkel együtt értelmezi a vizsgálat anyagait, tapasztalatait

Vizsgálat – szűrés – állapotmegismerés

A rizikó újszülöttek esetében a gyermek első 3 évében több objektív vizsgálatot is szükséges elvégezni az utánkövetés során, függetlenül attól, hogy milyen állapotban távozott a kórházból otthonába a csecsemő. A „mozgó rizikó modell” szerint a koraszülött gyermekek fejlődésük során bármikor bekerülhetnek a „veszélyeztetett” kategóriába, és ki is kerülhetnek belőle, és ez az ide-oda mozgás többször is megismétlődhet. Ez a teljesítményingadozás az úgynevezett mozgó rizikó [48]. Ennek ismeretében javasolt a magas rizikójú csecsemők 6 hónapos, és indokolt korigált 12 hónapos, korigált 24 hónapos és 36 hónapos korában a Bayley III. Csecsemőfejlődési Skálával felmérni a gyermek aktuális képességeit, készségeit. Így definiálható az életkorához viszonyított fejlettségi szintje a beszéd-mozgás-kognitív funkciók tekintetében, valamint a magatartás-viselkedés-ön szabályozás területén. Amennyiben eltérést találunk, fontos megtalálni az összefüggéseket, valamint a lehetséges oki hátteret is. Az adott teszt felvételei során a korábbi eredményekkel való összehasonlítás jól mutatja a gyermek fejlődését a különböző részterületeken. Az ellátás során segítő stratégiákat, megoldási javaslatokat szükséges megfogalmazni a család számára az esetleges hátrányok enyhítésére. Fontos szempont, hogy a csecsemőt/kisgyermeket nem betegnek, hanem a családi rendszer aktív tagjának kell tekinteni.

Amennyiben a családi rendszer működésében van nehézség, további szakember bevonása is szükséges lehet (szülő-csecsemő konzulens, családterapeuta, pszichológus). A vizsgálat eredményeiről a szülők részletes tájékoztatása, az őket érdeklő kérdések őszinte, számukra érthető megválaszolása kiemelt jelentőségű. Időt kell adni arra, amíg feldolgozzák a hirtelen kapott információkat, és a további találkozások alkalmával is szükséges, hogy legyen lehetőség kérdéseik feltételére.

Amennyiben a gyermek az átlagos fejlettségi szintet nem éri el az objektív vizsgálat eredménye alapján, a korai fejlesztés mielőbbi megkezdése szükséges a területileg illetékes pedagógiai szakszolgálatban. A korai fejlesztés szükségességét a gyermek utánkövetésében részt vevő szakemberek (gyermekneurológus, neonatológus, gyógypedagógus, konduktor, gyógytornász, pszichológus) együtt állapítják meg. Ezután kerülhet sor a megfelelő fejlesztési hely kiválasztására.

Gyakran tapasztalható, hogy a korigált 2 évesen tünetmentes, minden területen átlagos fejlettségű kisgyermeknél, ha nem gondoljuk tovább, 5–6 évesen az iskola megkezdése előtt részképesség zavar, figyelmi, magatartási nehézség jelentkezik. Emiatt szükséges, hogy 3 éves korban és 5 évesen, az iskola megkezdése előtti évben minden rizikóval

született gyermek részképességeinek (tanuláshoz szükséges részképességek, mozgás, beszéd) vizsgálata és/vagy intelligenciavizsgálata megtörténjen. Magas és közepes rizikójú gyermekeknél a 3 éves Bayley-teszt után minden évben (4, 5, 6 éves korban) pszichodiagnosztikai teszt végzése szükséges, kiegészítve a mozgásstátusz (egyensúly, rugalmasság, mozgáskoordináció, finommozgások, szem-kéz koordináció) felmérésével. A részképességek, illetve az IQ mérésére ebben az életkorban alkalmas tesztek lehetnek pl. a WPPSI-IV, Leiter III. teszt, a mozgásvizsgálathoz gyógytornász/konduktor által végzett mozgásvizsgálat, vagy Alapozó terápiát illetve DSZIT terápiát megelőző mozgásvizsgálat, LongiKid, ÁMV, illetve az iskolaérettséget vizsgáló eljárások. Ezeket érdemes kiegészíteni a gyermek szociális viselkedésére (pl. SDQ kérdőív, CBCL Gyermek Viselkedés Kérdőív) vonatkozó szülői kérdőív kitöltésével. Ezt a pedagógia szférában működő területileg illetékes szakszolgálat – szakértői bizottsági tevékenység körében – végzi el a szülő, illetve az óvoda kérésére, illetve egyre több koraszülött utógondozókban is elérhető. Rizikó újszülöttek utógondozásával foglalkozó ambulanciákon javasolt olyan pszichológus és/vagy gyógypedagógus alkalmazása, aki rendelkezik a szükséges tesztfelvételi jártassággal.

Oktatásügy – pedagógiai szakszolgálatok

Az oktatási szférában a pedagógiai szakszolgálatok és az egységes gyógypedagógiai módszertani intézmények (EGYMI) látják el a rizikóval született gyermekek körüli gyógypedagógiai diagnosztikai és fejlesztő munkát.

Az egészségügyben használt „utánkövetés, diagnosztikus tevékenység” fogalmát ebben a szférában inkább az „ellátás” szóval lehet jellemezni. A gyógypedagógiai vizsgálatok, a szülőknek szóló tanácsadások és a rendszeres – heti akár több alkalommal való – fejlesztések fedik le az ellátás fogalmát. Ezen kívül több helyen áll már rendelkezésre szülő-csecsemő konzulens, aki a regulációs nehézségek esetén tud segítséget nyújtani, ami a családok lelki egészsége szempontjából kedvezően hat.

A pedagógiai szakszolgálatok feladataikat a vármegyékben és a fővárosban székhelyintézményben és tagintézményekben látják el. A tagintézmény több tagintézményi telephelyen is működhet.

A *vármegyei, fővárosi tagintézmény* olyan feladatellátási hely, amely a vármegyében, a fővárosban egyes pedagógiai szakszolgálati feladatokat több járásra kiterjedő működési körzettel lát el.

A *járási tagintézmény* olyan, járásonként szervezett feladatellátási hely, amely a vármegyében, a fővárosban, valamennyi járásban, az adott járásra kiterjedő működési körzettel az összes pedagógiai szakszolgálati feladatot ellátja.

A pedagógiai szakszolgálatok tevékenységei

- a gyógypedagógiai tanácsadás, a korai fejlesztés és gondozás;
- szakértői bizottsági tevékenység;
- nevelési tanácsadás;
- logopédiai ellátás;
- továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás;
- konduktív pedagógiai ellátás;
- gyógytestnevelés;
- iskolapszichológiai és az óvodapszichológiai ellátás;
- kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozása.

A pedagógiai szakszolgálatok *szakértői bizottságainak* tevékenysége

A pedagógiai szakszolgálatok az 5/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről szerint végzik tevékenységeiket. A szakértői bizottsági tevékenység ennek 5. pontjában került leírásra. Szakértői vizsgálatot a pedagógiai szakszolgálat a szülők kezdeményezésére is végezhet, illetve a bölcsőde, óvoda kezdeményezésére, a szülők beleegyezésével. A vizsgálathoz a járási pedagógiai szakszolgálatot szükséges felkeresni, mivel (lásd fentebb) ott az összes szakfeladatot ellátják, tehát vizsgálatot is végeznek. A korai fejlesztés és gondozás megkezdésére a szakértői bizottság javaslatot tesz. A rendelet szerint a korai fejlesztés és gondozás egyéni foglalkozás, vagy legfeljebb hat gyermekből álló csoportfoglalkozás keretében valósítható meg.

Gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás

Amennyiben a rizikó újszülöttnak korai fejlesztésre van szüksége, alanyi jogon ellátást az illetékes járási pedagógiai szakszolgálatnál kaphat. Ha a korai fejlesztés és gondozás igénybevétele a pedagógiai szakszolgálati intézményben nem oldható meg, a gyermek fejlesztésére otthoni ellátás keretében vagy a gyermek gondozását végző intézményben is sor kerülhet. A jelenlegi szabályozás szerint 36 hónapos kor alatt neonatológia, csecsemő és fül-orr-gégegyógyászat, audiológia, szemész, ortopédia és traumatológia, gyermek- és ifjúságpszichiátria, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, orvosi rehabilitáció csecsemő- és gyermekgyógyászat szakterületen, illetve gyermekneurológia szakorvos

általi javaslatra megkezdődhet a korai fejlesztés a járási szakszolgálatnál anélkül, hogy az illetékes szakértői bizottságnál megjelenne a gyermek. Legkésőbb 3 hónapon belül javasoljuk, hogy gyermekneurológiai vizsgálat, állapotfelmérés is történjen a fejlesztésre szoruló gyermekeknél. *Fontos, hogy a „korai fejlesztés javasolt” szöveg konkrétan szerepeljen a szakorvosi dokumentációban.*

A szakszolgálatokban a korai fejlesztésben gyógypedagógus (benne logopédus is), konduktor, gyógytornász, pszichológus szakemberek vesznek részt. A foglalkozások típusát és heti rendszerességét a gyermeket vizsgált szakértői bizottság tagjai állapítják meg a rendeletnek, illetve a gyermek igényeinek megfelelően, igazodva a család körülményeihez. (lásd szakértői bizottsági tevékenység).

A legújabb, rendeletben meghatározottak szerint „a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás feladata a komplex koragyermekkorai prevenció, tanácsadás és fejlesztés, az ellátásra való jogosultság megállapításának időpontjától kezdődően a gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak erősítése, a gyermek és a család társadalmi inklúziójának támogatása. A korai fejlesztés és gondozás tevékenységei a komplex gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai tanácsadás, a kognitív, a szociális, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás.” [49]

A fejlesztések egyéni vagy kiscsoportos komplex gyógypedagógiai illetve konduktív, gyógytorna-fizioterápiás fejlesztést jelentenek. A foglalkozások során komplex, játékos tevékenységre épülő helyzeteket teremtve fejlesztik a csecsemők/gyermek kognitív/prekognitív képességeit, nagy- és finommozgásait, nyelvi készségeit, kommunikációját, érzelmi-szociális viselkedését. A speciális fejlesztések során más terület is előtérbe kerülhet (pl. autizmus specifikus fejlesztés során a szociális-kommunikációs készségfejlesztés). A fejlesztések alkalmával a szülők is jelen vannak, sokszor aktív részesei is a tevékenységeknek.

A foglalkozások során mód van arra, hogy a szülő és a szakember átbeszélje azokat a mindennapos otthoni helyzeteket, nehézségeket, melyeket a szülő ajánl fel témaként. Tanácsadás formájában a szülő segítséget kaphat a gyógypedagógustól és a mozgásterapeutától, illetve igénybe vehet pszichológiai segítségnyújtást is.

Fontos helyet kap az ellátás során a családdal folytatott munka. Az élet első két éve az emberi fejlődés legintenzívebb szakasza, mialatt nagy a lehetősége a viselkedési kisiklásoknak és a szülő-gyermek közötti interakciók elcsúszásának. Mivel a közeli interakciók hatását nem lehet felülmúlni a gyermeki fejlődés során, ezért igen fontos, hogy nagy figyelmet kapjon ez a folyamat. A rizikó csecsemők egy része is nehezen szabályozza hogylétét, viselkedését és fiziológiai folyamatait. Ezek lehetnek nem organikus eredetű nehézségek, hanem pszichés vagy pszichoszomatikus jellegűek. Ezek a viselkedésszabályozási/regulációs problémák negatívan hatnak a gyermek későbbi érzelmi fejlődésére, korai kezelésük kedvezően befolyásolja a későbbi pszichés fejlődést. Az első életévben a leggyakrabban előforduló regulációs zavarok: az excesszív sírás, a krónikus nyugtalanság, az alvási nehézségek az etetési, táplálkozási, gyarapodási problémák. A gyermek második életévétől ezek kiegészülhetnek szülő-gyermek kapcsolati zavarral, testvér rivalizálással, túlzott dac, vagy agresszivitással, koncentráció zavarral is. A gyermek tüneteinek kezelésével a konzultáció a szülő-gyermek kötődési kapcsolatára hat oly módon, hogy a kisiklott kötődési kapcsolat és az interakciók minősége megváltozzon. A gyermeknek ezáltal nő a biztonságérzete, a szülőnek pedig megváltozik az értelmezése a gyermeke viselkedéséről.

Aszakszolgálati fejlesztést kiegészíthetik különböző terápiák, fejlesztések. Ilyen lehet pl. különböző mozgásfejlesztések, DSZIT, TSMT, zeneterápia, lovaglás, vízi terápia. Ezt a szakszolgálatok ritkán tudják biztosítani, magán ellátók által, esetenként az egészségügyi ellátásban juthatnak hozzá a családok.

Ajánlás21

A korai fejlesztésben és gondozásban (az állami és a magánszektorban egyaránt) a rizikóval született 0–3 éves korosztállyal csak olyan szakember foglalkozzon, akinek minimum 5 év aktív gyakorlati (fejlesztő) tapasztalata van az adott korosztállyal kapcsolatban az általa nyújtott terápiában, fejlesztésben. (D)

Ajánlás22

A gyermek fejlesztése során az egyéni szükségleteknek kell megvalósulnia! A fejlesztések mindig egyénre szabottak, a gyermek igényeinek és állapotának megfelelőek legyenek. A „túlkezelés” ugyanolyan ártalmas lehet, mint az, ha az elmaradással nem foglalkoznak [50]. A célkitűzéseket a szülőkkel együtt határozzuk meg! Kerüljük a fájdalmat okozó terápiákat, mert a fájdalom negatívan hat a fejlődő idegrendszerre. (D) [51].

Ajánlás23

A fejlesztő szakember köteles minden állapotfelmérés/vizsgálat alkalmával írásos dokumentációt adni a szülőnek, amiben szerepel a vizsgálat leírása, a javasolt fejlesztés módja, valamint az addig bekövetkezett változás is. (C) [52]

Ajánlás24

Az egészségügyi utógondozó intézmények elsősorban diagnosztikus munkát végeznek. A fejlesztés államilag finanszírozott helyszíne a pedagógiai szakszolgálat, minden fejlesztésre szoruló csecsemőt, kisgyermeket ide kell irányítani, mely igény esetén kiegészíthető a magánszférában állami és magánszolgáltatás formájában is, illetve esetenként az egészségügyben elérhető fejlesztésekkel. A fejlesztés megkezdését követően legkésőbb 3 hónapon belül történnie kell gyermekneurológiai szakvizsgálatnak. (D)

Ajánlás25

Ha a gyermek optimális fejlődését több különböző fejlesztési módszerrel szükséges támogatni, a hatékonyságot növeli, ha a fejlesztések egy helyszínen, egy intézményen belül tudnak megvalósulni. A különböző fejlesztő szakemberek együttműködése, rendszeres, strukturált konzultációi szükségesek a kívánt eredmény eléréséhez. (C) [53]

A több fejlesztési módszert integráló intézmények a civil szférában és a magánellátói rendszerben is hasznosak lehetnek. (lásd jó gyakorlatként a XI. Melléklet, 1.5. Mentorhálózat, mentorprogram című pontjában.)

9. Magyarországon elérhető mozgást befolyásoló fejlesztő és terápiás módszerek

Az, hogy hazánkban egy kezelésre szoruló csecsemő vagy egy kisgyermek milyen terápiás ellátásban részesül, meglehetősen esetleges. Saját tapasztalatok, megszokások, időhiányon alapuló tájékozatlanság, a problémás helyzet egyéni jellemzőihez való idomulás; vagy az elérhető szolgáltatások szűkebb köre, a szülő pénzügyi lehetőségeinek korlátozottsága lehetnek meghatározó tényezők a javaslatot adók körében. A „fejlesztő módszer” kifejezés a szülőben gyakran azt a képzetet kelti, hogy ha nem él vele, akkor a gyermeke nem fog megfelelően fejlődni, helyesebb lenne a külföldi szakirodalomban is bevett intervenciók eljárásnak (beavatkozásnak) hívni.

Egyre érezhetőbb azonban az az igény, hogy az ellátás más szegmenseihez hasonlóan tudományos igényű bizonyítékokon alapuló módszertanok váljanak hozzáférhetővé. Sajnálatos, hogy hazánkban a felhasznált módszerek hatásosságának szisztematikus, független elemzése még nem indultak el; sőt, ilyen irányú és megalapozott tervekkel sem találkoztunk.

Van-e egyértelmű képzésbeli feltétele annak, hogy valaki mozgásterapeutának nevezze magát? Mit kell tudnia egy mozgásterapeutának? Milyen akkreditáció alapján dolgozik egy mozgásterapeuta?

Az egyes mozgásterápiás irányzatok képviselői nem feltétlenül keresik a találkozási pontokat más mozgásterápiás irányzatokkal.

Az alábbiakban nem a hatásos/nem hatásos vagy a hatékony/nem hatékony alternatíva mentén helyezük el az egyes mozgásterápiás irányzatokat, sokkal inkább a különböző gyermeki fejlődési igények szempontjait próbáljuk érvényesíteni. A felsorolás nem teljes, a leggyakrabban használt, illetve legismertebb módszereket sorakoztatja fel, a sorrend nem fontosság szerinti rangsor.

További részletek a *Mozgásterápiás protokoll a kora gyermekkori intervencióban* című tanulmányban olvasható. [54].

- 1. Katona-módszer (neurohabilitációs tréning)**
- 2. Pedagógiai módszerek** (Pető módszer/konduktív pedagógia, gyógypedagógiai fejlesztés)
- 3. Fizioterápia-gyógytorna (Bobath-módszer)**
- 4. Manuális terápiák** (Pfaffenrot, DSGM, Vojta, Bowen, Craniosacralis terápia)
- 5. Reflexkorrekciós terápiák** (INPP, TSMT/HRG)
- 6. Ingerterápiák** (Ayres terápia/DSZIT, Bazális stimuláció, Neuro-hidroterápia, Huple)
- 7. Egyéb:** Alapozó terápia, Hidroterápia, Állatasszisztált terápiák – lovas terápia

1. Katona-módszer (neurohabilitációs tréning)

A Katona-módszer a fejlődésneurológia és neuroterápia a praenatalis, perinatalis és korai postnatalis idegrendszeri károsodások okozta funkciózavarok korai diagnosztikája és aktív, korai neuroterápiája.

Az osztályon: intenzív kezelés (gyógyszeres kezelés, vagy a korai elektroterápia). Otthon: a szülők alapos és folyamatos képzése mellett hónapokig tarthat, napközben elosztva a csecsemő ellátása mellett több órát vesz igénybe. Ehhez

a szülők a gyakorlati képzésen kívül írásban is megkapják az aktuális terápiás programot, mind a szenzomotoros, mind a prekognitív-kognitív terápiához.

Célja: a központi idegrendszer kóros szabályozási folyamatainak átírása.

Elv: Az alapját jelentő vertikalizációs (felegyenesedési) és lokomóciós (helyváltoztatási) elemi mozgásminták a felnőtt mozgásformák előrecsomagolt „konzervei”, melyek megfelelő helyzetben már az újszülött csecsemőben, sőt, még a koraszülött csecsemőben is kiválthatók. Az elemi mozgásminták nem csak a későbbi mozgásfejlődés problémáinak előre jelzésére adnak lehetőséget, de naponta többször (5–6 alkalommal) gyakorolva őket, lehetővé teszik a kóros mozgások felülírását, a mozgásfejlődés megfelelő irányba terelését, valamint az érzékelés, aktivitás, éberség és figyelem kóros szabályozásának csökkentését.

Korosztály: 0–12 hó

Ajánlott:

- központi idegrendszeri sérülés (IVH, stroke, infekció)
- agyi, gerincvelői fejlődési rendellenesség – kiemelten a dysraphismusok
- szülési sérülés (felkar bénulás, arcideg bénulás)
- feltehetően idegrendszeri eredetű táplálási nehezítettség, elsősorban nyelésbénulás [55].

2. Pedagógiai módszerek

2.1. Pető módszer: (konduktív pedagógia, aktív tanuláson alapuló, komplex re/habilitációs eljárás, fejlesztő módszer)

Cél: A konduktív pedagógia egyik legfontosabb célkitűzése – függetlenül az életkortól – az, hogy tanulni tanítson, azaz a tanulási képességeket fejlessze.

Elv: A komplex nevelés magában foglalja a mozgástevékenység és a kognitív funkciók fejlesztését és az önellátási szokások kialakítását. Külön hangsúlyt fektetnek a manipulációs és játéktevékenység, a beszéd korai fejlesztésére, a testvázlat kialakítására, a gyermek ismereteinek bővítésére, valamint a vezető diszfunkció kóros kifejlődését megelőző feladatok beállítására. A módszer olyan prevenciós technikákat alkalmaz, melyekkel elkerülhető a további fogyatékoságok kialakulása.

A szakemberek minden gyermek számára kidolgozzák a fejlődését legjobban szolgáló egyéni vagy csoportos foglalkozást, melyeken a konduktor és a szülő együtt közvetítik gyermeknek a feladatokat. Ez nemcsak a korosztály pszichológiai sajátosságai miatt fontos, hanem azért is, mert az együttműködés során a család megérti, hogy nem a tornagyakorlatok elvégzése a cél, hanem a tanultak alkalmazása, felhasználása az életben adódó helyzetekben. A korai fejlesztés másik formája a Szülők iskolája, ahol meghatározott időközönként felmérést követően a szülőknek betanítják az otthoni gyakorlatokat, illetve a rehabilitációs ellátás, mely egyéni és csoportos formában is elérhető.

Korosztály: 0–18 év

Ajánlott:

- mozgáskorlátozott, különösen CP-s gyermekek
- pszichomotoros fejlődésben észlelt elmaradás [56].

2.2. Gyógypedagógia

Elv: A **gyógypedagógia** interdiszciplináris, komplex humántudomány. Elméleti rendszerének bázisa a bio-pszichoszociális emberkép. A gyógypedagógus tevékenysége szerteágazó, sokrétű feladatrendszert jelent: bármely életkorban a fogyatékosággal élő személyek komplex állapotmegismerése, fejlesztése, terápiája, nevelése, képzése, kísérése, rehabilitációja, társadalmi integrációjának, életminőségének elősegítése, támogatása.

Egyéni fejlesztési terv alapján végzett intervenciók eljárás, melyet mindig megelőz egy objektív vizsgálati módszerrel elvégzett fejlettségi szint felmérés. Ennek megfelelően történik a speciális terület gyógypedagógusának kiválasztása, aki lehet szomatopedagógus, tiflopedagógus szurdopedagógus, értelmileg akadályozottak gyógypedagógusa, autizmus specifikus gyógypedagógus, illetve logopédus.

Szomatopedagógia: a gyógypedagógia egyik szakterülete/szakiránya, a mozgáskorlátozottság és annak következményei okozta sajátos fejlesztési, rehabilitációs, nevelhetőségi feltételek figyelembevételével a teljes személyiség fejlesztésére irányuló tervszerű pedagógiai tevékenység. A **szomatopedagógiai tevékenység** a komplex állapotfelmérésre épít, alapja a mozgásnevelés, továbbá a kommunikációfejlesztés, a megismerő tevékenységek fejlesztése, a szocializáció építése, a mindennapos önellátási tevékenységek fejlesztése. Magában foglalja a mozgásjavítást szolgáló segédeszközök használatára nevelést. A szomatopedagógia nem egy módszer, hanem egy komplex megközelítés, amelyben az egyénileg változó szükségletek alapján nyújtják a személyiséghez

leginkább illeszkedő programot; nevelési-oktatási és terápiás elemek ötvözésével keresik a rehabilitáció/rehabilitáció legoptimálisabb útját a kliens számára. A terápiás program kidolgozása során az ismert és általánosan használt különböző terápiás, rehabilitációs módszerekből és eljárásokból választ a szomatopedagógus, akinek alapvető feladata az állapotfelmérés és a szükségletközpontú tervezés, illetve végrehajtás.

Életkor: 0–18 év

Ajánlott:

- pszichomotoros fejlődésben észlelt elmaradás
- központi idegrendszeri sérülés (IVH, stroke, trauma, fejlődési rendellenesség)
- genetikai szindrómák
- neuromuscularis betegségek
- neurodegeneratív betegségek [57, 58, 59].

3. Fizioerápia-gyógytorna

Elv: izmokat ingerel, nyújt, erősít, testhelyzeteket korrigál, mozdulatokra rávezet és korrigál.

A fizioerápia az orvosi erápia legősibb ága, a görög „füzosz” szóból ered, melynek jelentése természet. A **fizioerápia** természeti (fizikai, kémiai) energiákkal való gyógyítást jelent. A csak tisztán fizikai energiát felhasználó kezeléseket **fizioterápia** néven foglaljuk össze. A magyar (a bevitt energia szerint csoportosítás) alapján a gyermekgyógyászatban használatos az elektroerápia, hidroerápia, mechanoterápia (aktív és passzív mozgások, így a torna, masszáz, és az extenziós kezelése), inhalációs és étrendi kezelése. A **World Confederation for Physical Therapy (WCPT)** meghatározása szerint: „A fizioerápia olyan egészségügyi szolgáltatás, ahol a fő cél a tágon értelmezett mozgásos funkcionális képességek szinten tartása, illetve helyreállítása, az egészség megőrzése, a betegségek megelőzése, gyógyítása és a rehabilitáció. A fizioerápia végső célja az egyén egész életén át tartó mozgásképességének lehetőség szerinti fejlesztése, a sérült mozgásfunkció megőrzése, javítása, illetve helyreállítása a fizioerápia eszközrendszerén keresztül.” A **gyógytorna** a fizioerápia egyik legszélesebb területe, ami a mozgást használja eszközként a kitűzött cél elérése érdekében

Gyakorlatai háromfélék lehetnek. **Aktív típus** esetén maga a páciens végzi a mozdulatsort (izomerősítő, nyújtó, koordinációs, egyensúly- és tartásjavító gyakorlatok) olykor valamilyen eszköz segítségével. **Vezetett aktív** esetben páciens és terapeuta együtt dolgozik, **passzív** esetén viszont a gyógytornász vagy valamilyen eszköz segítségével indukálják a kívánt mozdulatokat.

Életkor: 0–18 év

Bobath-módszer: A Bobath-módszer kidolgozása Dr. Karel Bobath, neurológus és Berta Bobath, gyógytornász nevéhez fűződik, alapillérei az alapvető tartási és mozgási funkciók betanítása és fejlesztése. A módszer középpontjába az agykárosodás okozta izomtónus normalizálását állították speciális gyakorlatok segítségével, majd a testrészek izomzatának a megfelelő mozgásszakaszokra való felkészítését. Az eredeti Bobath-módszert mára a gyakorlat és az elmélet fejlődése részben módosította. A továbbfejlesztett változatot nemzetközi rövidítéssel NDT-nek (Neuro-Developmental Treatment) hívják.

Ajánlott:

- megkésett mozgásfejlődés (a korai fejlesztésben lehetőleg konduktorral együtt)
- neuromuscularis betegségek
- neurodegeneratív betegségek
- központi idegrendszeri sérülés (IVH, stroke, trauma, fejlődési rendellenesség)
- izomtónus eloszlási és szabályozási zavarok
- CP
- tartási rendellenességek (pl. torticollis, befelé-vagy kifelé forduló lábfej stb.)
- bizonyos fejlődési rendellenességek (pl. dongaláb, csípőficam stb.)
- műtét utáni rehabilitáció [60].

4. Manuális terápia (miofasciális technikák)

Izomzatban, ínokban levő kóros állapotokat kezelik, az idegrendszert a periféria felől stimulálják. Mindig *kiegészítő terápia*ként, az aktív mozgások előkészítésére, az izomtónus normalizálására alkalmazzuk. Vegyük figyelembe a gyermek érzékenységét, terhelhetőségét. A fájdalmas terápia okozta stressz súlyos regulációs zavarokhoz vezet.

4.1. Pfaffenrot-féle manuális technika (szinergikus reflexterápia)

Elv: Alapja a manuális orvoslás, kiropraktika, oszteopátia. A terápia során módosított miofasciális technikát, akupresszúrát, reflexzóna kezelést, mobilizálást, nyújtást/tonizálást alkalmaz több száz fogás által. A technika fájdalommentesen, különféleképpen kezeli a **spasztikus** illetve a **hipotón izomtónust** a terápia pontos neurológiai háttere miatt.

A módszer **célja** a prevenció, a mozgató szervrendszer másodlagos patológiás elváltozásainak csökkentése, megszüntetése, illetve az izomtónus normalizálása.

Életkor: 0–18 év

Ajánlott:

- cerebrális paresis (CP)
- központi idegrendszeri sérülés (IVH, stroke, trauma, fejlődési rendellenesség)
- genetikai szindrómák
- izomtónus eloszlási zavarok
- szoptatási nehézség (száj és arc kezelés, már a PIC-en is)
- egyensúlyi és szenzomotoros zavarok kiegészítő terápiájaként
- a gerincoszlop különböző rendellenességei (scoliosis, kyphosis stb.)
- tartási rendellenességek (torticollis, dongaláb)
- megkésett mozgásfejlődés
- kontraktúrák [61].

4.2. DSGM – Dévény Speciális Manuális Technika Módszer

DSGM I.: Speciális manuális technika (röviden SMT)

Elv: Az SMT kézzel végzett izom-, ín-, fasciakezelési technika, mely a terapeuta érintésén keresztül individuálisan, egyénre szabottan (életkor, diagnózis alapján) mechanikai hatása révén az izomhelyzet normalizáláson keresztül előkészíti az izomzatot a mozgásra, az idegrendszeri stimuláció pedig segít beindítani az életkornak megfelelő mozgásokat

Életkor: 0–3 év

Ajánlott:

- izomtónus eloszlási zavarok – főleg a feszesség
- kontraktúrák (izomrövidülések, ízületi zsugorodások) oldása
- tartási rendellenességek
- központi idegrendszeri sérülés utáni állapot (IVH, stroke, trauma)
- CP
- mozgáskorlátozottsággal járó kórképek
- megkésett mozgásfejlődés
- ortopaediai kórképek
- traumás sérülések [62].

DSGM II.: speciális testképző gimnasztika, mely a művészi torna alapelveit és gyakorlatait használja fel a megindult mozgások további finomítására, fejlesztésére.

Életkor: 3–18 év

4.3. Vojta terápia

Elv: A gyógytornász jól meghatározott zónákat ingerel a test különböző részein, amin keresztül koordinált, ritmikus, automatikus (reflexes) izom-összehúzódást vált ki, az egész test vázizomzatát aktiválva. Az ingerzónák és a pozíciók által kiváltott reflexlokomóció az egész testre kiterjedő dinamikus izomaktivitást vált ki, így hat az idegrendszerre.

Életkor: 0–3 év

Ajánlott

- mozgásfejlődés elmaradása
- központi idegrendszeri sérülés utáni állapotok (IVH, stroke, trauma)
- izombetegségek
- gerincbetegségek
- ortopédiai eltérések vagy károsodások [63].

4.4. Bowen kezelés

Elv: A Bowen technika egy neuromuszkuláris/neurofasciális reflex módszer, amely mozgósítja az éppen szükséges testi folyamatokat. A kezelés, a test meghatározott pontjain történő, precízen elvégzett, lágy izom és kötőszöveti fogások specifikus szériáiból áll, melyekkel feszültség állapotokat közömbösít a testben. A fasciákban keletkezett letapadásokat, keményedéseket igen hatásosan oldja, ezzel helyreállítva a kötőszöveti, és ezáltal minden egyéb struktúra átteresztőképességét, átjárhatóságát. A mozdulat szekvenciák közé szünetek vannak beiktatva.

Életkor: 0–18 év

Ajánlott:

- halmozottan sérült csecsemők és kisdetek kiegészítő kezelése a mozgás és kognitív fejlesztés mellett
- regulációs problémák (evés és alvászavarok) [64].

4.5. Craniosacralis terápia

A terápia a craniosacralis rendszer kezelésére és harmonizálására irányul. A módszert John Upledger, amerikai osteopatha orvos fejlesztette ki az 1970-es években.

Elv: Jellemzője a mikromanipuláció, amely a koponyacsontok mikromozgásainak korrigálásán, valamint a test kötőszövetes rendszerében lévő kóros feszültségek oldásán alapul.

Életkor: 0–18 év

Ajánlott:

- halmozottan sérült csecsemők és kisdetek kiegészítő terápiája a mozgás és kognitív fejlesztés mellett
- regulációs problémák (evés és alvászavarok) [65].

5. Ingerterápiák

5.1. Neuro-hidroterápia

A Neuro-hidroterápia (NHT) dr. Schultheisz Judit által kidolgozott és a Gézüngúz Alapítvány szakemberei által továbbfejlesztett program:

NHT 1. – korai Neuro-hidroterápia újszülötteknek és csecsemőknek várhatóan öt hónapos korig, kádban, egyénileg

NHT 2. – csecsemők és kisgyermek Neuro-hidroterápiája várhatóan 5 hónapos kortól medencében

a) csoportos terápia, a szülők aktív részvételével 3 éves korig

b) egyéni terápia súlyosabban vagy halmozottan sérült kisgyermeknek 3 éves kor fölött is.

Elv: terápiás alapja a szomatoszenzoros rendszer, a vestibuláris ingerterápia, amely diagnózis specifikus korrekciós fogásokkal egészül ki. A csoportfoglalkozások korosztályok és diagnózisok figyelembevételével tematikusan egymásra épülnek, melynek során kihasználják a víz előnyös fizikai, kémiai és pszichés hatásait. A vízben a felhajtóerő miatt a mozgások könnyebben, folyamatosabban és harmonikusabban kivitelezhetőek, mint szárazföldön. A sűrűbb közeg bőséges propioceptív és taktilis ingert biztosít, a víz termikus hatása kedvezően befolyásolja a gyermekek izomtónusát. Célja a gyermek optimális mozgásfejlődésének támogatása, de segíti a család szülés körüli élményeinek feldolgozását, az anyaság érzéseinek elmélyítését, amely koraszülés vagy születés körüli problémák esetében komoly sérüléseket szenvedhet.

Életkor: NHT 1.: 0–5 hó

NHT 2.: 5 hó–3 év (halmozottan sérült gyermekeknél tovább is)

Ajánlott:

- szülési traumák után
- megkésett mozgásfejlődés esetén
- mozgássérülés (konduktív és manuálterápiák mellett)
- központi idegrendszeri károsodás (pl. IVH, stroke, HIE, fejlődési rendellenesség stb.)
- izomtónus eloszlási zavarok
- egyensúlyi és szenzomotoros zavarok kiegészítő terápiájaként [66].

5.2. DSZIT (dinamikus szenzoros integrációs terápia)

Elv: Jean Ayres szenzoros integrációs terápiáját alapul véve jött létre hazánkban. Döntően mozgásos, játékra épülő, de pszichotrépiás megfontolásokat is tartalmazó terápiás és fejlesztő keret. A szenzoros integráció során az idegrendszer a környezet és a test érzeteit rendszerezi, összehangolja, lehetővé teszi a változó körülményekhez történő alkalmazkodást. A szenzoros integrációs terápia elsősorban a legősbibb érzékek, a tapintás- és az egyensúlyérzék ingerlésén keresztül juttatja el a gyereket egy magasabb idegrendszeri integrációs szintre.

Életkor: Elemeit a korai fejlesztésben is sikerrel használják a szakemberek. A terápia egészében 2,5–3 éves kortól ajánlott.

Ajánlott:

- szenzoros feldolgozási zavar (a testből és a környezetből származó érzékszervi ingerek összehangolásának, integrálásának nehézsége).
- mozgáskoordinációs és egyensúlyzavarok
- figyelem- és tanulási zavarokkal küzdők
- megkésett beszéd-, és mozgásfejlődés
- viselkedésszabályozás éretlensége és zavarai [67]

5.3. Bazális stimuláció

Elv: A bazális (alapi, elemi), önálló tapasztalatszerzést nélkülöző, halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek terápiája. A stimuláció = készletelés, ingerlés az önaktivitásra. A sokoldalú érzékelési információt speciális eszközrendszer közvetíti. A fejlesztés középpontjában az észlelési hierarchiában leginkább működő szomatikus, vibrációs és vesztibuláris ingerlés (végtagok simogatása, dörzsölése, hideg-meleg érzet kiváltása, himbálás, ringatás) áll. Ez orális, szag-, íz-, akusztikus, érintési/tapintási (taktilis-haptikus) és vizuális információkkal, a kommunikációs képesség fejlesztésével egészül ki.

Életkor: 0–18 év

Ajánlott: halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott csecsemők és gyermekek fejlesztése [68].

6. Reflexkorrekciós terápiák

Elv: Csecsemőkori ősi/primitív reflexek az első életévben fokozatosan gátlás alá kerülnek, átadják helyüket fejlettebb mozgásformáknak. Ha a primitív reflexek nem, vagy csak részlegesen gátlódnak le, megzavarják a tudatos mozgások kivitelezését, az egyensúlyt, a szem és a kéz koordinációját, a tájékozódást és a szemizmok működését, tanulási nehézséget, magatartási, viselkedési, figyelmi problémát okozva. A módszer ezen kórosan megmaradt reflexek leépítésén alapszik.

6.1. INPP (Goddard-módszer):

Elv: mozgás- és készségfejlesztő módszer. Kronológiai sorrendben felépített, reflexkorrekciós mozgásprogram. Alkalmazható egyéni formában (napi, otthoni 5–10 perces gyakorlással), vagy csoportos óvodai/iskolai formában, pedagógusok vezetése alatt

Életkor: csoportosan: óvoda nagycsoporttól
egyéni: 7 éves kortól

Ajánlott:

- mozgáskoordinációs zavarok
- figyelem-, észlelés/érzékelés-, viselkedés zavarai
- tanulási nehézségek [69].

6.2. TSMT/HRG

A HRG módszer (Hidroterápiás Rehabilitációs Gimnasztika)

Elv: A mozgásfejlesztés elsődleges feladata: a motoros aktivitás csökkenése miatt kialakult szenzomotoros depriváció csökkentése, a szenzomotoros területen kialakult fejlődési elmaradások pótlása célzott ingerléssel, passzív mozgással (mozgásérzékelés) és facilitált mozgások kiváltásával. Optimális feltételek megteremtése a saját test megéléséhez (testkép, testséma, mozgáskoordináció). A spontán fejlődés feltételeinek megteremtése a fiziológias mozgássornak megfelelően (kóros mozgásmintákat gátló kiinduló helyzetek megtalálása, megfelelő tér és idő biztosítása az aktív mozgások gyakorlásához a fejkontrolltól a felállásig).

Ajánlott:

- pszichomotoros fejlődés elmaradása
- mozgáskorlátozottság
- figyelemzavar
- testvázlat zavarai
- beszédfejlődés késése, zavarai
- a térbeli tájékozódás, a laterális, a dominancia, szerialitás éretlensége

TSMT (tervezett szenzomotoros tréning)

A HRG-módszer módosítása olyan gyermekek részére, akik gyakran kapnak légúti fertőzést, arcüreg-, középfülgyulladást, de nem jöhetnek a gyermekek a vízbe bőrtünetekkel (ekcéma, allergiás kiütések) sem.

TSMT I. (Tervezett Szenzomotoros Tréning/egyéni)

Életkor: 3 éves korig illetve e felett súlyosabb lemaradással, magatartási és figyelmi problémákkal küzdő, még csoport éretlen gyermekeknek javasolt ez a forma.

TSMT II. (Tervezett Szenzomotoros Tréning/csoportos)

Elv: Az azonos problémájú gyerekekből homogén csoportokat alkotva, berendezett tornateremben sokféle fejlesztő eszköz (gördeszka, roller, labdák, csúszdák, hinták, pörgős játékok, kötelek, padok, zsámolyok stb.) alkalmazásával állítja össze a szakember a megfelelő mozgássort. Cél a helyzetfelismerés és problémamegoldó képességek fejlesztése, változatos mozgásművelet megismerése, a kéreg alatti szabályozó funkciók további érlelése, a közösségbe való beilleszkedés, irányíthatóság, valamint a mozgáskoordináció, a figyelem és az önkontroll fejlesztése.

Életkor: 3 hó–12 év

Ajánlott:

- figyelemzavar, hiperaktivitás
- regulációs zavarok
- beszédindulás késése [70].

7. Egyéb terápiák

7.1. Alapozó Terápia

Elv: komplex, mozgásfejlesztésen alapuló (ún. motoszenzoros típusú) idegrendszer fejlesztő terápia, mely során a gyermekeknél újraindítjuk az emberi fejlődéstani mozgássorozatot. Ez a mozgásfejlesztési gyakorlatsor hat a beszéd működéséért (olvasás, írás) felelős területekre is. A terápia során a mozgásalapot kiegészítik fejlesztő pedagógiai módszerekkel (idő, tér, emlékezet, hallás- és beszédészlelés-fejlesztés stb.).

Életkor: 5–16 év

Ajánlott

- Megkésett vagy/és hibás, akadályozott beszédfejlődésnél (diszfáziák).
- Kiejtési hibával, pöszeséggel küzdő gyermekeknél.
- Diszlexiánál, alaki diszgráfiánál= olvasás és/vagy írásgyengéségnél.
- Organikus eredetű túlmozgásos (hypermotil)- figyelemzavaros gyermekek.
- Fejlődésben, érésben elmaradt óvodások.
- Enyhe fokú értelmi fogyatékossgal élő gyermekek.
- Minden olyan gyermeknél, aki mozgásügyetlenségben szenved bármilyen okból [71].

7.2. Lovas terápia

A lovasterápia egy gyűjtő fogalom, melybe beletartoznak a ló segítségével végzett terápiás céllal alkalmazott egyéni vagy csoportos fejlesztések, mint a hippoterápia, a gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna, valamint a pszichoterápia lóval.

Elv: A lovasterápiák alapja az ember és ló között kialakult évezredes kötelék, melynek révén tapasztalhatóak az együttműködés jótékony fizikai (például az egyensúly, megerősödnek az izmok, javulnak az ízületek mozgási lehetőségei, az izomgörcsök engednek, javul a légzés és a keringés) és pszichés hatásai (javul az önbizalom, továbbá a figyelem koncentráció, az érzelmek kontrollálása, az önfegyelem).

Hippoterápia

Orvosi javaslatra történő, egyéni gyógytornakezelés, a ló mozgásának felhasználásával. Kizárólag a Magyar Lovasterápia Szövetség akkreditált továbbképzésén kiadott hippoterapeuta végzettséggel rendelkezők végezhetik.

Életkor: 4–18 év

Gyógypedagógiai lovaglás, lovastorna

A foglalkozások széles körben nyújtanak segítséget a tanulásban akadályozott, értelmi fejlődésben akadályozott, vagy pervazív fejlődési zavarral, rész-képesség problémákkal küzdő, valamint a látás-, és hallássérült, teljesítmény és viselkedési zavarokkal, beszéd problémákkal küzdő gyerekek és fiatalok számára.

Életkor: 4–18 év

Pszichoterápia lóval

A lovasterapiák legfiatalabb ága. A terápia során a ló-páciens-terapeuta háromszögében a ló feladata, hogy koterapeutaként segítse a folyamatot.

Életkor: 8–18 év

Ajánlott:

- magatartászavarok
- autizmus
- figyelemzavar, hiperaktivitás
- kötődési zavar
- affektív kórképek
- depresszív kórképek
- szorongásos zavarok
- személyiség- és viselkedészavarok [72].

Ajánlás26

A fenti terápiák közül nem áll rendelkezésünkre egyetlen – bizonyítékokkal alátámasztott – univerzális módszer sem, a különböző módszerek szakszerű kombinációja nem kontraindikált, sőt kívánatos. (D)

Ajánlás27

Mivel a fejlesztés beavatkozás (intervenció) a fejlődő idegrendszerbe, ezért bármelyik fejlesztő módszer kiválasztása, alkalmazása csak szakorvosi javaslatra történjen. Heti 4 óránál több fejlesztés nem ajánlott, mert túlterheli a fejlődő idegrendszert. (D)

Ajánlás28

A fejlesztésre szoruló rizikó újszülöttek interdiszciplináris teamben meghatározott egyéni fejlesztési tervre van szüksége, melyet a kontroll vizsgálatok alkalmával (3–6 havonta) felül kell vizsgálni, újra kell értékelni. (D)

Ajánlás29

Az utógondozásban résztvevő szakemberek (egészségügy, oktatás, pedagógiai szakszolgálat) között dokumentált kommunikációnak kell történnie. (D)

VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

A neonatológia fejlődése az elmúlt évtizedekben ugrásszerű, egyre korábban született koraszülöttek és egyre súlyosabb állapotú érett újszülöttek maradnak életben egyre javuló életminőségben (lásd ECMO bevezetése a légzési elégtelenség terápiájában). Az utóképek, főleg a neurológiai szövődmények száma azonban jelentős. Szükség van a fejlődésneurológia és az utógondozás rendszerének megújítására és harmonizálására a dinamikus fejlődő neonatológia diszciplínával.

Az egészségügyi szakmai irányelv bevezetésével mérhető, fejlődépszichológiai tesztekkel (pl. Bayley III.) objektívizálható javulás érhető el a rizikó újszülöttek pszichomotoros fejlődésében, közösségbe való beilleszkedésükben, később az iskolai tanulmányi eredményükben, a munkaerőpiacon való várható helytállásukban. Az ajánlások alkalmazása számos pozitív változást eredményezhet a jelenlegi gyakorlathoz képest (egészségnyeresség – quality of life), az ellátórendszer működésének hatékonysága, az ellátók és a felhasználók megelégedettsége). Az irányelv fejlesztőinek a véleménye, hogy indokoltak a változtatáshoz szükséges erőfeszítések.

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Szülész-nőgyógyász szakorvosok, szülész-nők, perinatális és neonatális intenzív osztályok szakorvosai és szakápolói – feladatuk a rizikó várandósok ellátása (megfelelő progresszivitási ellátási szinten végzett várandósgondozás, in utero szállítás, szteroid profilaxis, tokolízis), szülőszobai ellátás a rizikófaktorok figyelembevételével.

Neonatális intenzív osztályok szakorvosai és szakápolóinak feladata a kezelés a PIC-eken, pszichomotoros fejlődés támogatása, szövődmények, utóképek megelőzése (fejlődéstámogató gondoskodás, anyatejes táplálás, kenguru-módszer), kötelező szűrővizsgálatok elvégzése, hazaadás előtt kapcsolatfelvétel

a háziorvossal, védőnővel (újraélesztő tanfolyam és egyéb információk a szülőknek), első kontrollvizsgálatok pontos meghatározása (hely, idő, orvos).

Neonatalis intenzív osztályok szakorvosai, házi gyermekorvosok, vegyes praxisú háziorvosok, iskolaorvosok, kórházi, területi és iskolai védőnők, gyermekneurológus, szemész, gyermekszemész, gyermekaudiológus, gyermekortopédus szakorvosok feladata a rizikó újszülöttek körében a szomatikus és pszichomotoros fejlődés folyamatos követése, a kiszűrt gyermekek tovább irányítása a megfelelő szakorvosokhoz, szükség esetén a rehabilitáció, majd a rehabilitáció időben történő megkezdése a szülő bevonásával és aktív részvételének biztosításával. Életkorhoz kötött és az adott kórállapotnak megfelelő szűrő- és kontrollvizsgálatok teljeskörűségének a biztosítása. A gyermek fül-orr-gégész, audiológus, szemész és ortopédus szakorvosok feladata a rizikó újszülöttek, illetve a későbbi életkorban kiszűrték diagnosztizálása, kiváltó ok szerinti kezelése, utánkövetése, valamint a rehabilitációra, rehabilitációra irányítása.

Kapcsolódó ellátók: konduktorok, gyógytornászok, gyógypedagógusok (hallássérültek pedagógiája szakirányú gyógypedagógus – korábbi terminológiában szurdopedagógusok, látássérültek pedagógiája szakirányú gyógypedagógus – tiflopedagógusok, szomatopedagógusok, pszichopedagógusok, tanulásban akadályozottak pedagógusa, értelmileg akadályozottak pedagógusa, pszichológusok feladata a diagnosztikus és a rehabilitációs folyamatokban való részvétel, meghatározott időszakonként állapotfelmérés interdiszciplináris teamben dolgozva, aktuális állapot alapján egyénre szabottan az optimális fejlődési útvonalat segítő fejlesztési módszerek megválasztása, a kezelés módosítása. Folyamatos, interaktív, visszacsatolásra épülő dinamikus kapcsolattartás a gyermeket fejlesztő és gondozó szakemberek között, valamint a gyermek szüleivel.

Az egészségügyi szakmai irányelv gyakorlati megvalósulásához szükséges személyi, tárgyi feltételek, humán erőforrás igény:

- Kórházrekonstrukció, illetve kórházépítés esetén már a tervezésnél a preventív szemléletnek kell érvényesülni: PIC osztályt a szülőszoba közvetlen közelében kell kialakítani a szállítási trauma megelőzésére [73].
- Az európai és magyarországi hatályos irányelveknek megfelelő szülőszobai ellátás, a fejlődést támogató gondoskodás, az anyatejes táplálás, a megfelelő fehérje- és energiabevitel csökkenti a morbiditást és a mortalitást, csökkenti az utóképek számát és súlyosságát, mindezekon keresztül támogatja a pszichomotoros fejlődést – ezen elvek bevezetését támogatni, anyagilag ösztönözni kell.
- A működő koraszülött utógondozó ambulanciák megerősítése kiemelkedő jelentőségű. Mindent el kell követni, hogy a betegek ne maradjanak ki a rendszerből, pl. interdiszciplináris csapatok (neonatólógus, gyermekneurológus, gyógypedagógus, konduktor, gyógytornász és pszichológus részvételével) létrehozásával. A rehabilitációnak/rehabilitációnak mindvégig szervezett orvosi felügyelet alatt kell maradnia, viszont a prekognitív, kognitív funkciók, regulációs és magatartás zavarok felmérésébe, a szükséges funkcionális fejlődésterápiába, minél hamarabb be kell kapcsolódnia a gyógypedagógiának és a pszichológiának. Olyan egységes rendszert kell létrehozni, amelyben minden rizikó újszülöttként született gyermek megkapja azt az esélyt, hogy normál tantervű iskolát kezdhesen, mert ez az igazi mércéje az újszülött/koraszülött ellátásnak.
- A rizikó újszülöttek utógondozása nem megvalósítható megfelelő számú szakorvos (gyermekneurológus, gyermekszemész, gyermekellátásban jártas audiológus, gyermekortopédus...) rendelkezésre állása nélkül.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

- A rizikó újszülöttek praxisba fogadására felkészült házi gyermekorvosok regiszterét mind a szülői szervezetek, mind a PIC-ek számára ismertté kell tenni, így problémás újszülött hazaadása előtt a területi szempontból legoptimálisabb alapellátóval tudnak konzultálni.
- A külföldi szakirodalomban találunk olyan, Magyarországon kevésbé ismert, a napi gyakorlatban nem használt vizsgálati módszereket, melyek alkalmasak lehetnek a hazaadás előtti pontosabb fejlődésneurológiai megítélésre, a későbbi kimenetel jóslására (NNNS, NAPI), melyek jól korrelálnak a 12 hónapos Bayley-vel. Javasolt ezen vizsgálómódszerek további vizsgálata, hazai adaptációja, oktatása.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

A szülőket folyamatosan, ismereteket átadva be kell vonni gyermekük ápolásába, lehetővé kell tenni napi 24 órás jelenlétüket a PIC osztályokon. A szülőket a gyermekük születéstől fogva folyamatosan tájékoztatni kell annak állapotáról, az esetlegesen fellépő szövődményekről, a szükséges kezelésekről, az ezek kapcsán kialakuló utóképekről. Az utógondozás során a szülőknek minden ambuláns vizit alkalmával írásos véleményt

kell kapniuk gyermekük aktuális állapotáról, a szükséges vizsgálatokról, fejlesztési igényről, javasolt fejlesztési módszer(ek)ről, a következő kontroll időpontjáról.

1.4. Egyéb feltételek

Az utánvizsgálati hálózat szervezeti és működési rendszerének megújításába az eddiginél jobban be kell vonni a szülőszervezeteket (pl. Melletted a helyem egyesület, Korábban Érkeztem Dél-Alföldi Koraszülött Intenzív Osztályért Alapítvány, KORE – Koraszülöttekért Országos Egyesület).

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok: Szülőtájékoztató

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Ábrák:

1. **ábra:** Hossz, fejkörfogat, súly percentilis görbék koraszülött fiúk esetében [74]

2. **ábra:** Hossz, fejkörfogat, súly percentilis görbék koraszülött lányok esetében [74]

3. **ábra:** Növekedési percentilis görbék 0–4 éves korú fiúk esetében [75]

4. **ábra:** Növekedési percentilis görbék 0–4 éves korú lányok esetében [75]

Kérdőívek, adatlapok

1. **Dubowitz score** [76]

2. **Hammersmith újszülött vizsgálati skála** [77]

2.3. Táblázatok

1. **táblázat:** Az intraventricularis vérzés (IVH) osztályozása a koponya ultrahang alapján [78]

2. **Táblázat:** A HIE módosított Sarnat féle klinikai stádiumbeosztása [79]

3. **Táblázat:** Spaszticitás kezelése a rehabilitáció során: [saját szerkesztés]

4. **táblázat:** Fájdalom score [80]

2.4. Algoritmusok

1. **algoritmus:** Magas rizikójú új- és koraszülöttek utánvizsgálata [saját szerkesztés]

2. **algoritmus:** Közepes rizikójú új- és koraszülöttek utánvizsgálata [saját szerkesztés]

3. **algoritmus:** Alacsony rizikójú új- és koraszülöttek utánvizsgálata [saját szerkesztés]

4. **algoritmus:** Az univerzális neonatális hallásszűrés, diagnózis, az ellátás és az utánkötés (diagnosztikai algoritmus) [38]

2.5. Egyéb dokumentumok

Mentorhálózat, mentorprogram

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Adott utógondozó ambulanciák hány százalékban, hány évig gondozzák, követik a kezelt gyermekeket?

Hány utógondozó ambulancián valósul meg a teljes interdiszciplináris team (neonatólógus, gyermekneurológus, konduktor vagy gyógytornász, gyógypedagógus, pszichológus) és milyen rendszerességgel vizsgálja az egyes gyermeket a team?

A PIC adatbázisban a kezelt 1500 g alattiaknak hány százalékáról szolgáltatnak 2 éves utánvizsgálati adatot?

2 éves Bayley III. eredmények összehasonlítása az irányelv bevezetése előtt és országos megvalósulása után.

Ajánlás1

Az optimális egészséges életésélyek eléréséhez a szülők számára 24/7 (folyamatos) látogatást kell biztosítani és be kell őket vonni az újszülött intenzív osztályon gyermekük ápolásába. (A) [16]

Ajánlás1 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában biztosított a 24/7 (folyamatos) látogatási rend az újszülött intenzív osztályon a szülők számára?

Ajánlás3

A koraszülöttek és rizikó újszülöttek egyéni igényeit tiszteletben kell tartani az ápolás során, kiemelten fontos a stressz csökkentése és a fájdalom csillapítása írásos osztályos protokoll alapján. (B) [18, 19]

Ajánlás3 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában rendelkezik a koraszülötteket és a rizikó újszülötteket ellátó szervezeti egység írásos fájdalomcsillapításra, illetve a stressz csökkentésére vonatkozó protokollal?

Ajánlás4

A szülők pszichés támogatása, szükség esetén krízisintervenciója a terhespatológiai, szülészeti osztályokon, a neonatális intenzív centrumokban és az utógondozó ambulanciákon elengedhetetlen. A rizikó újszülöttek optimális fejlődését a szülők és a család pszichés jólléte biztosítja. Ezek az osztályokon, illetve ambulanciákon elérhetővé kell tenni a személyre szabott pszichológiai, illetve mentálhigiénés segítségnyújtást. (B) [20, 21, 22, 23]

A PIC osztályon dolgozó szakemberek részére legyen időben és fizikailag elérhető pszichológusi támogatás egyéni és csoportos formában is. Rendszeres kommunikációt fejlesztő tréningek megszervezése, és pszichológiai és pszichiátriai tudást elmélyítő előadások tartása javasolt.

A civil szféra segítése a szülők támogatásában legitim módszer, kiegészíti, de nem helyettesíti a professzionális ellátást; beépítése javasolt az intézményi ellátásba. [24] (lásd jó gyakorlatként a XI. Melléklet fejezet 1.5. Mentorhálózat, mentorprogram című pontjában.)

Ajánlás4 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában biztosítottak a terhespatológiai, szülészeti osztályokon, a neonatális intenzív centrumokban és az utógondozó ambulanciákon személyre szabott pszichológiai, illetve mentálhigiénés segítségnyújtást a szülők részére? A vizsgált esetek hány százalékában vonták be a civil szférát ebbe a munkába?

A vizsgált esetek hány százalékában elérhető a PIC dolgozói részére pszichológusi támogatás? A vizsgált esetek hány százalékában szerveztek a PIC dolgozó részére rendszeres kommunikációt fejlesztő tréningeket, és pszichológiai és pszichiátriai tudást elmélyítő előadásokat?

Ajánlás5

A szomatikus fejlődés követésére már a PIC-ben és az utógondozás során koraszülöttekre adaptált percentilis görbék (súly, hossz, fejkörfogat) vezetése szükséges. Ezek használatát a szülőknek is javasolt megtanítani a hazaadás idejére. (XI. melléklet: 1.2. Ábrák) (C)

Ajánlás5 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában használnak a PIC-ekben, illetve az utógondozás során koraszülöttekre adaptált percentilis görbéket?

Ajánlás8

Minden magas és közepes rizikó csoportba tartozó újszülöttet, illetve koraszülöttet a szakmai szabályai szerint dokumentált neurológiai státusszal kell hazabocsátani. (D)

Ajánlás8 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában szerepel a magas és közepes rizikó csoportba tartozó újszülöttek, illetve koraszülöttek zárójelentésén szabályos neurológiai státusz?

Ajánlás9

A kontrollvizsgálati időpontok a rizikó besorolás alapján kell meghatározni, mely később az interdiszciplináris munkacsoportban, a gyermek egyedi igényeinek megfelelően módosítható. (D)

Ajánlás9 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában szerepel a PIC-ből hazabocsátott újszülöttek, illetve koraszülöttek zárójelentésén rizikóbesorolás, illetve az első utógondozási időpont?

Hány százalékban valósulnak meg az ajánlott időpontokban/gyakorissággal a javasolt kontroll vizsgálatok?

Ajánlás11

A kontrollvizsgálatoknak a pszichomotoros és érzékszervi fejlődés minden területére ki kell terjednie. Ez gyermekneurológiai, neonatológiai, szemészeti, audiológiai, ortopédiai, fejlődépszichológia és mozgásvizsgálatot jelent, majd egyéves kor után CP-tünetek esetén a gyermekrehabilitációs szakvizsgálat is történjen (részletezve a VI. fejezet 3., 4. és 7. pontjában). Bronchopulmonális dysplasia esetén elengedhetetlen a pulmonológiai és kardiológiai gondozás. Akut vesekárosodás igazolt epizódja után gyermeknefrológiai követés szükséges. (D)

Ajánlás11 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában valósul meg a teljes körű utánvizsgálat? A vizsgált esetek hány százalékában történik a rizikó újszülöttek utógondozása kapcsán gyermekneurológiai, szemészeti, audiológiai, ortopédiai, fejlődépszichológia és mozgásvizsgálatot, illetve egyéves kor után CP-tünetek esetén a gyermekrehabilitációs

szakvizsgálat? A BPD diagnózissal hazabocsátott koraszülöttek hány százalékát gondolja gyermekpulmonológus és -kardiológus? Akut vesekárosodást elszenvedett rizikó újszülöttek hány százalékát gondolja gyermeknefrológus? Hány hónapos korban jutnak el a rászoruló gyermekek az adott szakorvosi vizsgálatra?

Ajánlás13

A koraszülöttek, rizikó újszülöttek hazabocsátásának tervezetten kell történnie, a leendő házi gyermekorvos vagy vegyes praxisú kolléga bevonásával. Magas rizikójú újszülötteknél szükséges, a közepes és alacsony rizikójú újszülötteknél javasolt a szóbeli (lehetőleg személyes) egyeztetés a hazabocsátó szakorvos, a szülő és a házi gyermekorvos vagy vegyes praxisú kolléga bevonásával. (D)

Ajánlás13 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában veszik fel a kapcsolatot a hazabocsátó PIC osztályok a leendő házi gyermekorvossal vagy vegyes praxisú kollégával?

Ajánlás14

A rizikó újszülött gondozása során észlelt eltérésekről dokumentáltan értesíteni kell az utógondozást végző neonatológust, gyermekneurológust. (D)

Ajánlás14 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában történik dokumentált információcsere/párbeszéd a házi gyermekorvos, illetve vegyes praxisú kolléga és az utógondozást végző szakorvos között?

Ajánlás16

A koraszülöttek és a rizikó újszülöttek kronológiai kor alapján oltandók. Kivételt képeznek azok a 22–24. gesztációs hétre született extrém éretlen koraszülöttek, akik 2 hónapos korban még instabilak a biztonságos beadásához. (A)

Ajánlás16 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában kapják meg a rizikó újszülöttek kronológiai kor alapján a kötelező védőoltásaikat?

Ajánlás17

A kötelező védőoltásokon kívül RSV, Meningococcus B és C, és influenza vírus elleni védelem is biztosítandó a rizikó csoport számára. (D) [43]

Ajánlás17 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában kapnak a rizikó újszülöttek RSV, Meningococcus B és C, és influenza vírus elleni védőoltást?

Ajánlás18

A CP-s gyermekek gondozásának rehabilitációs teamben kell történnie, gyermekneurológussal, gyermekortopédussal együttműködve, rehabilitációs szakorvos irányításával. (C)

Ajánlás18 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában történik a CP-s (cerebral parietikus) gyermekek gondozása rehabilitációs teamben gyermekneurológussal, gyermekortopédussal együttműködve, rehabilitációs szakorvos irányításával?

Ajánlás20

CP-s gyermekeknél a komorbid légzőszervi megbetegedések és táplálkozási zavarok diagnosztizálása és kezelése szükséges pulmonológus, gasztroenterológus, esetenként endokrinológus szakorvos bevonásával. (A)

Ajánlás20 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában vannak be a CP-s gyermekek gondozásába pulmonológus, gasztroenterológus, endokrinológus szakorvost?

Ajánlás23

A fejlesztő szakember köteles minden állapotfelmérés/vizsgálat alkalmával írásos dokumentációt adni a szülőnek, amiben szerepel a vizsgálat leírása, a javasolt fejlesztés módja, valamint az addig bekövetkezett változás is. (C) [52]

Ajánlás23 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában adnak a fejlesztő szakemberek minden állapotfelmérés/vizsgálat alkalmával írásos dokumentációt a szülőnek, amiben szerepel a vizsgálat leírása, a javasolt fejlesztés módja, valamint az addig bekövetkezett változás is?

Ajánlás24

Az egészségügyi utógondozó intézmények elsősorban diagnosztikus munkát végeznek. A fejlesztés államilag finanszírozott helyszíne a pedagógiai szakszolgálat, minden fejlesztésre szoruló csecsemőt, kisgyermeket ide kell irányítani, mely igény esetén kiegészíthető a magánszférában állami és magánszolgáltatás formájában is, illetve esetenként az egészségügyben elérhető fejlesztésekkel. A fejlesztés megkezdését követően legkésőbb 3 hónapon belül történnie kell gyermekneurológiai szakvizsgálatnak. (D)

Ajánlás24 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában történt a korai fejlesztés megkezdése előtt vagy a megkezdésétől számítva legkésőbb 3 hónapon belül gyermekneurológiai szakvizsgálat?

Ajánlás27

Mivel a fejlesztés beavatkozás (intervenció) a fejlődő idegrendszerbe, ezért bármelyik fejlesztő módszer kiválasztása, alkalmazása csak szakorvosi javaslatra történjen. Heti 4 óránál több fejlesztés nem ajánlott, mert túlterheli a fejlődő idegrendszert. (D)

Ajánlás27 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában történik a rizikó újszülöttek korai fejlesztése szakorvosi javaslat alapján?

Ajánlás28

A fejlesztésre szoruló rizikó újszülöttnak interdiszciplináris teamben meghatározott egyéni fejlesztési tervre van szüksége, melyet a kontroll vizsgálatok alkalmával (3–6 havonta) felül kell vizsgálni, újra kell értékelni. (D)

Ajánlás28 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában történik a rizikó újszülöttek korai fejlesztése interdiszciplináris teamben meghatározott egyéni fejlesztési terv alapján? A vizsgált esetek hány százalékában történik meg ennek rendszeres (max. 6 havonta történő) újraértékelése?

Ajánlás29

Az utógondozásban részt vevő szakemberek (egészségügy, oktatás, pedagógiai szakszolgálat) között dokumentált kommunikációnak kell történnie. (D)

Ajánlás29 vonatkozásában:

A vizsgált esetek hány százalékában történik dokumentált kommunikáció az egészségügy és a szakszolgálatok között a rizikó újszülöttek korai fejlesztése, utógondozása kapcsán?

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évenként történik. A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejáta előtt fél évvel kezdődik el. A fejlesztő csoport folyamatosan követi az irodalmat. A tudományos bizonyítékokban, valamint az ellátó környezetben bekövetkező jelentős változás esetén a fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt a hivatalos változtatás kezdeményezéséről és annak mértékéről a lejárat előtt. A fejlesztőcsoport, soron kívül javaslatot tesz a változtatásra, ha új bizonyíték alapján változtatni kell az egészségügyi szakmai irányelven. Az egészségügyi szakmai irányelv módosításának kidolgozásáért a mindenkorai fejlesztőcsoport vezetője felelős. A fejlesztőcsoportot és annak vezetőjét az Egészségügyi Szakmai Kollégium Csecsemő- és gyermekgyógyászat Tagozat elnöke jelöli ki.

IX. IRODALOM

- [1.] Follow up of High Risk Newborns, NNF Clinical Practice Guidelines Page | 217
- [2.] 1997. évi CLIV. törvény 100. § (3) bekezdése a rehabilitációról, rehabilitációról
- [3.] Prof. dr. Katona Ferenc 1992., Gyermekneurológiai útmutató, dr. Kálmámchey Rozália 2000. Medicina Kiadó, 493. oldal
- [4.] Kereki J., Futó G., Szvatkó A. et al, Gyermekút Módszertani Kézikönyv 2020. https://dev.gyermekut.hu/pdf/Gyermekut_modszertanikezikonyv_boritoval.pdf
- [5.] U. S. P. S. T. F. Methods and Processes. Grade Definitions. [cited 2022 18/06]; Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/about-uspstf/methods-and-processes/grade-definitions#grade-definitions-after-july-2012>
- [6.] New Zealand Guidelines Group (NZGG): Management of Early Colorectal Cancer. 2011; Appendix 1: Guideline development Evidence and recommendation grading system p. 102
- [7.] KSH, NEFI PIC adatbázis, Valek Andrea
- [8.] Stephenson T, Wright S, et al Children born weighing less than 1701 g: visual and cognitive outcomes at 11–14 years. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2007 Jul;92(4): F265–70.)
- [9.] Mackay D. F. et al. Gestational age at delivery and special educational need: retrospective cohort study of schoolchildren PLoS Medicine, June 2010, Volume 7
- [10.] Inder T. E, Volpe J. J, Anderson P. J (2023) Defining the Neurologic Consequences of Preterm Birth New Engl. J. Med. 389;5, 441–453.
- [11.] Roué J-M, et al. Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2017;102:F364–F368. doi:10.1136/archdischild-2016-312180
- [12.] WHO Immediate KMC Study Group Immediate „Kangaroo Mother Care” and Survival of Infants with Low Birth Weight, N Engl J Med 384;21, 2028-2038
- [13.] Graven, S. N. (2008) Sleep and Brain Development: The Critical Role of Sleep in Fetal and Early Neonatal Brain Development. Newborn & Infant Nursing Reviews, 8;4:173-179.
- [14.] Graven, S. N., Browne, Joy. (2008). Auditory Development in the Fetus and Infant. Newborn and Infant Nursing Reviews. 8. 187-193
- [15.] Mikos, B. (2014). Talán mégis jobban fáj! Újszülöttkori fájdalom Ideggyogy Sz 2014;67(7–8):237–243.
- [16.] Roué JM, Kuhn P, Lopez Maestro M, Sizun J. et al (2017) Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2017 Jul;102(4):F364-F368. doi: 10.1136/archdischild-2016-312180. Epub 2017 Apr 18. PMID: 28420745.
- [17.] Adama EA, Adua E, Bayes S, Mörelius E. Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review. J Clin Nurs. 2022 Mar;31(5-6):532-547. doi: 10.1111/jocn.15972. Epub 2021 Jul 26. PMID: 34312923.
- [18.] Ivancsó J., Fejes M., Szűcs I. és mts: Fájdalmas beavatkozások száma és kezelése egy hazai neonatális intenzív osztályon. Orv Hetil. 2021; 162(48): 1931–1939.
- [19.] Ivancsó J., Binder D., Tálosi Gy.: Javaslat az újszülöttkori fájdalom mérésére és kezelésére - 2024. július 30. <https://neonatology.hu/downloads/fajdalom-publikacio.pdf>
- [20.] Bry A, Wigert H. Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: a qualitative interview study. BMC Psychol. 2019 Nov 29;7(1):76. doi: 10.1186/s40359-019-0354-4. PMID: 31783784; PMCID: PMC6883543.
- [21.] DiBari JN, Rouse L. Parent Perspectives: Part 1-Considerations for Changing the NICU Culture. Children (Basel). 2023 Oct 26;10(11):1735. doi: 10.3390/children10111735. PMID: 38002826; PMCID: PMC10670714.
- [22.] DiBari JN, Rouse L. Parent Perspectives: Part 2-Considerations for the Transition Home Post-NICU Discharge. Children (Basel). 2023 Nov 22;10(12):1835. doi: 10.3390/children10121835. PMID: 38136037; PMCID: PMC10741701.
- [23.] Hall SL, Ryan DJ, J Beatty J and Grubbs L. Recommendations for peer-to-peer support for NICU parents Review Journal of Perinatology (2015) 35, S9–S13; doi:10.1038/jp.2015.143
- [24.] Shaw R. J., Givrad, S., Scala M. et al. (2023) Neurodevelopmental, Mental Health, and Parenting Issues in Preterm Infants. Children 10(9),1565. <https://doi.org/10.3390/children10091565>
- [25.] ESPGHAN Committee on Nutrition (2006) Feeding preterm infants after hospital discharge. J Pediatr Gastroent Nutr, 42:596-603.
- [26.] ESPGHAN Committee on Nutrition (2009) Breast-feeding. J Pediatr Gastroent Nutr, 49:112-125.

- [27.] Kovács-Pászthy, B. et al. (2014) A táplálásterápia jelentősége a behozó növekedés támogatására, koraszülöttek kórházból történő hazabocsátását követően. *Gyermekorvos továbbképzés*, XIII.1. 36-39.
- [28.] Sauer, P. (2007) Can extrauterine growth approximate intrauterine growth? Should it? *Am J Clin Nutr*, 85:608-613.
- [29.] Tápláltsági állapot szűrése a gyermek alapellátásban – egészségügyi szakmai irányelv <https://kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2022/10.pdf>
- [30.] Tzarouchi LC, Drougia A, Argyropoulou MI et al. Body growth and brain development in premature babies: an MRI study. *Pediatr Radiol*. 2014 Mar;44(3):297-304. doi: 10.1007/s00247-013-2822-y. Epub 2013 Nov 5. PMID: 24190757.
- [31.] Pascal A., Naulaers G., Van den Broeck C. Neurodevelopmental outcomes of very preterm and very-low birthweight infants in a population-based clinical cohort with a definite perinatal treatment policy *European Journal of Paediatric Neurology* 28 (2020) 133e141
- [32.] McGowan E. C., Vohr B. R., Neurodevelopmental Follow-up of Preterm Infants What Is New? *Pediatr Clin N Am* 66 (2019) 509–523 <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.12.015>
- [33.] AAP POLICY STATEMENT (2004) Age Terminology During the Perinatal Period. Organizational Principles to Guide and Define the Child Health Care System and/or Improve the Health of All Children Committee on Fetus and Newborn. *Pediatrics*, 114:1362.
- [34.] Ljungblad U. W., Paulsen H., Evensen K. A. I. Reference Material for Hammersmith Infant Neurologic Examination Scores Based on Healthy, Term Infants Age 3-7 Months, *THE JOURNAL OF PEDIATRICS*, www.jpeds.com Volume 244, May 2022
- [35.] Hinojosa-Rodrigueza, M. et al. (2017) Clinical neuroimaging in the preterm infant: Diagnosis and prognosis. *NeuroImage: Clinical* 16, 355-368.
- [36.] Leroy, F. et al. (2016) Relation between clinical risk factors, early cortical changes, and neurodevelopmental outcome in preterm infants. *NeuroImage* 142, 301-310.
- [37.] Bod Mária - Gyermekneurológia tankönyv, 4. fejezet: Az idegrendszer normális és kóros fejlődése, szerk. Dr. Ohmachtné Dr. Hollódy Katalin
- [38.] Egészségügyi Szakmai Irányelv – A 0-18 éves korú gyermekek teljes körű, életkorhoz kötött hallásszűréséről és a kiszűrt gyermekek gondozásba, rehabilitációba vételéről, *Egészségügyi Közlöny LXV. évfolyam 9. szám*
- [39.] Adams, M. et al., (2014) Follow-up assessment of high-risk newborns in Switzerland. *Peadiatrica*, 25, 6-10.
- [40.] American Academy of Pediatrics (2004) Follow-up Care of High-Risk Infants. *Pediatrics*, 114, 1377-1397
- [41.] Doyle, L. W. et al. (2014) Long term follow up of high risk children: who, why and how? *BMC Pediatrics*, 14, 279-294.
- [42.] Adorján K., Altorjai P., Asbóth K. et al. Gyermekalapellátási útmutató a 0-7 éves gyermekek szűrési vizsgálatainak elvégzéséhez - 2. javított kiadás, Országos Tisztiorvosi Hivatal
- [43.] Nemzeti Népegészségügyi Központ módszertani levele a 2023. évi védőoltásokról. www.antsz.hu
- [44.] H. Kerr Graham, H. et al. (2016) Cerebral Palsy <https://musculoskeletalkey.com/cerebral-palsy-3/>
- [45.] Narayanan, U. (2012) Management of children with ambulatory cerebral palsy: an evidence – based review. *J. Pediatr Orthop*. 32 Suppl 2: S172-81
- [46.] Danis, I. (2015) A csecsemő- és kisgyermekkorú lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkorú intervencióban *Gyógynevelési Szemle*, 2. 100-116.
- [47.] Danis, I. et al. (2011) A génektől a társadalomig: a koragyermekkorú fejlődés szinterei. *Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet Budapest*, pp. 38-45., 322-350. In: Balázs, I. (2011) *Biztos Kezdet Kötetek I.*. Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet Budapest, pp. 38-45., 322-350.
- [48.] Ribiczey N., Kalmár M. (2009): „Mozgó rizikó” koraszülött gyerekek fejlődésének tükrében. *Alkalmazott Pszichológia*. 1-2. 103-123.
- [49.] 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről
- [50.] Bakó, A., Nagy, B., Szabó, É. (2011) Tónuseloszlási zavarban szenvedő csecsemők alap - és szakellátásának összehasonlítása népegészségügyi és egészségpszichológiai szempontból. *Népegészségügy*, 89:1, 32-38.
- [51.] Eckstein, GR. (2013) Neonatal Pain in Very Preterm Infants: Long-Term Effects on Brain, Neurodevelopment and Pain Reactivity. *Rambam Maimonides Med J*. 4:4: 0025.
- [52.] Kereki, J., Szvatkó, A. (2015) A koragyermekkorú intervenció, valamint a gyógynevelési tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja. *Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest*.

- [53.] Bouwmeester D, Anolda Naber FB, Brunt TM. et al (2024) Follow-up care and support to parents of premature children: Multidisciplinary versus regular follow-up care. *Child Care Health Dev.* 2024 Jan;50(1):e13185. doi: 10.1111/cch.13185. Epub 2023 Oct 16. PMID: 37842882.
- [54.] Szvatkó A., Arató D., Bodnár E., Fodorné Dr. Földi R., Kereki J. Mozgásterápiás protokoll a koragyermekkori intervencióban, EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001
https://gyermekut.hu/pdf/Mozgasterapia_e-verzio.pdf
- [55.] Fejlődésneurológia, <https://sites.google.com/site/fejlodesneurologia/>
- [56.] Egységes Konduktív Pedagógiai Módszertani Intézmény Semmelweis Egyetem, Petó András Kar Pedagógiai Szakszolgálat <http://semmelweis.hu/peto-ekpmi/szakszolgalat/>
- [57.] Benczúr M. (2000) A szomatopedagógia fogalma és tartalma. In Illyés S. (szerk.). *Gyógypedagógiai alapismeretek.* (pp. 537–560). ELTE BGGYFK, Budapest.
- [58.] Gordosné Szabó A. (1996). *Bevezetés a gyógypedagógiába.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- [59.] Mesterházi Zs. (2004). A gyógypedagógiai folyamatról. In Gordosné Szabó A. (szerk.). *Gyógyító pedagógia.* (pp. 20–39). Medicina, Budapest.
- [60.] Mozgásterápia, fizioterápia szakterületi helyzet értékelése, <https://gyogytornaszok.hu/wp-content/uploads/2021/12/mozgasterapia-fizioterapia-szakterületi-helyzetkep-2021.pdf>
- [61.] FejlesztőHáz: A Pfaffenrot manuális terápia bemutatása
http://fejlesztohaz.hu/cikkarchivum/a_pfaffenrot_manualterapia.html
- [62.] Devény Alapítvány, a Devény-módszer
<http://www.deveny.hu/a-deveny-modszer/a-deveny-moszer-osszefoglaloja>
- [63.] A vojta terápia elve, Václav Vojta neurológus professzor
<https://www.vojta.com/en/the-vojta-principle/the-vojta-principle-2>
- [64.] Bowen technikáról, <https://bowen.hu/technikarol/>
- [65.] Craniotherapy, természetgyógyászati rendelő
http://www.craniotherapy.hu/cs-terapia/bovebber-a-craniosacralis-terapiarol?/craniosacralis_terepia
- [66.] Gézengúz Alapítvány, Neuro-hidroterápia/NHT <https://gezenguz.hu/neuro-hidroterapia-2/>
- [67.] Magyar DSZIT Egyesület <https://www.dszit.hu/>
- [68.] Gyermekfejlesztés blog, Bazális stimuláció
<http://gyermekfejlesztes.blogspot.com/2013/12/bazalis-stimulacio.html>
- [69.] Institute for Neuro Physiological Psychology Magyarország, Az INPP Módszerről
<http://oriasleszel.hu/a-modszerrol/>
- [70.] BHRG Alapítvány <https://bhrg.hu>
- [71.] Alapozó Terápiák Alapítvány <https://www.alapozoterapiak.com>
- [72.] Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány <http://www.lovasterapia.hu/>
- [73.] Masatoki K., Rie Y. (2015) Perinatal morbidity and mortality for extremely low- birthweight infants: A population-based study of regionalized maternal and neonatal transport
<https://www.rcpch.ac.uk/resources/uk-who-growth-charts-neonatal-infant-close-monitoring-nicm> - a Melletted a helyem egyesület fordításában
- [74.] <https://www.rcpch.ac.uk/resources/uk-who-growth-charts-0-4-years> - a Melletted a helyem egyesület fordításában
- [75.] <https://www.rcpch.ac.uk/resources/uk-who-growth-charts-0-4-years> - a Melletted a helyem egyesület fordításában
- [76.] The University of Texas Medical Branch Department of Pediatrics,
https://www.utmb.edu/pedi_ed/Newborn_Exam/Newborn_Exam17.html
- [77.] Hammersmith Infant Neurological Examination <https://unmhealth.org/services/development-disabilities/programs/other-disability-programs/cerebral-palsy-taskforce/media/hammersmith-infant-neurological-exam.pdf>
- [78.] Volpe: *Neurology of the Newborn* (7th edit)
- [79.] The Sarnat score for neonatal encephalopathy: looking back and moving forward Anna Mrelashvili, Jeffrey B Russ, Donna M Ferriero, Courtney J Wusthoff *Pediatric research* 88 (6), 824-825, 2020
- [80.] Hummel P, Puchalski M, Creech SD, Weiss MG. Clinical reliability and validity of the N-PASS: neonatal pain, agitation and sedation scale with prolonged pain. *J Perinatol.* 2008;28:55–60.
- [81.] A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése, Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.,
https://gyermekut.hu/pdf/Iranyelv_rizikoujszultottek_utogondozasa.pdf
- [82.] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról; Szülői jogok és köteleességek 12. §
- [83.] 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról; Gyermeki jogok 6. §

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Csecsemő- és Gyermekegyógyászat Tagozat elnöke felkérte delegált tagjait kezdjék meg az irányelv fejlesztését. A fejlesztőcsoport a megalakulást követően meghatározta az egyes elvégzendő feladatokat. Az egészségügyi szakmai irányelv kialakítása a tagok egyéni munkáján és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

Az irányelv az EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001 „A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése” kiemelt projekt (projekt szakmai vezető: Dr. Kereki Judit) keretében készült „Szakmai irányelv a rizikó újszülöttek utógondozásáról” [81] című anyagra épül, mely átdolgozásra került a Neonatológiai Tagozat javaslatai alapján 2020 augusztusában.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Jelen egészségügyi szakmai irányelv fejlesztése a témában meghatározó jelentőségű hazai és nemzetközi szakirodalom áttekintése, szisztematikus szakirodalom-keresés, szelekció és elemzés után történt. Az irodalomkeresés a Magyar Orvosi Bibliográfia, a PubMed és a Medline adatbázisban fellelhető magyar és angol nyelven megjelent publikációk alapján történt. A keresés az alábbi kereső szavak, valamint ezek kombinációjának segítségével valósult meg: irányelv, rizikó újszülött, koraszülött, korrigált kor, fejlődést támogató gondoskodás, pszichomotoros fejlődés, szomatikus fejlődés, utánkövetés, szűrővizsgálat, kontroll vizsgálat, állapot felmérés, interdiszciplináris munkacsoport, korai fejlesztés, koragyermekkori intervenció, habilitáció, rehabilitáció, mozgásfejlesztés, gyógypedagógia.

A fejlesztőcsoport mindig ellenőrizte a bizonyítékok hazai viszonyok közötti relevanciáját. Amennyiben a bizonyíték nem a magyarországi viszonyoknak megfelelő kiindulási adatokra támaszkodott, ott a fejlesztőcsoport konszenzusa volt a mérvadó.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A nemzetközi irányelvek által megállapított bizonyítékerősségi szinteket elfogadtuk. A fejlesztő csoport mindig ellenőrizte a bizonyítékok hazai viszonyok közötti relevanciáját. Amennyiben a bizonyíték nem a magyarországi viszonyoknak megfelelő kiindulási adatokra támaszkodott, ott a fejlesztőcsoport konszenzusa volt a mérvadó.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztése a fejlesztők több évtizedes a témában szerzett tapasztalatának áttekintésével, rendszerbe foglalásával indult, majd a külföldi és hazai irányelvek, irodalmak adaptációjával és az eredeti evidenciák feldolgozásával történt. A fejlesztőcsoport mindig ellenőrizte a bizonyítékok hazai viszonyok közötti relevanciáját. Amennyiben a bizonyíték nem a magyarországi viszonyoknak megfelelő kiindulási adatokra támaszkodott, ott a fejlesztőcsoport konszenzusa volt mérvadó.

5. Véleményezés módszere

Az egészségügyi szakmai irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően, az egészségügyi szakmai irányelv megküldésre került az ellátási folyamatban érintett, véleményezésre kijelölt Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az egészségügyi szakmai irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztő szakértők egyetértettek azok tartalmával.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértő nem került bevonásra.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Szülőtájékoztató (a Melletted a helyem egyesület közreműködésével)

„A gyermek szülője jogosult arra, hogy a gyermeke nevelkedését segítő ellátásokról tájékoztatást, neveléséhez segítséget kapjon.” [82]

Óriási öröm, mikor több hét, vagy akár hónap után a szülők hazavihetik a PIC-ből koraszülött, vagy valamilyen nehézséggel, fejlődési problémával, esetleg betegen született kisbabájukat. De a hazatérés hasonlóan gyorsan változó, vegyes érzelmekkel járhat, mint amelyet már a PIC-en is átéltek. Egyszerre izgalmas és örömteli, hiszen végre gyermekükkel a kezükben hagyják el a kórházat, de a következő pillanatokban akár félelmet és stresszt is érezhetnek, hiszen már nincsenek közvetlenül mellettük az ápolók és orvosok, akik támogatást nyújtanak, és előfordul, hogy úgy érzik, nem tudnak megbirkózni egyedül a gyermek ellátásának feladatával.

A szülőknek fontos megérteniük, hogy a hazaadás pillanatától szoros utógondozásra lesz szüksége a családnak, követve gyermekük boldogulását, hiszen **kiemelt figyelmet, korszerű és gondos utánkövetést igényel a gyermek fejlődése az alacsony és közepes rizikójú újszülöttek 8 éves koráig, a magas rizikójú újszülöttek 18 éves koráig, melynek biztosításáért törvényileg a szülő a felelős. [83].**

Az utógondozás a családbarát koraszülött ellátás pilléreinek folytatása, ahol a kenguru módszer alkalmazása, anyatejes táplálás támogatása, 0–24 órás látogatás biztosítása mellett a szülők pszichés támogatása is nélkülözhetetlen a gyermek egészséges fejlődése érdekében, hiszen mentálisan, pszichésen megerősített, egészséges szülő képes megbízhatóan a gyermek érdekében eljárni, követve a szakemberek ajánlásait.

Az optimális utánkövetés a PIC-hez csatolt koraszülött utógondozó ambulancián történik neonatológus, fejlődésneurológus, mozgásterapeuta (konduktor és/vagy gyógytornász), gyógypedagógus, logopédus és pszichológus közreműködésével, de egyéb szakorvosok közreműködésére is szüksége van: szemész, ortopédus, audiológus szakorvosra minden rizikó gyermek esetében, egyes esetekben **gyermekpulmonológiai, gyermekkardiológiai, gyermeknefrológiai, gyermeksebészeti, gyermekendokrinológiai** gondozásba vételre is. **A vizsgálatot végző szakemberek segítik eldönteni, hogy a gyermek számára szükséges-e további kivizsgálás, illetve fejlesztés, terápia, ha igen, akkor mely/ek.** Fontos kiemelni, hogy erre **a GOOGLE kereső vagy internetes szülői támogató sorstárs csoportok NEM ALKALMASAK és nem ajánlottak!** A „majd behozza” „minden rendben lesz” „a szomszéd gyereke is kinötte” típusú megnyugtatónak ható vélemények nem a gyermekek érdekeit szolgálják.

A korábban érkezett, vagy egyéb nehezítettséggel indult baba fejlődése lehet eltérő, lelassult, vagy akár meg is torpanhat egyes mérföldkövek elérését követően, ezért **nem lehet elégszer hangsúlyozni a korán megkezdett, rendszeres ellenőrzés és az ajánlott, szükséges fejlesztések jelentőségét.** Hangsúlyozandó, hogy sem **az éretlenebb idegrendszerrel, korábban születés, sem más születési nehézség** (oxigénhiány, fertőzés stb.) nem jelenti automatikusan, hogy betegként, vagy sérültként kell kezelni a gyermeket, de ezek **rizikótényezőket jelenthetnek pszichomotoros (mozgás, beszéd, gondolkodás, önellátás, viselkedés) fejlődésére, azaz veszélyeztethetik azt.** Amennyiben már a kórházban kiderül, hogy maradandó sérülést szenvedett a gyermek, akkor a szakemberek sérülésspecifikus segítséget nyújtanak számára. Az utógondozási irányelv által leírt ajánlások célja, hogy a gyermek képességeinek fejlődését támogassa, segítse annak érdekében, hogy teljes életet élhessen gyermekként, majd felnőttként.

A veszélyeztetett fejlődésű gyermekek (azaz rizikó újszülöttek) utánkövetéséről szóló irányelv ajánlásának a legfontosabb szempontjai, melyek segítik a szülőket a döntéshozatalban gyermekük megfelelő fejlődésének és egészséges életének elősegítése érdekében:

Az optimális, körülményekhez képest legkedvezőbb, egészséges életésélyek eléréséhez a szülők számára **0–24 órás (folyamatos) látogatást kell biztosítani** és be kell őket vonni a koraszülött intenzív osztályon gyermekük ápolásába. A **kenguru módszer alkalmazása** a megszületést követően és a koraszülött/rizikó (veszélyeztetett fejlődésű) újszülött ápolása során minél több alkalommal **ajánlott.** **A szülők pszichés támogatása,** szükség esetén **krízisintervenciója** a terhespatológiai, szülészeti osztályokon, a neonatális intenzív centrumokban és az utógondozó ambulanciákon **elengedhetetlen.** A rizikó újszülöttek **optimális fejlődését a szülők és a család pszichés jólléte biztosítja.** Ezek az osztályokon illetve ambulanciákon **elérhetővé kell tenni a személyre szabott pszichológiai, illetve mentálhigiénés segítségnyújtást.** **A civil szféra** segítése a szülők támogatásában **legitim módszer, kiegészíti,** de nem helyettesíti a professzionális ellátást. A koraszülöttek és **rizikó újszülöttek egyéni igényeit tiszteletben kell tartani** az ápolás során, kiemelten fontos a stressz csökkentése és a fájdalom csillapítása írásos osztályos protokoll, szabályok alapján. A szomatikus, azaz **testi fejlődés követésére** már a PIC-ben és az utógondozás során koraszülöttekre vonatkozó **percentilis görbék** (súly, hossz, fejkörfogat) vezetése szükséges. Ezek **használatát a szülőknek is javasolt megtanulni** a hazaadás idejére. A **kizárólagos szoptatás támogatása javasolt** a koraszülöttek és rizikó újszülöttek utógondozása során. Ha az édesanya nem tud szoptatni organikus ok, pszichiátriai betegségének farmakoterápiája miatt, betegség maradványtüneteként, vagy aktuális pszichés állapota akadályozza ebben, akkor az újszülött és az anya igényeit összehangoltan támogató táplálási mód támogatása

javasolt. A hazaadás előtt minden magas és közepes rizikó csoportba tartozó újszülöttet, illetve koraszülöttet gyermekneurológusnak kell megvizsgálni és (a zárójelentésben vagy saját leletben leírt) a szakma szabályai szerint **dokumentált neurológiai státusszal hazabocsátani**. (A **rizikó** besorolás, azaz, hogy a gyermeket érintő nehezítettség **milyen fokban veszélyeztetheti** fejlődését, az irányelvben szerepel, ezt tehát gyermeket kezelő és hazabocsátó orvosok tudják).

A koraszülöttek, rizikó újszülöttek hazabocsátása történjen tervezetten, a leendő házi gyermekorvos vagy vegyes praxisú kolléga (ahol felnőtt házi orvos végzi a gyermekek ellátását is) bevonásával. Magas rizikójú újszülötteknél szükséges, a közepes és alacsony rizikójú újszülötteknél javasolt a **szóbeli (lehetőleg személyes) egyeztetés a hazabocsátó szakorvos, a szülő és a házi gyermekorvos vagy vegyes praxisú kolléga** bevonásával. A rizikó újszülött gondozása során észlelt eltérésekről **dokumentáltan** (azaz írásban, melyet a szülő is megkap) értesíteni kell az utógondozást végző neonatológust, gyermekneurológust. Rizikó újszülötteknél a házi gyermekorvosi és védőnői gondozáson túl a **gyermekneurológiai követés és az érzékszervi funkciók (látás, hallás) szakorvosi szintű ellenőrzése szükséges**. Bronchopulmonális dysplasia (BPD) esetén elengedhetetlen a pulmonológiai és kardiológiai gondozás. Akut vesekárosodás igazolt epizódja után gyermeknefrológiai követés szükséges. **A koraszülöttek és a rizikó újszülöttek kronológiai kor (megszületéstől számított életkor) alapján oltandók**. Kivételt képeznek azok a 22–24. gesztációs (terhességi) hétre született extrém éretlen koraszülöttek, akik 2 hónapos korban még instabilak a biztonságos beadásához. A kötelező védőoltásokon kívül **RSV, Meningococcus B és C, és influenza vírus elleni védelem** is biztosítandó a rizikó csoport számára. A kontroll vizsgálati időpontok meghatározása a rizikó besorolás alapján történjen, mely később az interdiszciplináris (azaz több szakterületet átfogó) munkacsoportban, a gyermek egyedi igényeinek megfelelően módosítható. **A rizikógyermek utánkövetése vagy abban az intézményben történik, ahol PIC/NIC osztályon kezelték, vagy amennyiben onnan áthelyezték más intézménybe, és ott van utánkövető ambulancia, akkor ott. Amennyiben egyik helyre sem kaptak hazabocsátáskor időpontot, akkor feltétlenül jelentkezzenek volt kezelőorvosuknál és kérjenek segítséget!** Megfelelő időben történő diagnosztikus vizsgálatot követően, jól felépített, egyénre szabott fejlesztési terv szükséges, mellyel a kóros irányba haladó fejlődés üteme mérsékelhető, az alapvető életminőség javítható. **A fejlesztésre szoruló rizikó újszülöttnél interdiszciplináris teamben (több szakterületet átfogó munkacsoportban) meghatározott egyéni fejlesztési tervre van szüksége, melyet a kontroll vizsgálatok alkalmával (3–6 havonta) felül kell vizsgálni, újra kell értékelni.** A mozgásstátusz (mozgásállapot) felmérése mozgásterapeutával (konduktorral vagy gyógytornásszal) együtt történjen. **A kontrollvizsgálatok a pszichomotoros és érzékszervi fejlődés minden területére terjedjenek ki. Ez gyermekneurológiai, neonatológiai, szemészeti, audiológiai, ortopédiai, fejlődépszichológia és mozgásvizsgálatot jelent, majd egyéves kor után CP-tünetek esetén gyermekrehabilitációs szakvizsgálat is történjen.**

(pszichomotoros = mozgás, beszéd, gondolkodás, viselkedés, önellátás)

érzékszervi fejlődés = látás, hallás

neurológia = ideggyógyászat, az idegrendszer működését vizsgálja

neonatólógia = újszülöttgyógyászat

audiológia = hallást vizsgálja

ortopédia = mozgásszervrendszert vizsgálja

CP = cerebrál parézis, agyi bénulás, idegrendszeri sérülést követő állapot)

A fejlesztés/habilitáció módszerének kiválasztásában a fő szempont a család egysége, a rendszeresség, a napirendbe való beleilleszthetőség, a család anyagi és szociális helyzetének figyelembevétele. **Kerüljük a fájdalmat okozó terápiákat!** A korai fejlesztésben és gondozásban (az állami és a magán szektorban egyaránt) a rizikóval született 0–3 éves korosztállyal csak olyan szakember foglalkozzon, akinek minimum 5 év aktív gyakorlati (fejlesztő) tapasztalata van az adott korosztállyal kapcsolatban az általa nyújtott terápiában, fejlesztésben. **A gyermek fejlesztése során az egyéni szükségletek valósuljanak meg! A fejlesztések mindig egyénre szabottak, a gyermek igényeinek és állapotának megfelelőek legyenek. A „túlkezelés” ugyanolyan ártalmas lehet, mint az, ha az elmaradással nem foglalkoznak.** A célkitűzéseket a szülőkkel együtt határozzuk meg! Kerüljük a fájdalmat okozó terápiákat, melyek akár regulációs zavarokhoz (csecsemőkorban alvási, altatási, etetési problémák, nyugtalanság, vigasztalhatatlan sírás) később viselkedési, koncentrációs problémákhoz is vezethetnek. A fejlesztő szakember köteles minden állapotfelmérés/

vizsgálat alkalmával írásos dokumentációt adni a szülőnek, amiben szerepel a vizsgálat leírása, a javasolt fejlesztés módja, valamint az addig bekövetkezett változás is. Az egészségügyi utógondozó intézmények elsősorban diagnosztikus (feltáró) munkát végeznek. **A fejlesztés államilag finanszírozott helyszíne a pedagógiai szakszolgálat, minden fejlesztésre szoruló csecsemőt, kisgyermeket ide kell irányítani,** mely igény esetén kiegészíthető a **magánszférában állami és magánszolgáltatás formájában** is, illetve esetenként az **egészségügyben** elérhető fejlesztésekkel. A fejlesztés megkezdését követően **legkésőbb 3 hónapon belül történnie kell gyermekneurológiai szakvizsgálatnak Nem áll rendelkezésünkre egyetlen – bizonyítékokkal alátámasztott – univerzális, azaz mindenre jó módszer sem, a különböző módszerek szakszerű kombinációja** nem kontraindikált (azaz nem tilos vagy ellenjavallt), sőt **kívánatos, javasolt.** Mivel a **fejlesztés beavatkozás (intervenció) a fejlődő idegrendszerbe, ezért bármelyik módszer kiválasztása, alkalmazása csak szakorvosi javaslatra történjen.** **A fejlesztésre szoruló rizikó újszülöttnak interdiszciplináris teamben (több szakterületet átfogó munkacsoportban) meghatározott egyéni fejlesztési tervre van szüksége, melyet a kontrollvizsgálatok alkalmával (3–6 havonta) felül kell vizsgálni, újra kell értékelni.** Az utógondozásban résztvevő szakemberek (egészségügy, oktatás, pedagógiai szakszolgálat) között dokumentált, írásos kommunikáció szükséges.

A CP-s gyermekek gondozása rehabilitációs teamben történjen, gyermekneurológussal, gyermekortopédussal együttműködve, rehabilitációs szakorvos irányításával. **Minden CP-vel diagnosztizált gyermeket egyéves korban rehabilitációs szakorvos vizsgáljon meg.** CP-s gyermekeknél a komorbid (társuló) légzőszervi megbetegedések és táplálkozási zavarok diagnosztizálása és kezelése szükséges a megfelelő szakorvosok bevonásával, azaz pulmonológus (tüdőgyógyász), gasztroenterológus (emésztőrendszer megbetegedéseivel foglalkozó belgyógyász), szükség esetén endokrinológus (hormonháztartás szakorvosa).

Minden gyermeknek jár a lakóhelye szerinti (ahova tehát be van jelentve, és ami lakcímkártyáján szerepel) pedagógiai szakszolgálatnál ingyenes fejlesztés. **A szakszolgálat pontos helyét és elérhetőségét** a szülők kérdezhetik a védőnőtől, gyermeket gondozó háziornostól, de megtalálható interneten is, ha beírják a lakóhelyet, Budapest esetén a kerületet, és a pedagógiai szakszolgálat szót.

A különböző érintettség fejlesztésével foglalkozó szakemberek:

mozgás: konduktor, szomatopedagógus (mozgássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus), gyógytornász

hallás: szurdopedagógus (hallássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus)

látás: tiflopedagógus (látássérültek pedagógiája szakirányon végzett gyógypedagógus)

beszéd: logopédus

értelem, kognitív képességek: gyógypedagógus, konduktor

viselkedési, magatartási problémák, autizmus: elsődlegesen (autizmus specifikus) gyógypedagógus, de pszichológus és más területek érintettsége esetén további fejlesztő szakemberek, szakorvosok is szükségesek lehetnek.

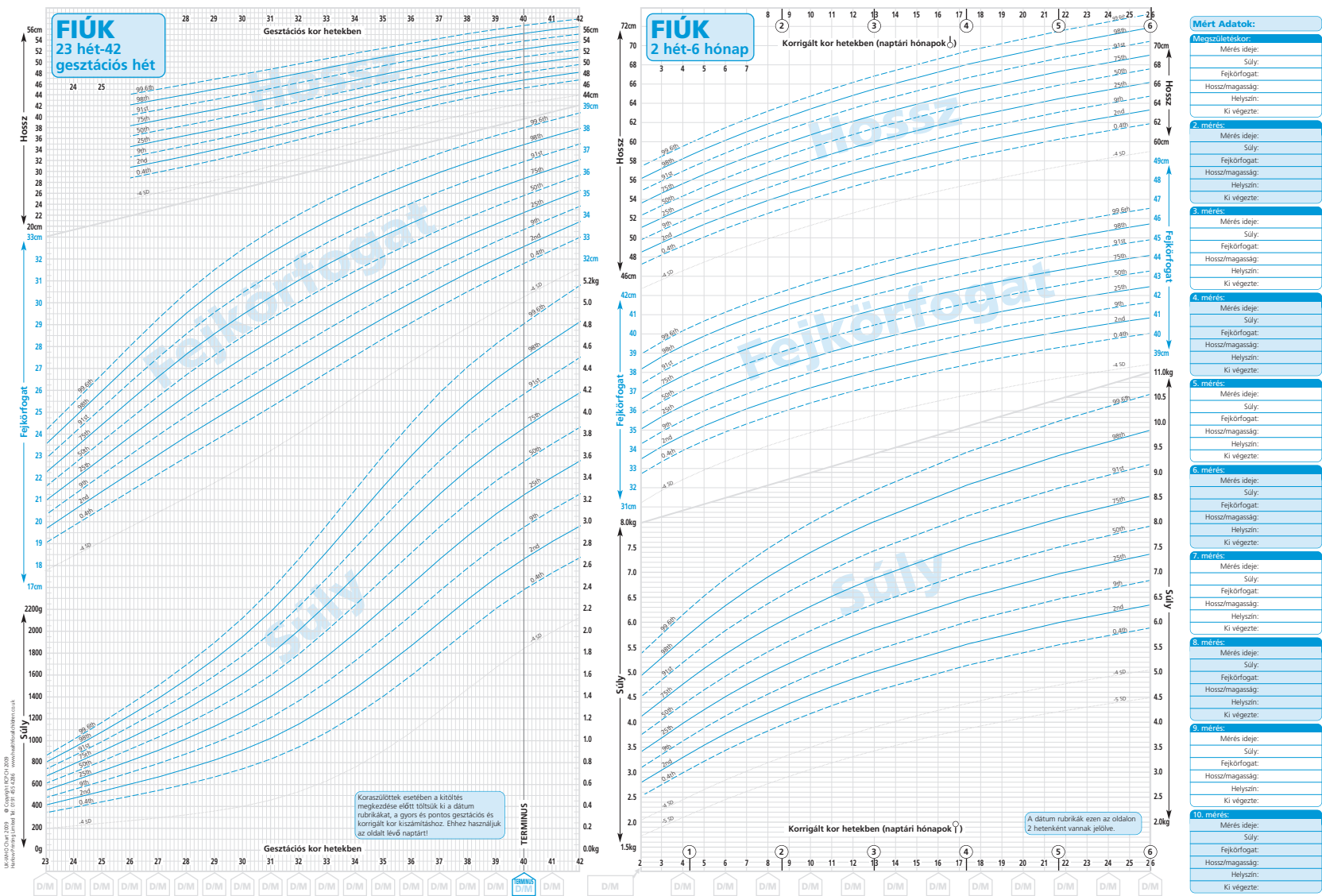
A szülők számára egy érzelmileg nagyon megterhelő időszak veszi kezdetét azzal, ha koraszülöttként vagy betegen születik meg a babája. A szülővé válás öröme mellett olyan érzések is megjelenhetnek, mint a szomorúság, kétségbeesés, zavarodottság, düh, félelem, jó és rossz érzések kavalkádja. Ez mind helyénvaló érzés, mindezekről sok olyan szülő számol be, akik gyermeke intenzív ellátásba került.

A koraszülés, illetve a betegen született érett újszülött intenzív osztályos kezelésével járó szülői stressz, traumatizáció, illetve gyászfolyamat felismerése és kezelése elengedhetetlen, akár szaksegítség igénybevételével. A szülők lelki jólléte alapja a csecsemő harmonikus fejlődésének.

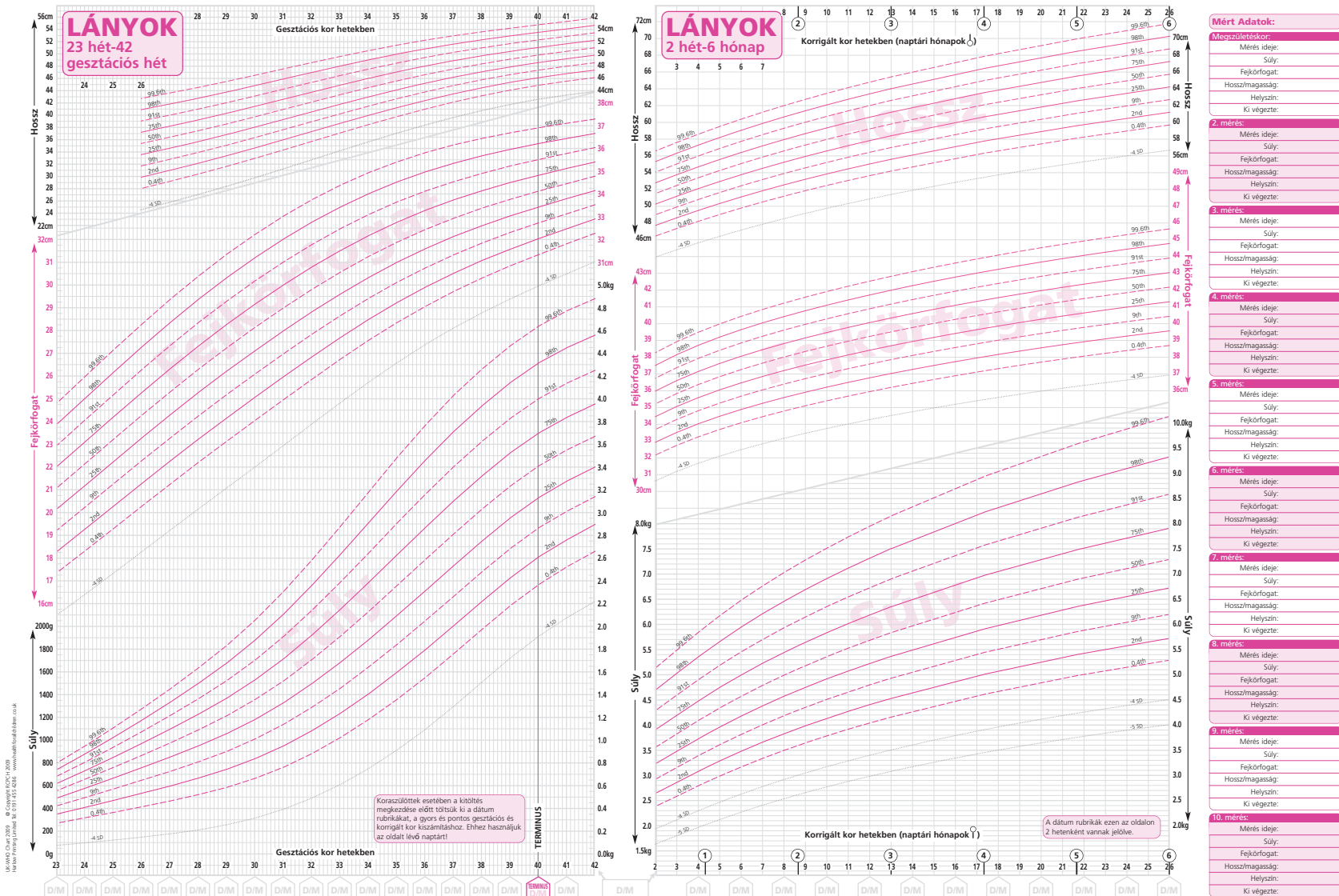
1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. Ábrák:

1. ábra: Hossz, fejkörfogat, súly percentilis görbék koraszülött fiúk esetében [74]



2. ábra: Hossz, fejkörfogat, súly percentilis görbék koraszülött lányok esetében [74]



Útmutató

Keressük meg a várható terminus idejét a naptárban, és ugyanabban az oszlopban felülre haladva a megjelölt dátumig keressük meg a heti forduló dátumokat, amelyekre majd a dátum rubrikák kitöltésénél szükségünk lesz. A 2. heti hónapig való táblázatához szükséges kéthetemenkénti forduló dátumokhoz a megszületés vagy a várható terminus idejétől lefelé haladjunk ugyanazon oszlopban.

Ha a megszületés vagy a várható terminus ideje december 31., akkor december 30-át használjuk, szeptemberben február 28-át 29. helyett. A 6 hónapos kori dátum 2 hónapban előreléphet a naptári dátummal, ha azonban az előre több mint két nap, akkor nem töltöttük ki helyesen a dátumokat.

Amint elértünk a naptár tetejéig a számolásnál, folytatással ugyanabban az oszlopban a naptári adatai felé.

Calendar grid showing months from January to December with days of the week and dates.

Ha elérték a naptárban az év végéig, kezd újra a tetejét, ugyanabban az oszlopban ahol eddig.

Lányok UK-WHO

Szoros követést igénylő újszülöttek és kisgyermek növekedési táblázata 23 gesztációs héttől korigált 2 éves korig



Kitöltési útmutató:

Megszületéstől két héttel a terminus utáni (korigált két hetes korig) a 23-42 hetes korra való táblázatban jelöljük a mérések eredményét. Korigált két hetes kor után a 2 hetestől 6 hónapos korig való táblázatban folytatással a jelölést.

A koraszülöttek (37. gesztációs hét előtt születettek) esetében mindig szükség van a gesztációs kor korigálására. Érett (37. és 42. hét között született újszülöttek) esetében ne korigáljunk. Ha szükséges, ez a táblázat használható a gesztációs korhoz tartozó relatív méretek ellenőrzésére, de a 37-42. hét között született babák megszületési adatait mindig a 40. hétre jelöljük.

Dátumok alapján gesztációs, poszt menstriaációs és korigált kort számolni nehéz, és gyakoriak a hibák. Bár a táblázat hagyományos módon kitölthető, de segítségképpen dátum rubrikákat tartalmaz, amik lehetővé teszik, hogy az egyes dátumoknál rögtön lássuk a gesztációs kort, ezzel csökkentve a hibalehetőséget. Ahhoz, hogy ezt eredményesen tudjuk használni, a táblázatot az első használt előtti az alábbi módon kell előkészíteni.

Mielőtt elkezdénénk a jelölést, a naptár segítségével töltsük ki a dátum rubrikákat. Ezután ezeket a dátum rubrikákat használjuk a gyors és pontos gesztációs kor számításához.

Koraszülöttek:

Ha a terminus ideje nem ismert, de a gesztációs kort tudjuk, akkor jelöljük a születési súlyt a pontos gesztációs kornál, és számoljuk ki a következő betöltött gesztációs hét dátumát. (Például ha megszületéskor, 2009.02.24-én a gesztációs kor 27+3 nap, akkor a betöltött 28. hét dátuma 2009.02.28-a lesz.) Ezután írjuk be minden betöltött gesztációs hét forduló dátumát a dátum rubrikákba, amíg el nem érünk a terminusig.



Amennyiben ismerjük a terminus dátumát, azt írjuk be a terminus dátum rubrikába, és visszafelé haladva hetenként írjuk be a dátumokat a rubrikákba amíg el nem érjük a megszületés gesztációs idejét.

A dátumoknak való rubrikák az első oldalon (23-42. hét) hetente, a második oldalon (2 hét-6 hó) kéthetente, a harmadik oldalon (6 hó-2 év) pedig naptári hónapok szerint vannak feltüntetve.

Minden gyermekre:

42 hetes kor után használjuk a 2 hét-6 hónapra való táblázatot. Jelöljük be az érett újszülötteknél a terminus, koraszülötteknél a számított terminus követő kéthetes fordulónapokat a táblázat alján lévő dátum rubrikákba a bal oldali naptár segítségével, és így állapítsuk meg a korigált gesztációs időt.

A 6 hónaposnál 2 éves korig való táblázatban a dátum rubrikák naptári hónap szerint vannak feltüntetve (4,33 hét). Ezek a dátumok kiszámíthatók a várható terminus dátumából. Ha egy gyermek várható terminusa 2101.01.23-án volt, akkor jelöljük 2010.07.23-át a 6 hónapos rubrikában, 08.23-át a 7 hónapos rubrikában, 09.23-át a 8 hónapos rubrikában, stb.

6 hónapos korra a dátum rubrikában feltüntetett dátumok 2 nappal elcsúszhatnak a naptári dátumokhoz képest, de ha ennél több a különbség, akkor valahol hibásan töltöttük ki a dátumokat.

Form for recording patient information: Name, Address, Birth Date, Expected Term, Gestational Age.

A koraszülött babák számára ez a táblázat teljes egészében gesztációs korra korigált, a dátum rubrikás módszert használva. A nyilazás módszert, amelyet a UK-WHO normál percentil táblázatban használunk, itt ne használjuk. A felhasználókat meg kell tanítani a táblázat helyes kitöltésére. Erre a célra anyagot a www.rcpch.ac.uk/growthcharts oldalról lehet letölteni.

Milyen gyerekekhez használjuk?

Ezt a táblázatot arra tervezték, hogy koraszülött babák növekedési adatait tüntessék fel rajta megszületéstől 2 éves korig. A táblázat szoros követést igénylő érett újszülöttek és csecsemők követésére is alkalmas. 2 éves kor után a UK-WHO 0-4 éves korig való táblázatára kell áttérni. Az egészséges, 32 hét után született koraszülöttek és érett újszülöttek követésére megszületéstől a UK-WHO 0-4 éves korig való táblázatot használjuk, hacsak valamiért nincs szükség részletesebb növekedési felmérésre.

Különleges növekedési táblázat az alacsony születési súllyal születetteknek

A táblázat rendelkezik néhány különleges tulajdonsággal:
• A dátum rubrikák rendszere a pontos gesztációs kor kiszámítására
• Nagy léptékű a részletes jelölésre
• Alacsony tartományokban (SD) is jelölhető az extrém alacsony súllyal születettek részére

A három táblázat adatai a következő két forrásból származnak:

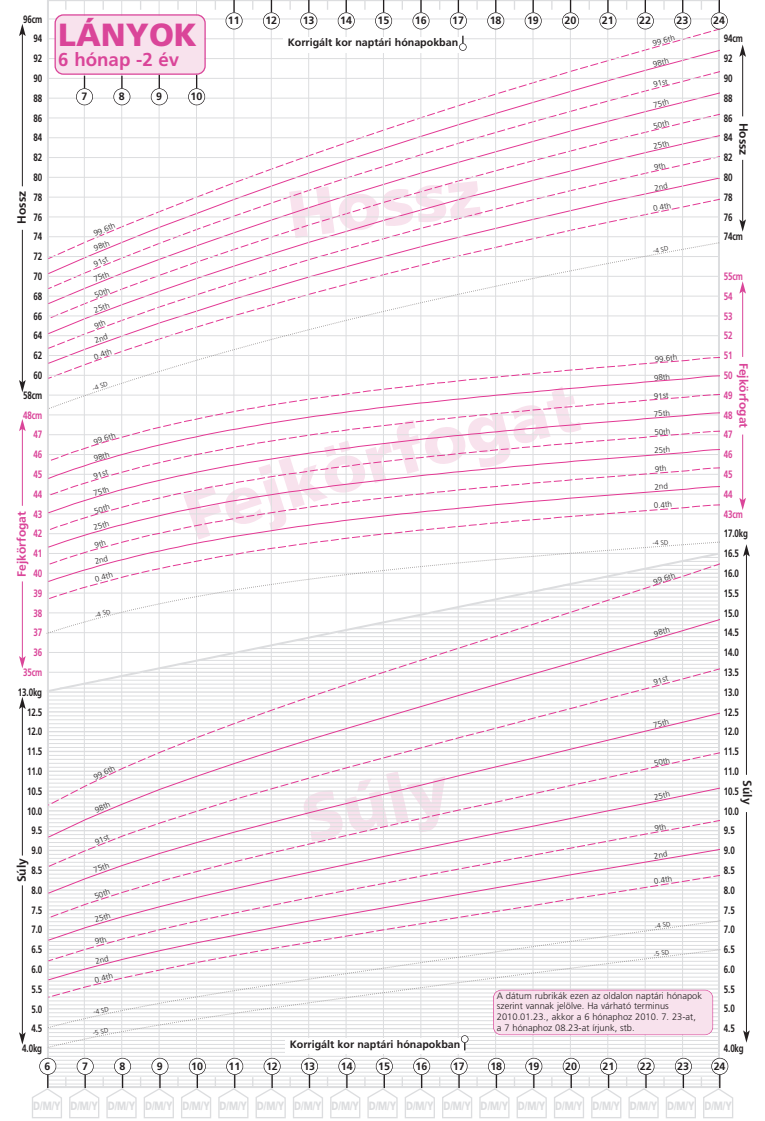
- 1. 23-42 hét: Ez a táblázat az 1990-es Egyesült Királyságból származó adatok elemzésére alapul, és az Egyesült Királyságban 1990 körül született 23-42 hetes babák méreteit mutatja. A 23-42 hetes táblázat nem mutatja azt, hogy ezek a babák hogyan nőnek közvetlenül a születés után, hanem csak a különböző gesztációs időre született babák megszületési adatait ábrázolja. Sok 32. hét előtt született baba, különösen a legbetegebbek súlya több mint 2 percentilist esik a megszületés utáni korai időszakban.
2. 2 hét-6 hónapos korigált, 6 hónaposnál 2 éves korigált kor. Ezek a táblázatok az Egyesült Királyság-WHO 0-4 éves növekedési táblázatának adataiból vannak felépítve, és nem dohányzó anyák egészséges, szoptatott csecsemőinek adataira épülnek. Ezek a táblázatok ugyan nem a koraszülöttek általános növekedését mutatják, de az egyes gyerekek, akik jó állapotban vannak, általában követik a korigált koruk szerinti percentilis vonalát.

Mérés:

Távolítsunk el minden ruhát, sapkát, lábbelit, pelenkát!
Súly: elektromos mérleggel mérjünk!
Hossz: Ne használjunk mérőszalagot, hanem mérőtáblát vagy matracot!
Fejkerfogat: Nem nyújtható mérőszalagot használjünk! Erre kiképzett személy mérje és jelölje be az adatokat a görbékben, vagy képzett személy felügyeletével történjen a jelölés. Tréning anyagok megtalálhatók a www.growthcharts.rcpch.ac.uk oldalon.

Referenciák:
1. Cole TJ, Freeman JV, Preece MA. British 1990 growth reference centiles for weight, height, body mass index and head circumference fitted by maximum penalized likelihood. Stat Med. 1998;17:957-976.
2. www.who.int/childgrowth/en
3. Engle WA; American Academy Of Pediatrics. Age Terminology During The Perinatal Period. Policy Statement. Pediatrics. 2004; 114:1362-4.

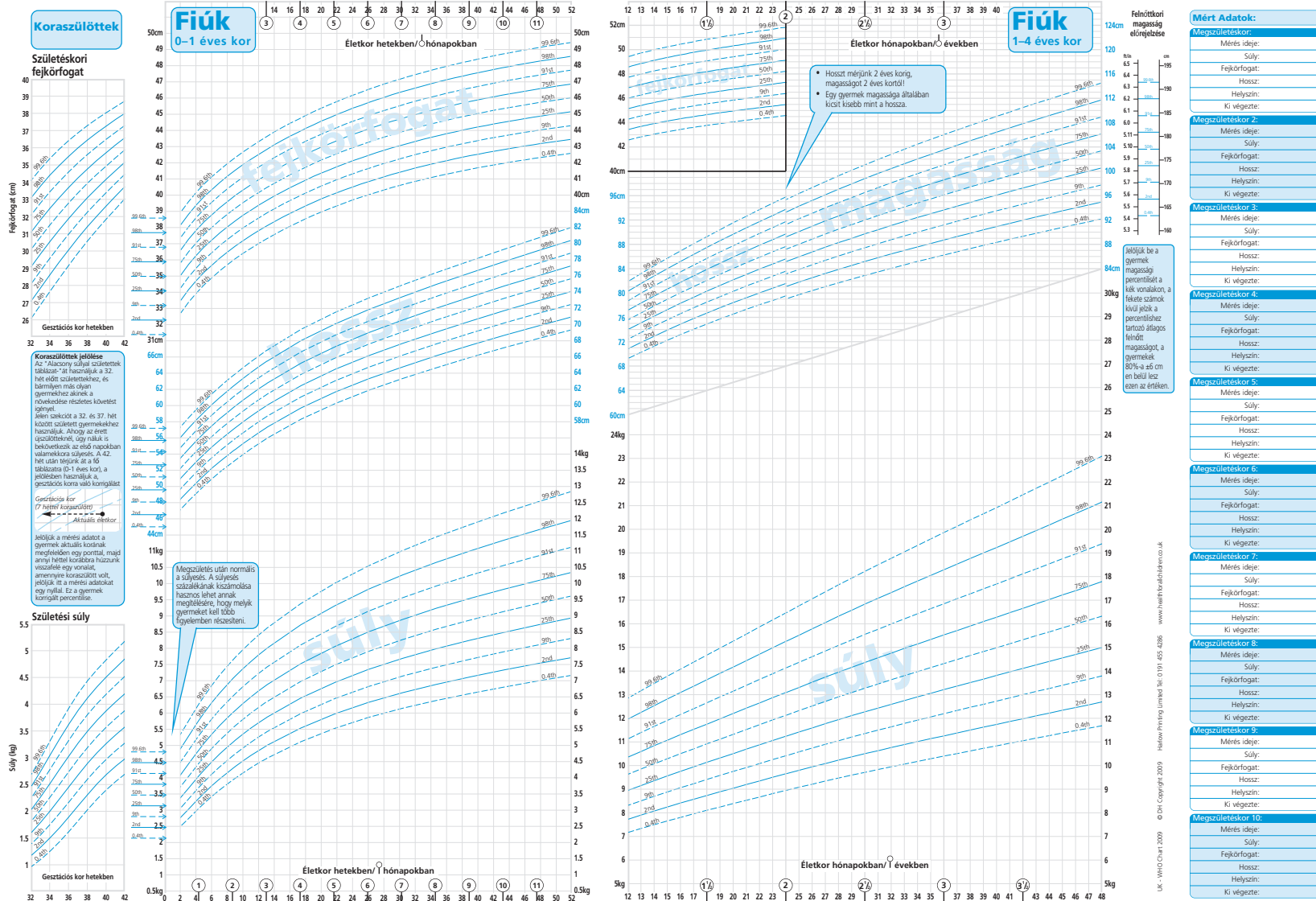
© Copyright RCPCH 2009



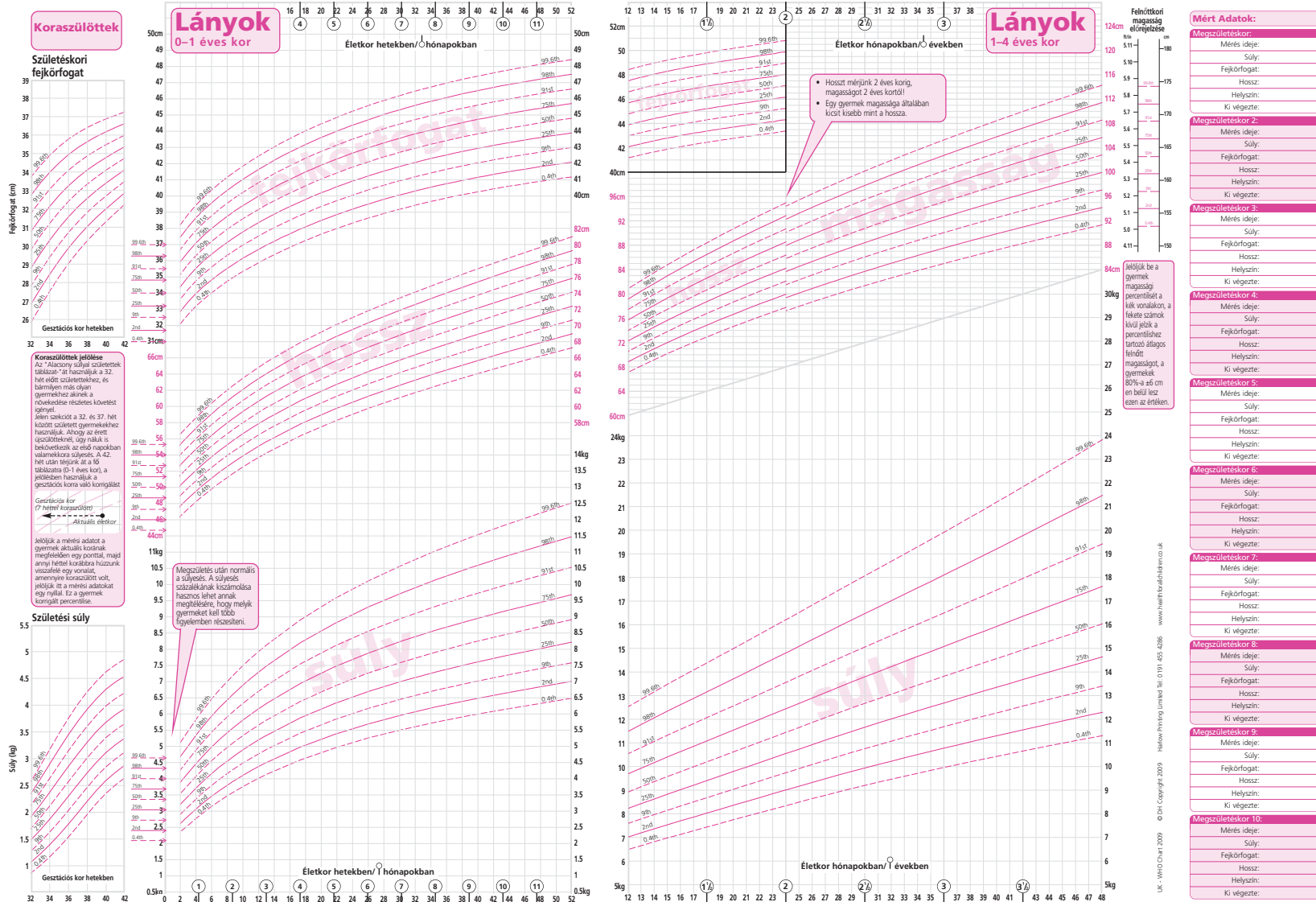
A dátum rubrikák ezen az oldalon naptári hónapok szerint vannak jelölve. Ha várható terminus 2010.01.23., akkor a 6 hónaphoz: 2010. 7. 23-át, a 7 hónaphoz 08.23-át írjunk, stb.

MANUFACTURE 1 Dec 19 UK-WHO/NCME/MAG Issue 2

3. ábra: Növekedési percentilis görbék 0–4 éves korú fiúk esetében [75]



4. ábra: Növekedési percentilis görbék 0–4 éves lányok esetében [75]



2. Hammersmith újszülött vizsgálati skála [77]**HAMMERSMITH CSECSEMŐ NEUROLÓGIAI VIZSGÁLAT (V 07.07.17)**

Név:

Születési dátum:

Gesztációs kor:

Vizsgálat dátuma:

Kronológiai kor/Korrigált kor:

Fejkörfogat:


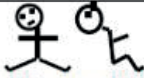
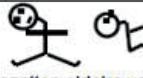





VIZSGÁLAT ÉRTÉKELÉSE
Globális pontszám (max 78)
Észlelt aszimmetriák száma
Viselkedési pontszám (nem része az optimalitási pontszámnak)

Agyidegek vizsgálata	pont	(max 15)
Poszturális helyzet	pont	(max 18)
Mozgás	pont	(max 6)
Izomtónus	pont	(max 24)
Reflexek és reakciók	pont	(max 15)
MEGJEGYZÉSEK		

Agyidegek vizsgálata**(Ha a vizsgálat során a válasz nem optimális, de nem elég gyenge ahhoz, hogy 1 pontot érjen el, adjon 2 pontot)**

	3 pont	2 pont	1 pont	0 pont	össz pont	Aszimmetria /Megjegyzés
Arckifejezések (nyugalomban, síráskor vagy stimulációra)	mosolyog, vagy az ingerekre lehunyja a szemét és grimaszol		becsukja a szemét, de nem szorosan, szegényes mimika	kifejezéstelen, ingerekre nem reagál		
Szemmozgások	normál, konjugált szemmozgás		Intermittálóan bulbus deviáció vagy kóros szemmozgások	Folyamatosan bulbus deviáció vagy kóros szemmozgások		
Vizuális válasz tárgykövetés fekete-fehér mintával	teljes ívben követi a tárgyat		részben vagy aszimmetrikus ívben követi a tárgyat	nem követi a tárgyat		
Hangingerre adott válaszreakciók a csörgő hangjára adott válasz	mindkét oldalon reagál a stimulusra		kétes reakció vagy aszimmetrikus válasz az ingerekre	nincs válasz		
Szopás/nyelés Szopás vagy cumizás, ha idősebb, evés közben végzett megfigyelés: társul-e köhögés, erős nyáladás	jó szopási és nyelési készség		gyenge szopási, és nyelési készség	nincs szopóreflex, nem nyel		

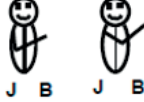







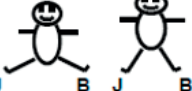



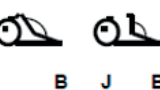

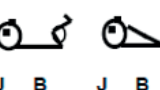

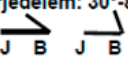

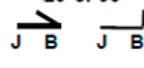

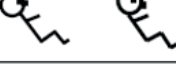


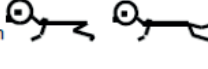


A posturalis helyzet vizsgálata (Figyeljen az aszimmetriára!)

	3 pont	2 pont	1 pont	0 pont	ö.p	Aszimmetria Megjegyzés	
Fej ülésben	 egyenes, kp.vonalban		 kissé oldalra vagy hátra vagy előre	 kifejezetten oldalra vagy hátra vagy előre			
Törzs ülésben	 egyenes		 enyhén ívelt vagy oldalra hajlított	 nagyon görbe	 hátrafelezít	 oldalra hajlít	
Karok nyugalomban	semleges helyzetben, középen egyenesen vagy enyhén hajlítva		Enyhe befelé vagy kifelé rotáció Intermittáló disztóniás testtartás	Kifejezett befelé vagy kifelé rotáció disztóniás/ hemiplégiás testtartás			
Kezek	nyitott tenyér		Intermittáló addukált hüvelykujj vagy ököktartás	Folyamatos addukált hüvelykujj vagy ököktartás			
Alsóvégtagok ülésben	egyenes háttal és egyenes vagy enyhén hajlított lábakkal képes ülni (stabil ülés)		egyenes háttal ül, de a térdek 15-20°-ban behajlítva	csak erősen behajlított térdekkel tud egyenesen ülni (instabil ülés)			
fekve és álló helyzetben	a lábak semleges helyzetben egyenesen vagy enyhén hajlítva	Enyhe befelé vagy kifelé rotál	csípőben kifelé vagy befelé rotál	Kifejezett kifelé vagy befelé rotál vagy fixált extenzió vagy flexió vagy kontraktúrák a térdben és csípőben			
Lábak fekve és álló helyzetben	neutral pozícióban középen a lábujjak a hajlítás és a nyújtás között egyenesek		Enye befelé vagy kifelé rotál Intermittáló lábujjhegyezési tendencia illetve lábujjakat görbíti felfelé vagy lefelé	Kifejezett a bokák kifelé vagy befelé rotálnak Folyamatos lábujjhegyezési tendencia illetve lábujjakat görbíti felfelé vagy lefelé			













Spontán mozgás vizsgálata

	3 pont	2 pont	1 pont	0 pont	össz. pont	Aszimmetria /Megjegyzés
„Mennyiségi” A fekvő csecsemő megfigyelése	„normális”		túlzott vagy lassú	minimalis vagy nincs		
„Minőségi” A csecsemő spontán akaratlagos motoros tevékenységének megfigyelése a vizsgálat ideje alatt	szadadon, lágyan alternáló mozgások		„szaggatott” enyhe tremor	– „feszes” és szinkron extensor spazmus – athetoid – ataxiás – kifejezett remegés – myoclonusok – disztóniás mozgás		

Izomtónus vizsgálata












	3 pont	2 pont	1 pont	0 pont	ó.p.	Aszim/Megj
Sál jel Fogja meg a csecsemő kezét húzza át a kart a mellkas előtt amíg ellenállást nem érez Figyelje meg a könyök helyzetét a középvonalhoz képest	Mozgásterjedelem: 			 vagy 		
Passzív vállemelés Fogja meg a csecsemő kezét és emelje fel a karját a feje mellett. Figyelje meg az ellenállást a vállnál és a könyöknél	az ellenállás legyőzhető 	az ellenállás nehezen győzhető le 	nincs ellenállás 	nem győzhető le az ellenállás 		
Pronáció/szupináció Rögzítse a felkart az alkar pronálása és szupinálása közben, figyelje az ellenállást	teljes pronáció és szupináció, nincs ellenállás		a teljes pronációval / szupinációval szembeni ellenállás leküzdhető	nem lehetséges teljes pronáció és szupináció kifejezett ellenállás		
Csípő adduktorok A csecsemő alsó végtagjait kinyújtva addig abdukálja, amíg lehetséges és jegyezze fel a végtagok által bezárt szöveget	terjedelem: 150-80° 	150-160° 	>170° 	<80° 		
Popliteális szög A csecsemő fenekét lent tartva hajlítsa a csípőben a végtagokat a hasra majd nyújtsa ki a térdeket amíg ellenállást nem tapasztal Jegyezze fel a comb és az alszár által bezárt szöveget	terjedelem: 150°-100° 	150-160° 	~90° or > 170° 	<80° 		
Boka dorszálflexió Nyújtott térd mellett hajlítsa fel a bokát, majd figyelje meg a lábfej és az alszár által alkotott szöveget	terjedelem: 30°-85° 	20-30° 	<20° or 90° 	> 90° 		
Ülésbe húzás Csuklójánál fogva húzza ülésbe a csecsemőt(a fejére figyeljen)						
Hason "függesztett" helyzet Teqye a tenyerét a csecsemő hasa alá és tartsa meg vízszintesen Figyelje meg a törzs és a végtagok helyzetét						

Reflexek és reakciók

	3 pont	2 pont	1 pont	0 pont	ö.p.	Aszim / Meg
<p>Védekező reakció Fekvésből húzza fel egyik karjáná fogva a csecsemőt(rögzítse az ellenoldali csípőt) Figyelje meg az ellenoldali kar reakcióját</p>	 kar és tenyér nyitva J B		 kar félig hajlítva J B	 kar teljesen behajlítva J B		
<p>Verticalis függesztés tartsa a csecsemőt a hónalj alatt a lábak ne érjenek semmi felülethez „csiklandozhatja” a lábfejet, hogy „stimulálja a rugdalást”</p>	 szimmetrikus rugdalózás		 egyik oldalon többet vagy gyengébben rugdalózik	 stimulálásra sem rugdalózik, vagy keresztez		
<p>Oldalra billentés (a felfelé néző végtagok helyzetét értékeljük).A csípőhöz közel tartsa a csecsemőt függőlegesen és döntse oldalra vízszintes helyzetig. Értékelje a fej,törzs, gerinc és a végtagok válaszreakcióit</p>	 J B	 B	 J B	 J B		
<p>"Ejtőernyő " reakció: Tartsa a csecsemőt függőlegesen és hirtelen billentse előre. Figyelje a felső végtagok reakcióját/szimmetriáját</p>	 (6 hónapos kor felett)		 (6 hónapos kor felett)			
<p>Inreflexek nyugalomban, ülő vagy fekvő helyzetben „kis reflexkalapáccsal</p>	biceps -patella -Achilles könnyen kiváltható	biceps -patella - Achilles kissé renyhébb	biceps -patella -Achilles renyhe	biceps -patella -Achilles nem váltható ki, vagy klónus		

2. rész

Motoros mérföldkövek (Ne pontozza; figyelje az aszimmetriát!)

Fej-kontroll	nem tudja egyenesen tartani a fejét norm. 3 hó-ig	"billeg" norm. 4 hó-ig	állandóan egyenesen tartja a fejét norm. 5 hó-tól			Vegye figyelembe azt az életkort amelyben a pácienst a maximális képességet eléri
Ülés	nem tud ülni	csípőtámasszal  norm. 4 hó korban	támaszkodva  norm. 6 hó korban	stabil ülés  norm. 7-8 hó korban	elfordul  norm. 9 hó korban	Megfigyelés: Aktuális életkor:
Akaratlagos fogás – figyelje az oldalt	nincs akaratlagos fogás	marok fogás	használja a mutató és hüvelykujját, de éretlen fogás	csipesz fogás		Megfigyelés: Aktuális életkor:
Rugdalózás háton fekve	nem rugdalózik	vízszintesen rugdalózik, de nem emeli fel a lábait	felemelt lábakkal rugdalózik  norm. 3 hó korban	megérinti a lábait  norm. 4-5 hó korban	megérinti a lábujjait  norm. 5-6 hó korban	Megfigyelés: Aktuális életkor:
Forgás - figyelje melyik irányba fordul	nem forog	oldalára fordul norm. 4 hó korban	hasáról a hátára norm. 6 hó korban	hátáról a hasára norm. 6 hó korban		Megfigyelés: Aktuális életkor:
Kúszás/mászás jegyezze, ha fenéken csúszik	nem emeli a fejét	könyéken támaszt  norm. 3 hó korban	nyújtott kézzel támaszkodik  norm. 4 hó korban	hason kúszik  norm. 8 hó korban	négykéztéren mászik  norm. 10 hó korban	Megfigyelés: Aktuális életkor:
Állás	nem tartja meg a súlyát	megtartja a súlyát norm. 4 hó korban	kapaszkodva megáll norm. 7 hó korban	segítség nélkül áll norm. 12 hó korban		Megfigyelés: Aktuális életkor:
Járás		rugózik norm. 6. hó korban	segítséggel lépeget norm. 12 hó korban	önállóan elindul norm. 15 hó-tól		Megfigyelés: Aktuális életkor:

3. rész

Viselkedés (Ne pontozza!)

	1	2	3	4	5	6	Megjegyzés
Tudatállapot	ingerekre nem reagál	aluszékony	alszik, de könnyen ébred	Éber, de nem érdeklődő	elveszti az érdeklődését	Folyamatosan érdeklődő	
Érzelmi állapot	irritábilis nem vigasztalható	irritábilis, a szülő meg tudja vigasztalni	a közeledés irritálja, nyugtalanná válik	nem elégedett de nem is elégedetlen	Elégedett és mosolyog		
Szociális orientáció	elkerülő, visszahúzó	tétovázó	elfogadja a közeledést	barátságos			

1.3. Táblázatok

1. táblázat: Az intraventricularis vérzés (IVH) osztályozása a koponyaultrahang alapján [78]

Az intraventricularis vérzés (IVH) osztályozása a koponyaultrahang alapján		
Papile-féle osztályozás	Fokozat	Volpe-féle osztályozás
subependymalis vérzés kis kamravérzéssel vagy anélkül	I.	germinális matrix vérzés, az oldalkamra 10%-a érintett
definitív kamravérzés kamratágulat nélkül	II	kamravérzés, az oldalkamra térfogatát 10–50%-ban tölti ki
kamravérzés következményes kamratágulattal	III	az oldalkamra > 50%-át kitöltő kamravérzés + oldalkamra tágulat
a kamrából az állományba terjed a vérzés	IV.	periventrikuláris echodenzitás fokozódás- parenchyma laesiót jelez (infarctus)

2. Táblázat: A HIE módosított Sarnat féle klinikai stádiumbeosztása [79]

A HIE módosított Sarnat féle klinikai stádiumbeosztása			
	Enyhe (I. stádium)	Közepes (II. stádium)	Súlyos (III. stádium)
Tudatzavar mértéke	Alternáló (fokozott éberség, lethargia, irritábilis)	lethargia, tompaság	stupor/coma
Neuromuszkuláris kontroll			
izomtónus	normális	hypotoniás	flacid/petyhüdt
poszturális helyzet	normális	dekortikációs tartás (fv.: flexió, av: extensio)	intermittáló decerebrációs tartás
ínreflexek	normal/élénk	élénk/csökkent	hiányzik
szegmentális myoclonus	van	van	hiányzik
Komplex reflexek			
szopóreflex	gyenge	gyenge/hiányzik	hiányzik
Moro reflex	kifejezett, alacsony ingerküszöb	gyenge, inkomplett, magas ingerküszöb	hiányzik
oculovestibularis reflex	normál	„overactive”	gyenge/hiányzik
tónusos nyaki reflex	enyhe	fokozott	hiányzik
Autonom funkciók	generalizált szimpatikus	generalizált paraszimpatikus	mindkét rendszer deprimált
Pupillák	mydriasis	myosis	változó: anisocoria, renyhe fényreakciók

A HIE módosított Sarnat féle klinikai stádiumbeosztása			
Szívfrekvencia	tachycardia	bradycardia	változó
Bronchus szekekráció, nyáleválasztás	minimális	profúz	változó
GI motilitás	normal/csökkent	fokozott/diarrhoea/	változó
Rohamok/görcsök/	nincs	gyakori (fokális/multifokális)	késleltetett
EEG	normál (éber)	korai: alacsony feszültségű folyamatos theta-delta később: periódikus ébrenléti minta rohamok: fokális 1Hz-es túske-hullám	korai: periódikus minta 5uV alatti szakaszokkal (burst supression) később: teljesen isoelektromos (5uV alatti)
Időtartam	1–3 nap típusosan 24 óra	2–14 nap	órától hetekig

3. táblázat: Spaszticitás kezelése a rehabilitáció során [saját szerkesztés]:

Terápia	Életkor	Betegcsoport	Indikáció	Nyomon követési ellátás	Eredmény	Mellékhatás
Orális baclofen	bármely életkor leggyakoribb 2–5 év	teljes testet érinti a spaszticitás	súlyos spaszticitás	rehabilitáción spaszticitás csökkentése	spaszticitás csökkenése	szedáció, gyengeség
Botulinum toxin	bármely életkor leggyakoribb 2–10 év	spaszticus izmok	fokális spaszticitás vagy túl fiatal a többi beavatkozáshoz	mozgástartományt, nyújtást, erősítést segítő gyakorlatok	hatás 3–6 hó, eredményeként javul a járás és ADL	nem nyilvánvaló
Intra- tecalis baclofen	3 év felett, ha elég nagy a pumpa behelyezéséhez	teljes test spaszticitás vagy dystonia	súlyos spaszticitás, ami zavarja a funkciót vagy a betegellátást	mozgás- tartomány fokozása	kevesebb ortopédiai műtét szükséges, ápolás, gondozás, ültethetőség javul	infekció, liquor szivárgás
Ortopédiai műtét	3–8 év lágyrész 7–12 év csontos	minden spaszticus típusban	contractura, deformitás	erősítés	jobb járás	ismétlődés, gyengeség
Szelektív dorsalis rhizotomia (SDR)	4–10 év	spaszticus diplegia, tiszta spaszticitás	spaszticitás zavarja a járást	intenzív fizioterápia	feszesség csökkenése	scoliosis fokozódik, csípőinstabilitás, inkontinencia kockázata

4. Táblázat: Fájdalom score [80]

Újszülöttek fájdalmának, szedált/agitált státuszának értékelése az N-PASS-skála alapján:

Értékelés kritériumai	szedáltság -1	szedáltság -2	normál 0	fájdalom/agitáltság 1	fájdalom/agitáltság 2
Sírás, irritabilitás	fájdalom ingerre nem sír	bágyadtság, fájdalom ingerre erőtlen sírás	adekvát sírás, irritabilitás nélkül	irritabilis, szakaszosan sír, vigasztalható	hangos vagy halk folyamatos, vigasztalhatatlan sírás
Spontán viselkedés	nincs spontán mozgás, nincs válaszreakció semmilyen ingerre	ingerekre minimális válaszreakció, kevés spontán mozgás	gesztációs időnek megfelelő, adekvát válasz	gyakran ébred, nyugtalan, vonagló spontán mozgások	folyamatosan ébren van vagy nehezen ébreszthető, rugdos, ívben hátrafeszl, ingerekre minimálisan reagál
Arckifejezés	laza szájtartás, mimikaszegény arc	ingerekre minimálisan aktiválódó mimika	nyugodt, adekvát kifejezés	szakaszosan megfigyelhető, fájdalmas arckifejezés	folyamatosan fájdalmas arckifejezés
Végtagok tónusa	petyhüdt tónus, nincs fogóreflex	csökkent izomtónus, gyenge fogóreflex	laza kéztartás, normál végtagi tónus	szakaszosan ökölbesorított kezek, az izomtónus generalizáltan nem fokozott	kezek folyamatosan ökölbe szorítottak, generalizált izomtónus fokozódás
Élettani paraméterek	ingerekre nincs változás, hypoventilatio vagy apnoe	<10% variabilitás az alapértékhez képest	gesztációs kornak megfelelő, normál alapérték	a variabilitás >10–20% az alapértékekhez képest, ingerekre az O ₂ sat. 76–85%-ra csökken, majd gyorsan emelkedik	ingerekre O ₂ sat. ≤75%, lassan emelkedik, irregularis légzés

1.4. Algoritmusok

1. algoritmus: Magas rizikójú új- és koraszülöttek utánvizsgálata [saját szerkesztés]

Korrigált kor

ÉLETKOR	PIC p.m. 23-44.	HAZA ADÁS	p.m.40	Haza adás után 1 hó	Haza adás után 2 hó	3 hó	4 hó	5 hó	6 hó	9 hó	12 hó	18 hó	24 hó	30 hó	36 hó	4 év	5 év	6 év
VIZSGÁLATOK																		
NEONATOLÓGIA	foly.	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X					
NEUROLÓGIA	sz.e	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X		sz.e	sz.e
SZEMÉSZET	fényvédé em- szemfenék vizsgálat: - 30-31. p.m. hétől* - 4.5. héndől**		X		lsd, ROP irányelv				X	X	X	X	X		ROP irányelv alapján	X	X	X
AUDIOLÓGIA	vajvédelem	szűrő BERA		sz.e BERA BAEP		X			X		X	X	X	X	X		X	X
hallásszűrés irányelv alapján																		
ORTOPÉDIA	sz.e				X							X						
stabil járás kialakulásakor																		
LABOR				X							X		X		X			
KOPONYA ULTRAHANG	24-48 óra 72-96 óra 10-11 nap hetente	X	X	X		X												
gondozó neurológus véleménye alapján																		
MOZGÁS- TERAPEUTA	sz.e	X		X		X			X		X	X	X		X			
alapozó terápiás vizsgálat																		
GYÓGY- PEDAGÓGIA Tanácsadás						X												
BAYLEY III/II							X		X		X	X	X		X	X	X	X
CP tünetei esetén																		
CP dg. esetén																		
ANYAG- CSERESZÜRÉS	X	X ^(***)		X														

*születéskor a gesztációs kor <27 hét

**születéskor a gesztációs kor 27-32 hét

*** a 32. hét előtt születetteknel 2 hetes életkorban ismétlés szükséges.

*** bármely gesztációs kornál 48 óras életkor előtt megkezdett parenterális táplálás, transzfúzió, vagy vércsere esetén annak megkezdése előtt mintavétel szükséges, ismétlés két hetes és 60 napos életkorban történjen.

-p.m. : postmenstruációs kor hetekben megadva

-sz.e. : szükség esetén

2. algoritmus: Közepes rizikójú új- és koraszülöttek utánvizsgálata [saját szerkesztés]

Korrigált kor

ÉLETKOR	PIC p.m. 33-36	HAZA ADÁS	Korrigált természet p.m. 40	Haza adás után 1 hó	Haza adás után 2 hó	3 hó	4 hó	5 hó	6 hó	9 hó	12 hó	18 hó	24 hó	30 hó	36 hó	4 év	5 év	6 év
VIZSGÁLATOK																		
NEONATOLÓGIA	foly.	X			X		X		X		X	X	X					
NEUROLÓGIA	sz.e	X			X		X		X		X	X	X					
SZEMÉSZET	fényvédő:em szemfonók vizsgálat: - 4-5. héttől	X	X								X	X	X		X RCF alapján	X	X	X
AUDIOLÓGIA	zajvédelem	szűrő BERA		X védőnői szűrés		X védőnői szűrés			X		X	X	X	X védőnői szűrés	X védőnői szűrés		X védőnői szűrés	X védőnői szűrés
hallásszűrés irányelv alapján →																		
ORTOPÉDIA	sz.e				X								X	stabil járás kialakulásakor				
LABOR				X			X				X							
KOPONYA ULTRAHANG	24 48 óra sz.e ism	X		X	gondozó neurológus véleménye alapján →													
MOZGÁS- TERAPEUTA		X		X		X	X				X	X	X		X	alapozó terápiás vizsgálat →		
GYÓGY- PEDAGÓGIA Tanácsadás						X			X		X	X	X		X	X	X	X
BAYLEY III/II									X		X	X	X		X	X	X	X sz.e ismétlés
REHABILITÁCIÓS SZAKVIZSGÁLAT											CP tünetei esetén	CP dg. esetén →						
ANYAG- CSERESZÜRÉS	X X ^(*)																	

-p.m. : postmenstruációs kor hetekben megadva
-sz.e.: szükség esetén

*a 32. hét előtt születetteknek 2 hetes életkorban ismétlés szükséges.

* bármely gesztációs kornál 48 óras életkor előtt megkezdett parenterális táplálás, transzfúzió, vagy vércsere esetén annak megkezdése előtt mintavétel szükséges, ismétlés két hetes és 60 napos életkorban történjen.

3. algoritmus: Alacsony rizikójú új- és koraszülöttek utánvizsgálata [saját szerkesztés]

Korrigált kor

ÉLETKOR	PIC p.m. 37-40.	HAZA ADÁS	Haza adás után 6.hét	3 hó	6 hó	12 hó	18 hó	24 hó	30 hó	36 hó	5 év	6 év
VIZSGÁLATOK												
NEONATOLÓGIA	foly.	X		X	X	X		X	X			
NEUROLÓGIA	sz.e	X		X	X	X		X				
SZEMÉSZET		X					X					X
AUDIOLÓGIA		szűrő BERA	X védőnői szűrés	X védőnői szűrés	X	X	X	X	X	X	X védőnői szűrés	X védőnői szűrés
ORTOPÉDIA			X			X Stabil járás						
LABOR	sz.e	egyéni megítélés alapján										
KOPONYA ULTRAHANG	24-48 óra sz.e. ism	X	gondozó neurológus véleménye alapján									
MOZGÁS-TERAPEUTA		X		X		X		X	X	alapozó terápiás vizsgálat		
GYÓGY-PEDAGÓGIA Tanácsadás						X		X	X	X	X	X
BAYLEY III/II						X		X		X	X Sindelar	X Sindelar ismétlés
REHABILITÁCIÓS SZAKVIZSGÁLAT						CP tünetei esetén	CP dg. esetén					
ANYAG-CSERESZŰRÉS	X X ^(*)											

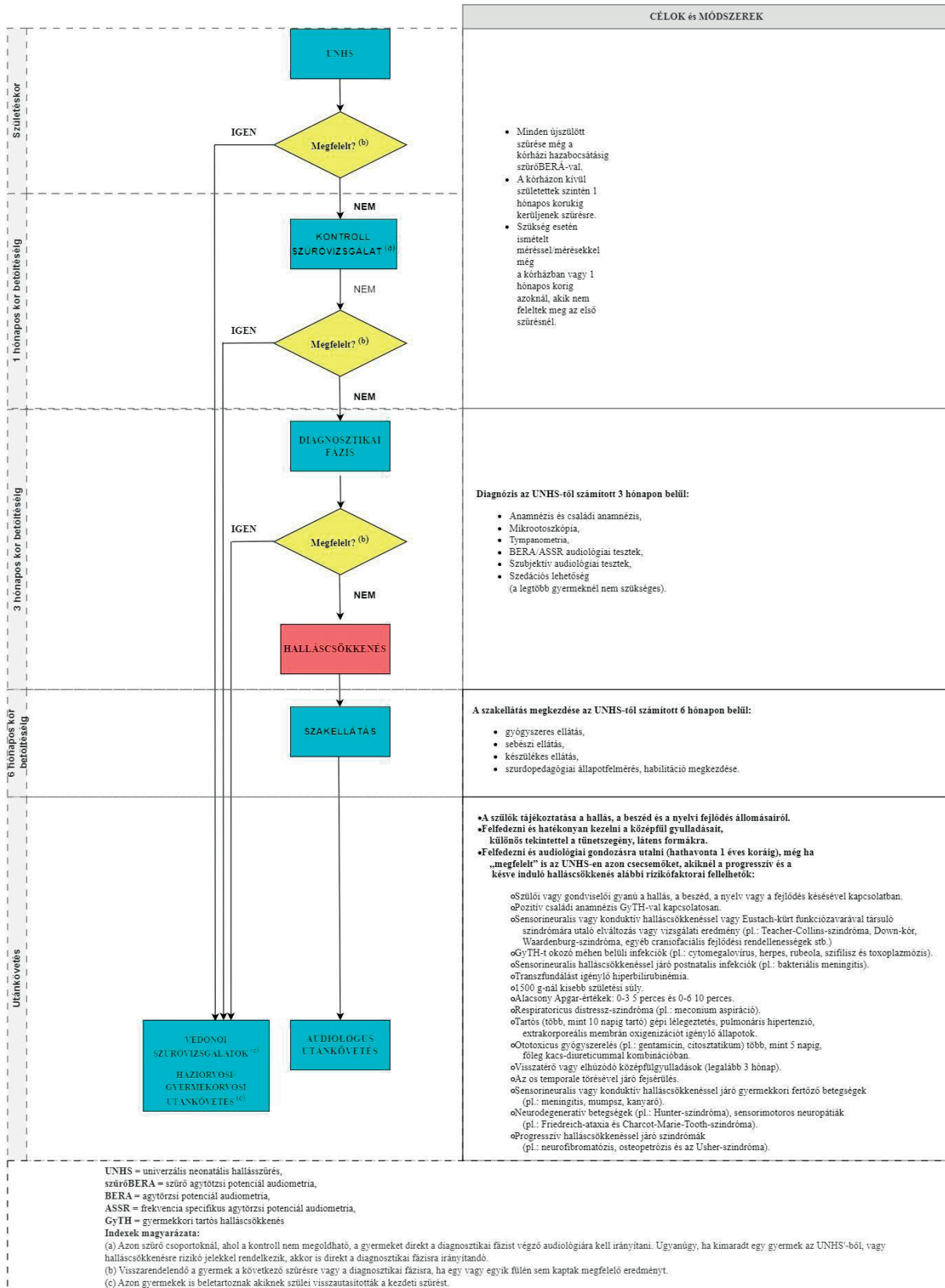
-p.m. : postmenstruációs kor hetekben megadva
-sz.e. : szükség esetén

*a 32. hét előtt születetteknél 2 hetes életkorban ismétlés szükséges.

* bármely gesztációs kornál 48 óras életkor előtt megkezdett parenterális táplálás, transzfúzió, vagy vércsere esetén annak megkezdése előtt mintavétel szükséges, ismétlés két hetes és 60 napos életkorban történjen.

4. algoritmus: Az univerzális neonatális hallásszűrés, diagnózis, az ellátás és az utánkövetés (diagnosztikai algoritmus) [38]

HALLÁSVIZSGÁLATOK ALGORTMUSA ÉS A KAPCSOLÓDÓ TOVÁBBI FELADATOK



1.5. Egyéb dokumentumok

Mentorhálózat, mentorprogram

Magyarországon 2017-ben, Európai Unió támogatással jött létre a Mentorhálózat, ahol a koraszülöttek és rizikó újszülöttek utógondozását szervezett keretek között végzik, bevonva ebbe a családokat és képzett mentorokat is. A koramentorházak, a koramentorság, a mentor-modell fókuszában a koraszülött gyermek és családja áll, de nagy szerepet kapnak az egészségügy, köznevelés, szociális szféra területén dolgozó szakemberek. A mentor-modellben a családközpontúság, családcentrikus megközelítés azt jelenti, hogy a fókusz nemcsak a koraszülött gyermekre vagy nemcsak a krízisben lévő szülőre irányul, hanem sokkal inkább arra az egységre, amelyben a család funkcionalitásának egyes szegmenseiben szükséges új kompetenciákat megszerezni. A mentor-modellnek van egy olyan híd szerepe, amely próbálja összekötni a koraszülő család útját, életeseményeit a várandós időszakról, a PIC-en átvezetve a PIC-ről történő hazaadás utáni időszakig, hogy a családi funkciók minél optimálisabbak tudjanak maradni.

A mentorok/koramentorok olyan laikus sorstársi segítők (sorstárs szülők), akik maguk is végigjárták azt a nehéz utat, amelyben koraszülötként jött világra a gyermekük, mindannyian ezen az úton haladnak most is, de már van egy időbeli távlatuk a korai, sok esetben traumatikus életkezdet időszakára. A mentorok laikus, sorstársi segítők, akik vállalták, hogy 30 órás tréning jellegű képzésükben bejárják egy önismereti utat, elsajátítanak kommunikációs készségeket, rendszeres szupervízió és esetmegbeszélésen vesznek részt. A koraszülői sorstársi segítők, mentorok jelentik a tanácsadó, támogató munka alapjait. A koraszülött osztályokon a korai krízis intervenciót pszichológus végzettségű mentorok végzik, mivel a szülés utáni napok lelki válsága olyan mély és súlyos lehet, hogy sokszor nem elégséges a sorstárs együttérzés és tapasztalat.

Számos olyan civil szervezet működik, melyek sérülésspecifikusan igyekeznek képviselni az érintettek érdekeit, mentális segítséget nyújtani a fogyatékkal élő gyerekek szüleinek, ők szintén foglalkoznak mentorszülő képzéssel (pl. AOSZ, Down Alapítvány, Napfogyatkozás Egyesület, Lépjünk, hogy léphessenek).

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve egységes nevezéktan bevezetéséről a laboratóriumi diagnosztikában

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002313
Érvényesség időtartama:	megjelenést követő 3 év

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Orvosi Laboratórium Tagozat

Prof. Dr. Miseta Attila János a klinikai laboratóriumi vizsgálatok szakorvosa, elnök, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Dr. Bekő Gabriella az orvosi laboratóriumi diagnosztika, az orvosi mikrobiológia, a laboratóriumi hematológia és immunológia szakorvosa, társszerző

Dr. Bhattoa Harjit Pal, az orvosi laboratóriumi diagnosztika, a laboratóriumi hematológia és immunológia szakorvosa, társszerző

Dr. Nagy Tamás az orvosi laboratóriumi diagnosztika szakorvosa, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Aneszteziológia és intenzív terápia Tagozat

Prof. Dr. Molnár Zsolt, aneszteziológia és intenzív terápia szakorvosa, elnök, véleményező

2. Belgyógyászat, endokrinológia, diabétesz és anyagcserebetegségek Tagozat

Dr. Bedros J. Róbert, reumatológia és fizioterápia, belgyógyászat, hipertoniológia, lipidológia, obezitológia szakorvosa, elnök, véleményező

3. Háziorvostan Tagozat

Dr. Szabó János, háziorvostan, foglalkozás-orvostan (üzemorvostan) szakorvosa, elnök, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértettek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői:

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem kerültek bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem kerültek bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Nem kerültek bevonásra.

Független szakértő(k):

Nem kerültek bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:	Minden laboratóriumi diagnosztikát igénylő téma terület.
Ellátási folyamat szakasza(i):	Diagnosztika
Érintett ellátottak köre:	Minden korcsoport laboratóriumi diagnosztikát igénylő megbetegedései.
Érintett ellátók köre	
Szakterület:	<ul style="list-style-type: none"> 01 Belgyógyászat 02 Sebészet 04 Szülészet-nőgyógyászat 05 Csecsemő- és gyermekgyógyászat 06 Fül-orr-gégegyógyászat 07 Szemészet 08 Bőrgyógyászat 09 Neurológia 10 Ortopédia-traumatológia 11 Urológia 12 Klinikai onkológia 13 Fogászati ellátás 14 Reumatológia 15 Aneszteziológiai és intenzív betegellátás 16 Infektológia 17 Arc-, állcsont- szájszészet 18 Pszichiátria 19 Tüdőgyógyászat (pulmonológia) 20 Plasztikai és égéssebészet 22 Rehabilitációs medicina 23 Gyermek- és ifjúságpszichiátria 25 Foglalkozás-egészségügyi ellátás 26 Sportorvoslás 40 Kardiológia 46 Sürgősségi betegellátás 50 Laboratóriumi diagnosztika 51 Képképző diagnosztika és radiológiai terápia: röntgendiagnosztika és -terápia 52 Intervenciós radiológia 53 Képképző diagnosztika és radiológiai terápia: ultrahang-diagnosztika és -terápia 54 Patológia és kórszövettan 55 PET-MRI eljárás 56 Speciális terápia 57 Fizioterápia 60 Szövet- és sejtbanki tevékenység 61 Transzfúziológia és véradó szolgálat 62 Mentés és betegszállítás 63 Háziorvosi ellátás 64 Rend- és honvédelmi alapellátás 65 Nukleáris medicina (izotópdiaagnosztika és terápia) 67 Klinikai genetika (humángenetika) 70 Klinikai farmakológia és intézeti gyógyszerellátás 71 Szakpszichológia 73 Betegápolás 76 Dietetika 79 Védőnői ellátás

	80 Kiegészítő gyógyászati tevékenységek (külön jogszabály alapján meghatározott képesítéssel és tartalommal) – nem konvencionális gyógyászati módok
	93 Honvédorvostan, katasztrófa-orvostan és rendvédelem orvostan
	94 Megelőző orvostan és népegészségtan
	95 Igazságügyi orvostan
	96 Népegészségügyi célú szűrések
	97 Repülőorvostan
Ellátási forma:	A1 alapellátás, alapellátás A2 alapellátás, ügyeleti ellátás J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás J2 járóbeteg-szakellátás, egynapos beavatkozás J3 járóbeteg-szakellátás, jellemzően terápiás beavatkozást végző szakellátás J5 járóbeteg-szakellátás, betegek otthonában végzett szakellátás J6 járóbeteg-szakellátás, változó helyszínen végzett ellátás J7 járóbeteg-szakellátás, gondozás J8 járóbeteg-szakellátás, nappali ellátás D1 diagnosztika, diagnosztika F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás F5 fekvőbeteg-szakellátás, nappali kórházi ellátás E1 egyéb szolgáltatás, bentlakásos szociális vagy gyermekvédelmi intézményben szervezett egészségügyi ellátás E2 egyéb szolgáltatás, fegyveres és rendvédelmi szervek egészségügyi ellátása (dolgozók és fogvatartottak alapellátása) E3 egyéb szolgáltatás, önálló „megelőző egészségügyi ellátások” E6 egyéb szolgáltatás, az előzőekbe be nem sorolható ellátások
Progresszivitási szint:	I., II., III. progresszivitási szint
Egyéb specifikáció:	Nincs.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

A magyarországi laboratóriumi vizsgálatok nevezéktanának egységesítése az ún. LOINC kódon (Logical Observation Identifiers Names and Codes - Logikai Megfigyelési Azonosítók, Nevek és Kódok) alapul. A LOINC egy közös, nemzetközi nyelv (azonosítók, nevek és kódok), mely laboratóriumi mérések, megfigyelések és dokumentációk leírására szolgál.

2. Rövidítések

EESZT:	Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér
ESZFK:	Egészséginformatikai Szolgáltató és Fejlesztési Központ
HIS/(KIR):	Hospital Information System/Kórházi Informatikai Rendszer
LIS/(LIR):	Laboratory Information System/Laboratóriumi Informatikai Rendszer
LOINC:	Logical Observation Identifiers Names and Codes (Logikai Megfigyelési Azonosítók, Nevek és Kódok)
OENO:	Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása
OKFŐ:	Országos Kórházi Főigazgatóság
SNOMED:	Systematized Nomenclature of Medicine

3. Bizonyítékok szintje

Jelen egészségügyi szakmai irányelv háttérében nem lelhetőek fel hagyományos tudományos bizonyítékok, az eredmények pl.

- olyan magas minőségű meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak,

- olyan kohorsz és eset-kontroll vizsgálatokból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti kapcsolat nagy valószínűséggel nem okozati jellegű.

4. Ajánlások rangsorolása

Jelen egészségügyi szakmai irányelvben az ajánlások rangsorolását az ajánlások megfogalmazásában alkalmazott nyelvi jellemző tükrözik. Az ajánlások erőssége a „kell”, mint legerősebb, kötelező ajánlás rangsoraként jelenik meg.

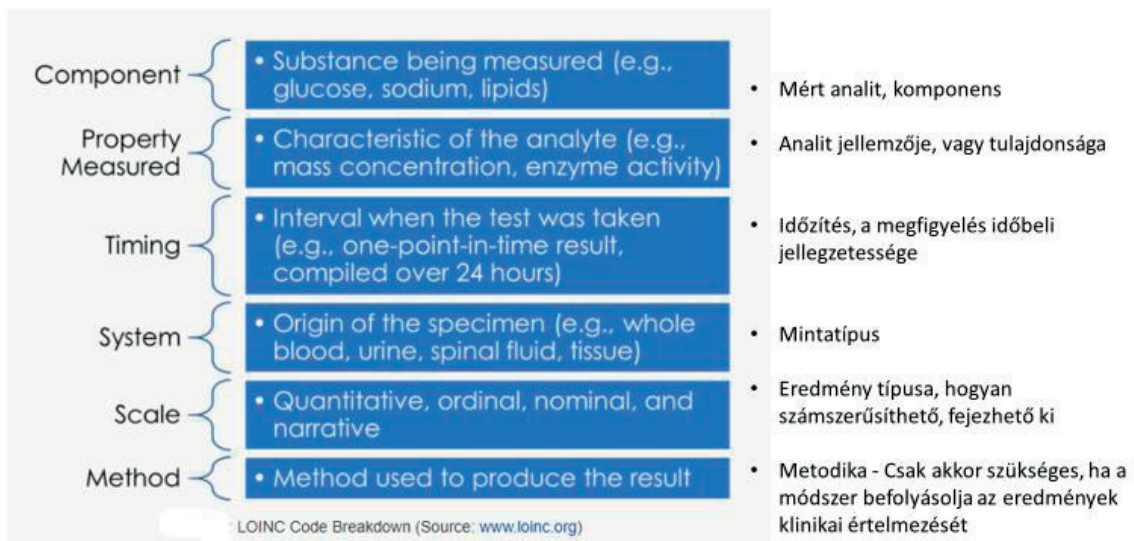
V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

A hazai laboratóriumi vizsgálatkérések még részben papír alapúak, csakúgy mint az eredményközlések. A laboratóriumi információs rendszerek (LIS) és a kórházi informatikai rendszerek (HIS) meglehetősen heterogének. A nevezéktan számos laboratóriumban részben magyaros, másutt inkább latinus kifejezéseket használ az egyes analitokra, vizsgálatokra. Az egységes nevezéktan szerint paraméterezett vizsgálatok esetén a vizsgálatkérések és a vizsgálati eredmények minden laboratóriumban egységesek lesznek, egy adott elnevezés alatt minden laboratórium ugyanazt a vizsgálatot érti. A magyarországi laboratóriumi vizsgálatok nevezéktanának egységesítése az úgynevezett LOINC kódon (Logical Observation Identifiers Names and Codes - Logikai Megfigyelési Azonosítók, Nevek és Kódok) alapul. A LOINC egy közös, nemzetközi nyelv (azonosítók, nevek és kódok), mely laboratóriumi mérések, megfigyelések és dokumentációk leírására szolgál.

1. ábra: LOINC név felépítése [4]

LOINC név felépítése:



Példa: **Glucose [Moles/volume] in Serum or Plasma --1 hour post 75 g glucose PO**

A LOINC adatbázisban [4] 2024 októberében már több, mint 99 000 különböző vizsgálat szerepel. Ingyenesen használható, az adatbázis évente két alkalommal frissül, továbbá lehetőség van javaslatok tételére is a szükséges kódok területén. Az angolon kívül jelenleg 19 nyelvi fordítása jelent meg.

2. Felhasználói célcsoport

Minden olyan orvos és egészségügyi szakember, aki jogosult adott betegség-, illetve betegcsoportnak laboratóriumi diagnosztikai vizsgálatot elrendelni a felhasználói célcsoportba tartozik. A vizsgálatkérések és eredményközlések egységesítése egyszerre szolgálja a pre- és posztanalitikai hibák számának a csökkentését. Csökkentheti a felesleges duplikált vizsgálatkéréseket. Megfelelő informatikai háttér esetén a hatékonyabb és gyorsabb vizsgálatkérést és eredményközlést segíti elő. Ugyancsak segíti a létrehozott laboratóriumi paraméterek kutathatóságát és ezen

keresztül a hatékonyabb gyógyítást, megelőzést. Nem közvetlen módon bár, időt és lehetséges utazásokat takarít meg, melyek jelentős megtakarítással is járhatnak.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k)/Tudományos szervezet: LOINC Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC)
Cím: The international standard for identifying health measurements, observations, and documents.
Elérhetőség: https://loinc.org

196 országban használt kódrendszerről van szó, több mint 220 000 regisztrált felhasználóval és bár vannak más kódrendszerek is, pl. SNOMED, a vizsgálatkérésnél és leletközlésnél talán a legfelhasználóbarátabb kódrendszer, ami folyamatosan bővül és a hazai laboratóriumi szakemberek véleménye szerint alkalmas a feladat jövőbemutató végrehajtására. A kódrendszer a nemzetközi LOINC rendszeren alapul [4].

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv a közzététel időpontjában minden olyan irányelvvel kapcsolatban áll, ahol laboratóriumi vizsgálatkérés és eredményközlés történik.

Azonosító:	002102
Cím:	A multimorbid geriátriai betegek ellátásáról és kezeléséről
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2021, Eük 19.
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index
Azonosító:	002103
Cím:	Geriátriai readaptáció a multimorbid idős betegek önellátó képességének javítására
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2021, Eük 22.
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index
Azonosító:	002190
Cím:	A differenciált pajzsmirigy-rák diagnosztikája és kezelése
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2021. Eük 24.
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index
Azonosító:	002164
Cím:	A szisztémás lupus erythematosus diagnosztikájáról, kezeléséről és gondozásáról III.
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2022, Eük 4.
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index
Azonosító:	002201
Cím:	A neuroendokrin tumorok nukleáris medicina diagnosztikai és terápiás ellátásáról
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2022. Eük 17.
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index
Azonosító:	002168
Cím:	A thrombotikus thrombocytopeniás purpura (TTP) és a haemolytikus uraemiás szindróma (HUS) kezeléséről - II
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2022. Eük 18.
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index

Azonosító:	002222
Cím:	A spinális muscularis atrophia diagnosztikájáról, klinikumáról, a betegek kezeléséről, rehabilitációjáról és komplex gondozásáról
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2023. Eük 3.
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index
Azonosító:	002219
Cím:	A Crohn-betegség terápiás stratégiája
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2023, Eük 14.
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index
Azonosító:	002150
Cím:	Szájgarat daganatok
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2023, Eük 18.
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index
Azonosító:	002266
Cím:	A fenyegető koraszülés diagnózisáról, megelőzéséről és a kezeléséről
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2023, Eük 23.
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index
Azonosító:	002143
Cím:	A Parkinson-kór és a parkinsonizmus kezelése
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2024. Eük 6.
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index
Azonosító:	002202
Cím:	Az epilepsziás rohamok és epilepszia felismeréséről, kezeléséről és az epilepsziás betegek gondozásáról- II
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2024. Eük 7.
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index
Azonosító:	002234
Cím:	Koraszülöttek enterális és parenterális táplálása
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny, 2024. Eük 11.
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aEEK.hu/Iranyelvek/Index

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

A LOINC kódoláson alapuló nevezéktan két, folyamatosan bővülő, egymással komplementer táblázatot tartalmaz; 1) vizsgálatkérés, 2) eredmény.

Ajánlás1

A vizsgálatkérés táblázatnak tartalmaznia kell az alábbiakat:

Kérés azonosító (ID), Hosszú név, Szakterület, Elemi/panel vizsgálat, OENO kód, LOINC kód, kiegészítően megadandó paraméter vagy kiegészítő adat a kéréshez*, Mintatípus. (kell)

A kéréslap egységes kérésrendet tartalmaz.

Ajánlás2

A eredmény táblázatnak tartalmaznia kell az alábbiakat:

Eredmény azonosító (ID), Eredmény név, Rövid egyedi kód, Elemi/csoport, mértékegység*, UCUM code*, LOINC kód, OENO kód, Hozzárendelt kérés azonosító(k) (ID), Kérés(ek) (hosszú név), Szakterület#, Minta típus#, Csoport azonosító (ID)*, Csoport név*. (kell)

A lelet egységes leletsorrendet tartalmaz. A leletsorrend prioritása a szakterület, csoportok, azon belül pedig a LOINC munkacsoport (lásd alább) szakmai konszenzuson alapuló döntése alapján kerül kialakításra.

* Opcionális adatok

Meg kell egyeznie a hozzárendelt kérés(ek) ugyanezen paraméterével

Ugyanazon kéréshez több eredmény is tartozhat. Egy eredmény szintén tartozhat több kéréshez. Az eredmények eltérhetnek módszertanukban, amennyiben a módszer befolyásolja az eredmények klinikai értelmezését, mintatípusukban, mértékegységükben, illetve panel esetén a megadott paraméterek számában. Az eltérés természete megjeleníthető az eredmény névben, de mindenképpen meg kell jelennie a LOINC kódban, azaz két eredményhez, mely bármely paraméterében különbözik egymástól, nem rendelhető ugyanolyan LOINC azonosító.

A vizsgálatok elnevezésénél a nomenklatúráról a LOINC munkacsoport dönt.

VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

A LOINC kódolást illetően az adatbázis gondozása a LOINC munkacsoport feladata.

A LOINC munkacsoport feladata

A vizsgálatkérés és eredmény táblázatot, azaz az egységes nevezéktan az Egészségügyi Szakmai Kollégium Orvosi Laboratórium Tagozat LOINC munkacsoport az ESZFK-val közösen felügyeli és frissíti negyedéves gyakorisággal. A munkacsoport megvizsgálja a laboratóriumok által beküldött javaslatokat és indokoltság esetén új vizsgálatokkal bővíti a táblázatokat. A munkacsoport feladata a nevezéktan hibáinak korrigálása. A nemzetközi LOINC adatbázisban nem megtalálható elérhető vizsgálatok kódolását megrendeli a nemzetközi LOINC adatbázisban. A nevezéktan frissítéseinek (patch) tételes leírását a munkacsoport, az ESZFK segítségével publikálja a frissítések hatálybalépése előtt a felhasználók (kórházi informatikai rendszer szolgáltatók és a laboratóriumok) számára.

AZ ESZFK (a nevezéktan adatbázisának mindenkori fenntartója) feladata:

A nevezéktan adatbázisának üzemeltetése, karbantartása, az informatikai háttér biztosítása. Az adatbázis frissítéseinek publikálása az EESZT honlapján a szakemberek számára elérhető módon, az EESZT törzspublikációs szolgáltatásán keresztül pedig az informatikai rendszerek számára automatikusan elérhető módon. Kapcsolattartás és a frissítések, valamint azok dokumentációjának továbbítása az egészségügyi szolgáltatókhoz.

A Laboratóriumok feladata:

Áttérés az EESZT-be való strukturált leletküldésre.

A laboratórium által használt laboratóriumi informatikai rendszerben az ESZFK által koordinált és a laborinformatikai szolgáltatóknak megküldött egységes nevezéktan verziók szerint, a laboratóriumban végzett vizsgálatok paraméterezése a helyi laboratóriumi informatikai rendszerben (LIR).

Frissített verzió esetén a korábbi verzióhoz képest bekövetkezett változások követése és a módosított, illetve új vizsgálatok paraméterezése (az ESZFK-tól kapott tájékoztató szerint).

A laboratórium vizsgálatkéréseinek összehangolása szükséges az egységes nevezéktan vizsgálatkéréseivel. Különös figyelmet kell fordítani a LOINC kódolás előtt a mértékegységek pontos beállítására. A LOINC kódtáblázat nem tartalmazza a referencia tartományokat. A leleten azok a referencia tartományok jelennek meg, amelyek a LIR-ben paraméterezve vannak, ezért mértékegység változás esetén ezt is módosítani szükséges.

A laboratórium feladata továbbá a vizsgálatkérők tájékoztatása az őket érintő változásokról, így a mértékegység és a referencia tartományok változásáról.

A strukturált leletküldés éles indulása előtt az EESZT-be felküldött eredmények leleten való megjelenési formátumát a szolgáltatók segítségével ellenőrizni kell. Hibák észlelésekor az ESZFK és a LOINC munkacsoport felé írásban kell jelezni a problémát.

A laboratórium feladata továbbá az E-beutalók fogadása és érkeztetése a laboratóriumba.

A strukturált E-beutaló alapú vizsgálatkérés megindítása az alábbi szolgáltatók összehangolt együttműködését igényli:

- a vizsgálatokat kérő háziorvosok és járóbeteg szakellátók,
- a mintavételben résztvevő mintavételi helyek, valamint
- a kéréseket kiszolgáló laboratóriumok.

A háziorvosok nem rendelkeznek önálló informatika szervezettel, a háziorvosi rendszerekhez az informatikai támogatást jellemzően közvetlenül az informatikai rendszerszállítók biztosítják számukra. Ennek megfelelően az elkészített új verziók paraméterezése – az elkészült egységes kérés-nevezéktan beállítása – a rendszerszállítók által jellemzően megtörténik, és az új verzió élesítésével a háziorvosok számára elérhetővé válik. Ugyanakkor a háziorvosokkal való egységes szakmai kommunikáció, valamint a helyi laborokkal szükséges együttműködések

szakmai összefogása és a háziorvosi kar egységes támogatása érdekében a háziorvosok irányába szükséges a kommunikáció összefogása és a háziorvosok és a támogató szervezetek közötti egycsatornás kommunikáció kialakítása az OKFŐ Alapellátásfejlesztési Igazgatóság bevonásával.

A járóbeteg szakellátási rendszerek esetében – a kórházi rendszerekhez hasonlóan – jellemzően a helyi informatikai szervezet végzi az élesítéseket és paraméterezéseket. Ezért ebben a szolgáltatói körben az intézményi informatikai szervezet feladata a HIS/LIS rendszerek új verziójának élesítése a szolgáltató saját informatikai üzemeltetési (élesítés) szabályai szerint, valamint jellemzően a paraméterezés is az informatikai szervezet feladata, az érintett rendszerszállítók, valamint az intézmény laboratóriumi szakmai vezetésének támogatásával.

Speciális kezelést igényelnek az önállóan működő mintavételi helyek, amikor labor-beutalóval érkezik a páciens, ami a felkért laborba szól, ugyanakkor a mintavétel nem a laboratóriumot működtető szolgáltatónál kerül végrehajtásra. Ebben az esetben a jelenlegi papíralapú folyamatban a papír beutaló hordozza az információt, ami alapján a mintavétel megtörténik. Amíg az átállítás megtörténik az E-beutalóra, szükséges az E-beutaló kiállítása mellett a beteg papír alapú beutalóval történő ellátása is a mintavételi folyamat támogatás érdekében.

Tekintettel arra, hogy a strukturált kérés-fogadás sikeressége a kérő és a kérést fogadó szolgáltatók szoros együttműködésén múlik, ezért szükséges, hogy tájékoztatást adjanak az E-beutalóról. A helyi laborok a saját beutaló-körükben egyeztetik a felmerülő kérdéseket, szükség esetén továbbítják azt a LOINC munkacsoportnak. A beutalót kiállító szolgáltatókat megfelelő instrukciókkal látják el és a beküldői körrel egyeztetik az alábbiakat:

- az E-beutaló használat bevezetése és gyakorlata,
- az átállítás során az E-beutaló mellett szükség esetén adandó papír másolat adásának szükségessége.

Mivel a vizsgálatot végző laboratóriumnál megjelenő beteg esetében az E-beutaló elfogadása minden esetben kötelező, minden laboratórium vizsgálja meg és egyértelműen nyilatkozzon arról, hogy a papír nélkül megjelenő, csak E-beutalóval rendelkező beteg esetén a beteg ellátását egyértelműen és fennakadás nélkül el tudják végezni.

1.1. Ellátók (egészségügyi szolgáltatók) kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

A LIS, HIS, valamint az EESZT közötti kommunikáció az egészségügyi adatközlési informatikai szabályoknak megfelelő megoldása. A laboratóriumokban a minőségbiztosítási rendszerekben, akkreditációs szisztémákban történő rögzítés. A megfelelő háttér hardware biztosítása.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A gátló tényezők közül a leglényegesebb az, hogy a hazai informatikai rendszerek meglehetősen heterogének, a szolgáltatók nem feltétlenül vállaltak kötelezettséget abban a tekintetben, hogy az általuk üzemeltetett informatikai rendszerek csatlakoztatását egy központi rendszerhez megoldják. A korosabb házi orvos kollégák ragaszkodnak a papír alapú vizsgálatkéréshez. Az egységes nevezékten, ami a LOINC kódoláson alapul a megfelelő bevezetés után kétségtelenül megkönnyíti minden kolléga munkáját.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

A laboratóriumok által szolgáltatott eredmények a klinikai képpel, és más diagnosztikai vizsgálatokkal együtt értelmezhetők. Ebben az összefüggésben elsősorban a kezelő orvos számára szolgálnak információval. Az új rendszerben közölt egységes nomenklatura ugyanakkor a betegek számára is egyszerűbbé teszi a vizsgálatok megértését.

1.4. Egyéb feltételek

Nincsenek.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

A LOINC kód adatbázis képezi mind a vizsgálatkérés mind pedig az eredményközlés alapját.

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nem készültek.

1.3. Táblázatok

1. táblázat: Egységes orvosi nevezékten

1.4. Algoritmusok

Nem készültek.

1.5. Egyéb dokumentum

1. ábra: LOINC név felépítése [4]

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

A laboratóriumokba érkező vizsgálatkéréseknek és a felhasználói oldalon az eredményközléseknek strukturált formában kell megjeleníteniük és ebben az összefüggésben az átállás informatikai szempontból könnyen nyomon követhető. Arra kell törekedni, hogy a megfelelő informatikai háttérfeltételek kialakítását követően 100% közelében legyenek a strukturált vizsgálatkérések és leletközlések.

Ajánlás1

Az vizsgálatkérés táblázatnak tartalmaznia kell az alábbiakat:

Kérés azonosító (ID), Hosszú név, Szakterület, Elemi/panel vizsgálat, OENO kód, LOINC kód, kiegészítően megadandó paraméter vagy kiegészítő adat a kéréshez*, Mintatípus. (kell)

Audit kritérium Ajánlás1 esetében:

A vizsgált időszakban a vizsgálatkérés táblázatoknak hány százaléka tartalmazta az alábbiakat:

Kérés azonosító (ID), Hosszú név, Szakterület, Elemi/panel vizsgálat, OENO kód, LOINC kód, kiegészítően megadandó paraméter vagy kiegészítő adat a kéréshez*, Mintatípus ?

Ajánlás2

A eredmény táblázatnak tartalmaznia kell az alábbiakat:

Eredmény azonosító (ID), Eredmény név, Rövid egyedi kód, Elemi/csoport, mértékegység*, UCUM code*, LOINC kód, OENO kód, Hozzárendelt kérés azonosító(k) (ID), Kérés(ek) (hosszú név), Szakterület#, Minta típus#, Csoport azonosító (ID)*, Csoport név*. (kell)

Audit kritérium Ajánlás2 esetében:

A vizsgált időszakban az eredmény táblázatoknak hány százaléka tartalmazta az alábbiakat:

A eredmény táblázatnak tartalmaznia kell az alábbiakat:

Eredmény azonosító (ID), Eredmény név, Rövid egyedi kód, Elemi/csoport, mértékegység*, UCUM code*, LOINC kód, OENO kód, Hozzárendelt kérés azonosító(k) (ID), Kérés(ek) (hosszú név), Szakterület#, Minta típus#, Csoport azonosító (ID)*, Csoport név* ?

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évenként történik. A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejárta előtt fél évvel kezdődik el. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Orvosi Laboratórium Tagozat elnöke kijelöli a tartalomfejlesztő felelőst, aki meghatározza a fejlesztő munkacsoport tagjait, illetve befogadja a társtagozatok által delegált szakértőket. Az aktuális egészségügyi szakmai irányelv kidolgozásában résztvevő fejlesztőcsoport-tagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő publikációkat, szakkönyveket, irányelveket, illetve a hazai ellátókörnyezetben bekövetkező változásokat. Amennyiben a tudományos bizonyítékokban vagy az ellátókörnyezetben releváns és szignifikáns változás következik be, a fejlesztőcsoport kezdeményezheti az irányelv idő előtti felülvizsgálatát.

IX. IRODALOM

- [1.] The potential adoption benefits and challenges of LOINC codes in a laboratory department: a case study. Health Inf Sci Syst. 2017 Dec; 5(1): 6.
PMCID: PMC5636728
PMID: 29067166
- [2.] Why Terminology Standards Matter for Data-driven Artificial Intelligence in Healthcare
Ann Lab Med. 2024 Nov 1; 44(6): 467–471.
PMCID: PMC11375201
PMID: 38955364
- [3.] Coding of laboratory parameters using the LOINC system at the Clinical Center of the University of Debrecen
Orv Hetil. 2023 Jul 9;164(27):1043–1051.
PMID: 37422884
- [4.] loinc.org/get-started/loinc-term-basics/ 2024.10.31 <https://loinc.org/get-started/loinc-term-basics/>

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Orvosi Laboratórium Tagozat elnöke kijelölte az irányelvfejlesztő csoport tagjait és felelősét. A fejlesztőcsoport tagjai meghatározták a feladatokat, a prioritásokat, a konzultációs időpontokat és a fejlesztés pontos menetét. Ennek megfelelően a tagok egyéni munka során, de egymással rendszeresen konzultálva alkották meg a magyar viszonyokra adaptált, nemzetközi irányelveken alapuló a témakörben a hazai egészségügyi szakmai irányelvet.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irányelvfejlesztés meghatározó eleme volt a szisztematikus szakirodalom-keresés, -szelekció és -elemzés. Az irodalomkutatás a PubMed és az UpToDate adatbázisban fellelhető publikációk alapján történt. Az irodalomkutatás 2024. október 2-án zárult le.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

Jelen egészségügyi szakmai irányelv háttérében nem lelhetőek fel hagyományos tudományos bizonyítékok, az eredmények pl.

- olyan magas minőségű meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak,
- olyan kohorsz és eset-kontroll vizsgálatokból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti kapcsolat nagy valószínűséggel nem okozati jellegű.

4. Ajánlások kialakításának módszere

A fejlesztőcsoport az ajánlások vonatkozásában, azok áttekintése után szavazással döntött.

5. Véleményezés módszere

Az egészségügyi szakmai irányelv megküldésre került az egészségügyi ellátási folyamatban érintett Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozatoknak véleményezésre.

A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával. Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltak megfelelnek a véleményezőkkel kialakított konszenzusnak.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Nem került bevonásra.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nem készültek.

1.3. Táblázatok

1. táblázat: Egységes nevezéktan

A laboratóriumi diagnosztika területén érvényes egységes egészségügyi nevezéktan az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér honlapján (<https://portal.eeszt.gov.hu/nevezektan>) tölthető le.

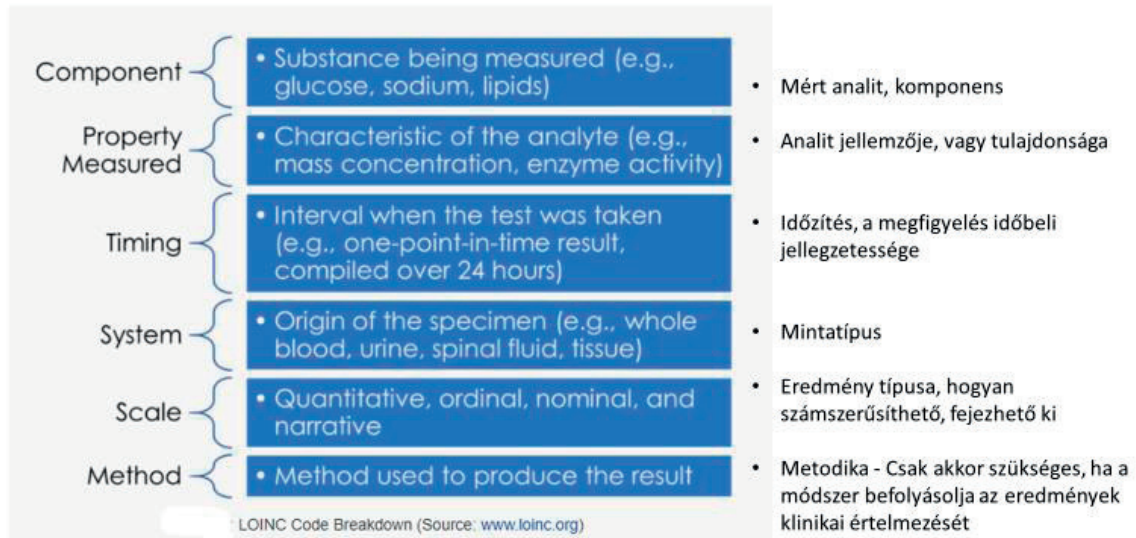
1.4. Algoritmusok

Nem készültek.

1.5. Egyéb dokumentumok

1. ábra: LOINC név felépítése [Eredeti forrás: loinc.org/get-started/loinc-term-basics/ 2024.10.31.] [4]

LOINC név felépítése:



Példa: **Glucose [Moles/volume] in Serum or Plasma --1 hour post 75 g glucose PO**

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a multimorbid geriátriai betegek ellátásáról és kezeléséről

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002278
Érvényesség időtartama:	megjelenést követő 3 évig

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

Geriatría és krónikus ellátás Tagozat

Dr. Zöllei Magdolna, elnök, belgyógyász, geriáter, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Prof. Dr. Bakó Gyula, belgyógyász, endokrinológus, geriáter, társszerző

Dr. Ádám Ildikó, belgyógyász, geriáter, diabetológus, társszerző

Dr. Blaskovich Erzsébet, belgyógyász, kardiológus, geriáter, társszerző

Dr. habil. Lelbach Ádám, belgyógyász, gasztroenterológus, geriáter, hipertónológus, társszerző

Dr. Molnár Andrea, Ph.D dietetikus, egészségügyi szaktanár, társszerző

Dr. habil. Pétervári Erika, Ph.D általános orvos, társszerző

Prof. Dr. Székács Béla, belgyógyász, nefrológus, geriáter, hipertónológus, társszerző

Prof. Dr. Tóth Miklós, patológus, belgyógyász, klinikai endokrinológus, klinikai farmakológus, klinikai onkológus, társszerző

Dr. Zékány Zita, belgyógyász, geriáter, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok)

1. Belgyógyászat, endokrinológia, diabétesz és anyagcserebetegségek Tagozat

Dr. Bedros J. Róbert, belgyógyász, obezitológus, lipidológus, hipertónológus, reumatológia és a fizioterápia szakorvosa, elnök, véleményező

2. Házirovidtan Tagozat

Dr. Szabó János, házirovidtan, foglalkozás-örvidtan (üzemrovidtan) szakorvosa, elnök, véleményező

3. Ápolási, szakdolgozói és Szülész nő Tagozat

Ujváriné dr. habil Siket Adrienn, Ph.D, diplomás ápoló, egészségfejlesztési szakember, pedagógia szakos tanár, elnök, véleményező

4. Kardiológia Tagozat

Prof. Dr. Merkely Béla, belgyógyászat, kardiológia, sportrovidtan, klinikai farmakológia, felnőtt transoesophagealis echokardiográfia, felnőtt transtorakális echokardiográfia szakorvosa, elnök, véleményező

5. Onkológia és sugárterápia Tagozat

Prof. Dr. Polgár Csaba, klinikai onkológia, sugárterápia szakorvosa, elnök, véleményező

6. Dietetika, humán táplálkozás Tagozat

Gubicskóné Dr. Kisbenedek Andrea, dietetikus, elnök, véleményező

7. Pszichiátria Tagozat

Prof. Dr. Réthelyi János, pszichiátria, klinikai genetika, pszichoterápia, elnök, véleményező

8. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat

Dr. Kovács Péter, pszichoterápia, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, elnök, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértettek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

1. Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság (MGGT)
2. Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság (MEAT)
3. Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ)

Független szakértő(k):

Nem került bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR**Egészségügyi kérdéskör:**

A 65 évnél idősebb, egynél több krónikus betegséggel rendelkező (multimorbid idős) betegek ellátása.

Ellátási folyamat szakaszai:

diagnosztika, kezelés, gondozás

Érintett ellátottak köre:

A 65 évnél idősebb, egynél több krónikus betegséggel rendelkező betegek.

Érintett ellátók köre**Szakterület:**

0100 belgyógyászat
 1200 klinikai onkológia
 0101 angiológia, phlebológia, lymphológia
 4000 kardiológia
 0105 nefrológia
 0103 endokrinológia, anyagcsere és diabetológia
 0900 neurológia
 1400 reumatológia
 1800 pszichiátria
 5000 orvosi laboratóriumi diagnosztika
 5100 röntgendiagnosztika
 6301 háziiorvosi ellátás
 7600 dietetika

Ellátási forma:

A1 alapellátás
 J1 járóbeteg-szakellátás
 J7 járóbeteg-szakellátás, -gondozás
 D1 diagnosztika
 F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás

Progresszivitási szint:

I–II–III. szint, országos

Egyéb specifikáció:

Nincs.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Decubitus: A decubitus (nyomási fekély) helyi szöveti elhalás, a bőr és a bőr alatti szövet lokális sérülése. A bőrkárosodás fő okai a nyomás, a nyíróerő, a súrlódás vagy ezek kombinációja. A nyomással szembeni kompenzációs képesség egyénileg változó.

Delírium: A figyelem, az orientáció (megismerő, kognitív funkciók) és a tudati funkciók akutan kialakuló együttes zavara, agyi bántalom következtében.

Demencia: A demencia a kognitív funkciók globális hanyatlásával jellemzett tünetcsoport, oki háttere alapján multifaktoriális.

Diabetes mellitus (cukorbetegség, cukorbetegség): Olyan anyagcsere-betegség, amelynek központjában a szénhidrát-anyagcsere zavara áll, de a kórfolyamat következményesen érinti a zsír- és a fehérje-anyagcserét is.

Esendőség szindróma (frailty): Az esendőség szindróma fokozott vulnerabilitással járó állapot, amelyben a szervezet homeosztatisz rezerv kapacitása, regenerációs képessége kimerül, így egyetlen minor stresszhatás a vártnál nagyobb mértékű, gyors és progresszív egészségromláshoz vezethet. Előfordulása és súlyossága az életkor előrehaladtával nő, nőknél körülbelül kétszer gyakoribb. A 65 év feletti populációban a szűrőtesztől függően 4–60% között változik, 2060-ra várhatóan a 28%-át fogja érinteni Európában [1].

Geriátria: Az orvostudománynak az a szakága, mely az idős betegek fizikai, mentális, funkcionális és szociális állapotával foglalkozik akut, krónikus, rehabilitációs, prevenció és az élet végén szükséges gondozás-ápolás vonatkozásaiban.

Geriátriai beteg: Az a 65 évesnél idősebb, több betegségben szenvedő beteg, akinél komplex diagnosztikai felmérésre és rehabilitációra szoruló állapot észlelhető, amely miatt folyamatosan kezelni, törődni és gondozni kell az erre az életkorra jellemző betegségekkel.

Krónikus Coronaria Szindróma (CCS): Az akut tünetekkel nem járó, de vérellátási zavart okozó coronaria elváltozások összessége [2]. Gyűjtőfogalom, melybe a tünetmentes kiszűrt betegtől a stabil anginán át, a vazospasmus vagy microvascularis hátterű szívpanaszok, a coronaria-eredetű szívelégtelenség, a revascularisáltak egy éven belül és azon túli symptomás és asymptomás csoportjai tartoznak.

Malnutrició: Az energia, a fehérje vagy egyéb tápanyag elégtelen bevitelének káros következménye, amely kedvezőtlen hatást fejt ki a test alakjára, méretére, testösszetételére és funkciójára, valamint a klinikai kimenetelre [3–9]. Az ESPEN (European Society of Clinical Nutrition and Metabolism) 2017-ben alcsoportokra bontotta a kóros tápláltsági állapotokat azok fenotípusai alapján, egy-egy ilyen alcsoportot képez a szarkopénia és az esendőség szindróma is [4].

Idős, multimorbid betegeknél a malnutrició, a szarkopénia és az esendőségi szindróma (utolsó kettő a geriátriai szindróma) következményeként kialakult kóros állapotok (pl. alacsony testtömeg/izomtömeg, megváltozott izom/zsír arány, hormonális változások, gyulladást fokozó citokinek növekedése) kedvezőtlen hatást gyakorolnak a morbiditásra/komorbidityra, a mortalitásra, a regenerációra, a gyógyszerek farmakokinetikájára (abszorpció, disztribúció, metabolizmus, exkréció), növelik a kórházi tartózkodás hosszát/költségeit, valamint rontják az életminőséget [3-15].

Multimorbiditás: A multimorbiditás meghatározására két definíciót alkalmazhatunk. Mindkettő elfogadott. 1: Két, vagy több tartós/krónikus betegség együttes jelenléte ugyanabban a betegben, vagy 2: Egy krónikus betegség együttes jelenléte egy másik (nem krónikus) betegséggel, vagy pszichoszociális tényezővel, vagy szomatikus rizikótényezővel.

Osteoporosis: A WHO meghatározása szerint az osteoporosis a vázrendszer progresszív szisztémás megbetegedése, amit alacsony csonttömeg a csontszövet mikroszerkezetének rosszabbodása jellemez, a csontok törési kockázatának következményes fokozódásával.

Pitvarfibrilláció: A pulmonalis vénák környékéről kiinduló, majd a pitvarokra terjedő, önfenntartásra törekvő arrhythmia.

Szarkopénia: A szarkopénia idős korban egy progresszív és generalizált vázizom rendellenesség, amelyet kórosan alacsony izomtömeg-, izomerő- vagy/és izomfunkció-vesztés jellemez [9, 10].

Szívelégtelenség:

A szívelégtelenség a szív strukturális vagy funkcionális károsodása következtében létrejövő komplex klinikai szindróma, mely során a betegnek a szívelégtelenségre jellemző típusos panaszai és tünetei vannak. A szívelégtelenség tünetei nyugalomban vagy terhelés hatására az alacsony perctérfogat és/vagy az emelkedett intrakardiális nyomás következtében jönnek létre.

Olyan komplex klinikai tünetegyüttes, amelyet strukturális és/vagy funkcionális diszfunkciót okoz. Lehet akut, mely sürgős beavatkozás nélkül halálhoz vezet, vagy krónikus, mely hozzáértő gondozást igényel. Az akut szívelégtelenség a szív rapid funkcióromlása miatt kialakuló, szöveti hipoperfúzióval, emelkedett pulmonális kapilláris éknyomással, szöveti pangással járó, gyorsan progrediáló keringési elégtelenség.

2. Rövidítések

AC:	anticoagulálás
ADA:	American Diabetes Association – Amerikai Diabetes Társaság
ADL:	activities of daily living – a mindennapos tevékenységek (kérdőíve)
AGS:	American Geriatrics Society – Amerikai Geriátriai Társaság
AHA:	American Heart Association – Amerikai Szív Egyesület
ARB:	angiotensin receptor blocker – angiotenzin receptor blokkoló
ASCO:	American Society of Clinical Oncology – Amerikai Klinikai Onkológiai Társaság
BMD:	bone mineral density – csont (ásványi anyag) sűrűség
BMI:	body mass index – testtömegindex
CARG:	Cancer and Aging Research Group – Rák és öregedés kutatócsoport
CCI:	Charlson Comorbidity Index – Charlson komorbiditási index
CCS:	chronic coronary syndrome – krónikus koronária szindróma
CDI:	<i>Clostridium difficile</i> infekció
CGA:	comprehensive geriatric assessment – átfogó geriátriai értékelés
COPD:	chronic obstructive pulmonary disease – krónikus obstruktív tüdőbetegség
CRASH:	chemotherapy risk assessment scale for high-age patients – az idős beteg kemoterápiás kockázatának felmérését célzó kérdőív
CRP:	C-reactive protein – C-reaktív fehérje
CV:	kardiovaszkuláris
DM:	diabetes mellitus – cukorbetegség
DOAC:	direct oral anticoagulant – direkt orális anticoaguláns
DBI:	drug burden index – gyógyszerterhelési index
DEXA:	dual-energy X-ray absorptiometry – kettős energiájú röntgensugár abszorpcimetriá
EAS:	European Atherosclerosis Society – Európai Atherosclerosis Társaság
EASD:	European Association for the Study of Diabetes – Európai Diabetes Társaság
EBM:	evidence based medicine – bizonyítékokon alapuló orvoslás
ECOG:	Eastern Cooperative Oncology Group – Keleti együttműködő Onkológiai Csoport
ESC:	European Society of Cardiology – Európai Kardiológus Társaság
ESPEN:	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism – Európai Klinikai Táplálási és Anyagcsere Társaság
EPUAP:	European Pressure Ulcer Advisory Panel – Európai Decubitus (Nyomásfekély) Tanácsadó Testület
FIFE:	frailty index for elders – idősek esendőségi indexe
FRAX:	fracture risk assessment tool – csonttörési kockázatbecslő eszköz
FSH:	folliculus stimuláló hormon
ft3:	free triiodothyronine – szabad trijód-tironin
ft4:	free tetraiodo-thyronine – szabad tiroxin
GDS:	geriatric depression scale – geriátriai depresszióskála
HbA1c:	hemoglobin A1c
HEN:	home enteral nutrition – otthoni szondatáplálás
HFpEF:	heart failure with preserved ejection fraction – megtartott ejekciós frakciójú szívelégtelenség
HFmrEF:	heart failure with mildly reduced ejection fraction – közepes ejekciós frakciójú szívelégtelenség
HFREF:	heart failure with reduced ejection fraction – csökkent ejekciós frakciójú szívelégtelenség
HFA:	Heart Failure Association – Szívelégtelenség Társaság
HIV:	human immunodeficiency virus – humán immundeficiencia-vírus
IADL:	instrumental activities of daily living – mindennapi élettevékenységhez szükséges eszközhasználat (kérdőíve)
IAGG:	International Association of Gerontology and Geriatrics – Nemzetközi Geriátriai és Gerontológiai Társaság
IBD:	inflammatory bowel diseases – gyulladásoos bélbetegségek
ICT:	information and communications technology – infokommunikációs technológiák

IV:	intravenous – intavénás
LDL-C:	low-density lipoprotein cholesterol – alacsony sűrűségű lipoprotein koleszterin
LH:	luteinizing hormone – luteinizáló hormon
LMWH:	low-molecular-weight heparin – kis molekulásúlyú heparin
MCI:	mild cognitive impairment – enyhe kognitív zavar
MMSE:	mini mental state examination – mini mentális állapotot vizsgálat teszt
MNA:	mini nutritional assessment – mini tápláltsági állapotot felmérő kérdőív
MUST:	malnutrition universal screening tool – malnutrició rizikójának univerzális szűrőeszköze
NEAK:	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
NOAC:	novel oral anticoagulants – új típusú véralvadásgátlók
NSAID:	non-steroidal anti-inflammatory drug – nem szteroid gyulladáscsökkentő
PF:	pitvarfibrilláció
PG-SGA:	patient-generated subjective global assessment – beteg által generált szubjektív, globális felmérés
RANK:	receptor activator of nuclear factor kappa-B – nukleáris faktor kappa-B-receptor-aktivátor
SARC-F:	simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia – gyors diagnosztikus teszt a szarkopénia szűrésére
sc.:	subcutan
SCI:	subjective cognitive impairment – szubjektív kognitív károsodás
SrCr:	serum creatinine – szérum kreatinin
SHBG:	sexual hormon binding globulin – nemi hormon kötőfehérje
TAVI:	transcatheter aortic valve implantation – transzkatóéteres aortabilentyű-implantáció
TSH:	thyroid stimulating hormone – thyreoideastimuláló hormon
TUG:	timed up and go – időzített felállás és elindulás teszt
VAD:	ventricular assist device – kamrapumpa, kamrai keringéstámogató eszköz
WBC:	white blood cell – fehérvérsejtszám

3. Bizonyítékok szintje

A bizonyítékok szintjének meghatározása az ADA (Amerikai Diabetes Társaság) évek óta használta, lényegében változatlan rendszerén alapul [16].

A evidencia szint	Egyértelmű, általánosítható bizonyíték randomizált kontrollált, jól tervezett és vezetett, megfelelő statisztikai erővel rendelkező klinikai tanulmányokból, mint pl. – multicentrikus tanulmányból származó bizonyíték, – metaanalízisből származó bizonyíték, amely magába foglalja a tanulmányok minősítését is. Támogató jellegű bizonyítékok kellően kivitelezett, randomizált, kontrollált, megfelelő statisztikai erővel rendelkező vizsgálatokból, pl. – kellően kivitelezett, egy vagy több intézetben végzett vizsgálatból származó bizonyíték, – metaanalízisből származó bizonyíték, amely magába foglalja a tanulmányok minősítését is.
B evidencia szint	Támogató jellegű bizonyíték kellően kivitelezett kohorsz-tanulmányokból, mint pl. – kellően kivitelezett, prospektív jellegű vizsgálatból vagy regiszterből származó bizonyíték – kellően kivitelezett, metaanalízisből vagy kohorsz-vizsgálatokból származó bizonyíték. Támogató jellegű bizonyíték kellően kivitelezett eset-kontroll tanulmányokból.
C evidencia szint	Támogató bizonyíték gyengén kivitelezett vagy kontroll nélküli tanulmányokból, mint pl. – bizonyíték randomizált klinikai tanulmányokból, amelyek esetében egy vagy több nagyobb, illetve három vagy több kisebb módszertani gyengeségből adódóan az eredmények megbízhatósága kétséges – bizonyíték obszervációs jellegű vizsgálatból, ahol a befolyásolás lehetősége nagy (pl. történelmi kontrollt használó eset-kontroll vizsgálatok) – bizonyíték esetközlésből vagy néhány esetet felölelő tanulmányból. Az ajánlást támogató bizonyíték ellentmondásos.
D evidencia szint	Szakértői konszenzus vagy klinikai tapasztalat.

4. Ajánlások rangsorolása

A fenti meghatározott bizonyíték szintje szerint határoztuk meg az ajánlások besorolását [16].

Szint	Ajánlások
A	Az ajánlás A szintű bizonyítékon nyugszik. A terápia vagy beavatkozás előnyével kapcsolatban általános a szakmai egyetértés. A terápia vagy beavatkozás hatékony, hatásos, előnyös, ezért az javasolt.
B	Az ajánlás B szintű bizonyítékon nyugszik. A terápia vagy beavatkozás előnyével kapcsolatban kisebb a szakmai egyetértés. A terápia vagy beavatkozás előnyét, hatékonyságát kevesebb bizonyíték támasztja alá. A terápia vagy beavatkozás adható, alkalmazható.
C	Az ajánlás C szintű bizonyítékon nyugszik. A terápia vagy beavatkozás előnyével kapcsolatban a szakmai egyetértés nem teljesen egyöntetű. A terápia vagy beavatkozás előnyét, hatékonyságát szerény bizonyíték támasztja alá. A terápia vagy beavatkozás szóba jön, mérlegelhető.
E	Csak szakértői állásfoglalás (expert opinion), klinikai tapasztalat áll rendelkezésre. A terápia, beavatkozás szóba jön. Az aktuális gyakorlat a későbbiekben változhat az újabb bizonyítékok fényében.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

A kor előrehaladásával növekszik az állandósult betegségek száma [17]. Az idős betegeknek hozzávetőlegesen a fele három, vagy több idült társbetegségben szenved és e betegek ellátása, a gyógyító-gondozó megközelítése kiemelt, csapdákkal tarkított orvosi és szakdolgozói, illetve ellátórendszeri feladat [18-22].

A „sikeresen” – normálisan öregedőkhöz (nincs, vagy csak egy betegségük van) képest a két, vagy több betegségben szenvedő multimorbid személyek [23] jelentős funkcionális hanyatlást [24, 25], rosszabb életminőséget [26, 27] mutatnak, az egészségügyi ellátó rendszert jóval gyakrabban terhelik [28, 29] és szignifikánsan nagyobb a mortalitásuk [30, 31].

A frissen diagnosztizált rákos esetek 60%-át, a daganatos mortalitás 70%-át 65 évnél idősebb betegeken észleljük. Az idősek standard daganatterápiája nem teljesen megoldott, nem mindig ismertek a fokozott toxicitás okai, és különbözőek lehetnek a beteg és az orvos által preferált eljárások. Persze más életkorú betegek esetén is nagy eltérések lehetnek a kezelés agresszivitásának elviselése szempontjából. Az ismert komorbiditások, a „frailty” megnyilvánulásai (testtömegvesztés, kimerülés, immobilitás, fizikai aktivitás hiánya) nagyban behatárolják a kemoterápia tolerálhatóságát.

A szarkopénia következményeként fokozódhat az esendőségi szindróma kockázata (XI. MELLÉKLET 1.4. Algoritmusok fejezetben 1. ábra), elesések és a törések előfordulási gyakorisága, növekedhet morbiditás, mortalitás és meghosszabbodhat a kórházban töltött napok száma, csökkenhet az életminőség és az önálló életvitelre való alkalmasság [4, 5, 9, 10, 15, 32-36]. A szarkopénia prevalenciája 30% a 65 év felettiéknél, és 50% a 80 év felettiéknél [10]. Faktorok, melyek hozzájárulnak a szarkopénia kialakulásához idős, multimorbid betegeknél: komorbiditás, krónikus gyulladások, motoneuronok atrófiája, csökkent fehérjebevitel, gyógyszereléssel összefüggő anorexia, immobilitás [5, 34].

Egy régebbi, öt éves időszakot felölelő hazai vizsgálat szerint Magyarországon évente és 100 000 lakosonként átlagosan 343 csípőtáji, 1579 alkar és 342 proximális humerus törés alakul ki. A kórházi felvételt igénylő csigolyatörések száma 45/100 000/év [37].

A szívelégtelenség az idős kor leggyakrabban halálhoz vezető kórállapota [38]. A kardiológia nagyarányú fejlődése ellenére a szívelégtelenség 5 éves mortalitása 50% körüli, rosszabb, mint számos malignus daganaté. 65 év felett az akut szívelégtelenség a hospitalizáció legfőbb oka.

A pitvarfibrilláció a 70 év feletti életkorú, többnyire számos társbetegségben szenvedő a betegek 10–15%-át érintő leggyakoribb ritmuszavar, mely az ischaemias stroke éves előfordulásának (40–50 ezer beteg/év) a 20%-ért felelős: ez Magyarországon 6500–8500 agyi történést miatti rokkantságot jelent évente [39].

A hazai NEAK-adatbázis-elemzésben a 2-es típusú cukorbetegségben szenvedők 60 év feletti aránya 2011-ben a teljes lakosság hasonló életkori tartományának 20%-át tette ki, ami azt jelenti, hogy ebben az életkorban minden ötödik felnőtt egyén ismert módon 2-es típusú diabetesben szenved [40]. Hypertoniás, hyperuricaemiás, lipidanyagcsere-eltéréssel rendelkező elhízott idős betegnél gondolni kell a még nem diagnosztizált cukorbetegsége.

A demencia prevalenciája a jelenleg elérhető külföldi és hazai lakossági felmérések egybehangzó eredményei szerint: 65 év felett 5–10%, 75 év felett 15–20%, 80 év felett eléri a 40%-t [41]. Jellemzője az emlékezet jelentős mértékű hanyatlása, magatartászavar (elvont gondolkodás, célirányos mozgás megtervezése, morális-etikai ítélőképesség zavart) és a társas érintkezés zavara. A mindennapi önellátást negatívan befolyásolja.

Az idős, multimorbid geriátriai betegnél a decubitus kialakulásának kockázata magas. Különösen az idős, esendőségi szindrómában szenvedő lakosság körében általában 18,1% (EPUAP 2007), a kórházi prevalencia 8–14%, incidencia 3–5% [42-47].

Az idősek esendőségére élesen világít rá a 2019–2020-ban zajló Koronavírus világjárvány, mely mindenki számára nyilvánvalóvá tette az idős emberek esendőségét, a fertőzöttek közötti 15 %-os mortalitási rátát, melyet az életkor mellett a komorbiditások jelenléte magyaráz.

2. Felhasználói célcsoport

Az időskorú (>65 év) egynél több krónikus betegséggel rendelkező betegekkel foglalkozó egészségügyi szolgáltatók, akik az idősek betegségeinek szűrésével, diagnosztizálásával, kezelésével, gondozásával és megelőzésével foglalkoznak. Optimális esetben geriáter szakvizsgálóval rendelkező specialisták. Célja, hogy segítséget nyújtson a krónikus betegségekkel sújtott idős betegek ellátásában kompetens szakembereknek

Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Jelen fejlesztés az alábbi, lejárt érvényességi idejű szakmai irányelv témáját dolgozza fel.

Azonosító:	002102
Cím:	A multimorbid geriátriai betegek ellátásáról és kezeléséről
Megjelenés adatai	2021. Egészségügyi Közlöny, 2021. 19. szám, 1887–1954
Elérhetőség	https://kollegium.aEEK.hu/

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelvek ajánlásainak adaptációjával készült:

Szerző(k):	Boyd C, Smith CD, Masoudi FA, Blaum CS, Dodson JA, Green AR, et al.
Tudományos szervezet:	American Geriatrics Society
Cím:	Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity.
Megjelenés adatai:	J Am Geriatr Soc. 2019; 67(4): 665-673.
Elérhetőség:	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30663782/ – 2024. 07. 15.
Szerző(k):	Boyd CM, McNabney MK, Brandt N, Correa-de-Araujo R, Daniel M, Epplin J, et al.
Tudományos szervezet:	American Geriatrics Society
Cím:	Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity.
Megjelenés adatai:	J Am Geriatr Soc. 2012; 60(10): e1-e25.
Elérhetőség:	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22994865/ – 2024. 07. 16.
Szerző(k):	Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, et al.
Tudományos szervezet:	ESPEN
Cím:	ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients.
Megjelenés adatai:	Clinical Nutrition. 2018; 37(1): 336-353.
Elérhetőség:	https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_guidelines_on_nutritional_support_for_polymorbid_internal_medicine_patients.pdf – 2024. 07. 16.
Szerző(k):	Barnett N, Barnett-Cormack S, Botsford J, Chew-Graham C, Clegg A, Guthrie B, et al.
Tudományos szervezet:	National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
Cím:	Multimorbidity: Clinical Assessment and Management. [NG56] 2016
Megjelenés adatai:	
Elérhetőség:	https://www.nice.org.uk/guidance/ng56 – 2024. 07. 15.

Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai Elérhetőség	Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients Clinical Nutrition. 2018; 37(1): 336-353. https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_guidelines_on_nutritional_support_for_polymorbid_internal_medicine_patients.pdf – 2024. 07. 16.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Gabrovec B, Antoniadou E, Soleymani D, Targowski T, Kadalska E, López Samaniego L, et al. Working Group of the European Commission project 'Joint Action on Frailty Prevention - JA ADVANTAGE', Work Package 6 - Management of Frailty at Individual Level, Work Package Leader: NIJZ (National Institute of Public Health, Health Care Center, Ljubljana, Slovenia) European Guide for Management of Frailty at Individual Level Including Recommendations and Roadmap. 2019 https://www.gerolib.gr/index.php?option=com_k2&view=item&id=2704:european-guide-for-management-of-frailty-at-individual-level-including-recommendations-and-roadmap&Itemid=290&lang=en – 2024. 07. 16.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY. Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) and the Committees of Scientific Advisors and National Societies of the International Osteoporosis Foundation (IOF). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women Osteoporos Int 2019; 30(1):3-44 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30324412/ – 2024. 07. 16.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. US Preventive Service Task Force Screening for Osteoporosis to Prevent Fractures: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2018:319 https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2685995 – 2024. 07. 16.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. European Society of Cardiology (ESC) 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure Eur Heart J 2021;42(36):3599-3726. https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/36/3599/6358045?login=true – 2024. 07. 16.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. European Society of Cardiology (ESC), European Association for Cardio Thoracic Surgery (EACTS) 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J 2016;37(38):2893-2962 https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/38/2893/2334964 – 2024. 07. 16.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. European Society of Cardiology (ESC) 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J 2024;45(38):3912-4018. https://academic.oup.com/eurheartj/article/45/38/3912/7741010 – 2024. 08. 30.

Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. European Society of Cardiology (ESC), European Atherosclerosis Society (EAS) 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J 2020;41(1):111-88. https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353 – 2024. 07. 17.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, Burmán KD, Cappola AR, Celi FS, et al. American Thyroid Association Task Force on Thyroid Hormone Replacement Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the american thyroid association task force on thyroid hormone replacement. Thyroid 2014;24(12):1670-751. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25266247/ – 2024. 07. 17.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, et al. American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid 2016;26(10):1343-421. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27521067/ – 2024. 07. 17.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	National Institute for Health and Care Excellence (NICE) National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management (CG91). 2009 http://guidance.nice.org.uk/CG91 – 2024. 07. 17.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, Schonberg MA, Boyd CM, Burhenn PS, et al. American Society of Clinical Oncology (ASCO) Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. J Clin Oncol 2018;36(22):2326-47. Letölthető: Pubmed - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29782209/ – 2024. 07. 18.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Debast SB, Bauer MP, Kuijper EJ; European Society of Clinical Microbiology and Infection European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update of the treatment guidance document for Clostridium difficile infection. Clin Microbiol Infect. 2014; 20(Suppl 2): 1-26. https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198743X(14)60002-1/fulltext – 2024. 07. 18.
Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (EPUAP/NPIAP/PPPIA). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide 2019 https://epuap.org/pu-guidelines/ – 2024. 07. 19.
Szerző(k): Tudományos szervezet: Cím: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Volkert D, Beck AM, Faxén-Irving G, Frühwald T, Hooper L, Keller H, Porter J, Rothenberg E, Suominen M, Wirth R, Chourdakis M ESPEN ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia - Update 2024 Clinical Nutrition. 2024; 43(6): 1599-1626. doi: 10.1016/j.clnu.2024.04.039 https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN-guideline-on-nutrition-and-hydration-in-dementia-update-2024.pdf – 2024. 07. 16.

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek) kel:

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvvel áll kapcsolatban.

Azonosító szám:	002243
Cím:	A diabetes mellitus kórismezéséről, a cukorbetegség antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny 2023. EüK 13 2023; 73 (13): 1137-1246.
Elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/
Azonosító szám:	002104
Cím:	A demencia kórismezése, kezelése és gondozása
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny 2022. EüK 13 2022; 72 (9): 1517-1590.
Elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE**A multimorbid betegek diagnosztikai és terápiás lehetőségeinek komplex szemléletű felmérése, értékelése, alkalmazása speciális orvosi megközelítést igényel****Ajánlás1****Többrétű speciális orvosi megközelítést igényelnek a multimorbid betegek. (A)**

A NICE 2016 [48] kritériumok alapján „közös sajátosságok” és többrétű speciális orvosi megközelítés igénye jellemzik az alábbi multimorbid betegeket [22]:

- akik fizikai és mentális állapotukat egyaránt markánsan rontó, egyidőben érvényesülő idült kórfolyamatokban szenvednek,
- akik kórfolyamataik és állapot hanyatlásuk miatt is sok támadáspont alkalmazásával túlgyógyszereltek (polypharmacy),
- akik már igen nehéznek találják mindennapos önellátásukat, kezelési feladataik végrehajtását,
- akik emiatt kényszerűen már eleve gondozásban és támogatásban részesülnek különböző szolgáltatások részéről és további segítséget is igényel állapotuk,
- akik gyakran kényszerülnek váratlan, kritikus romlások miatt kiemelt gondozásra, kórházi, sürgősségi felvételre.

(XI. MELLÉKLET 1.4. Algoritmusok, 2. és 3. ábra)

Ajánlás2

A multimorbid beteg esetében alapvető cél az szervezeti működő képesség, életminőség javítása komplex módon, a kezelés és gondozás átrendezésével, a környezeti és szociális feltételrendszer, a beteg preferenciáinak, valamint becsült életkilátásának figyelembevételével, az ártó környezeti – belső kóroki – iatrogén tényezők fékezése, kiiktatása révén [49]. (B)

Ajánlás3

A rendszerint súlyosan hanyatlott állapotú, többnyire már esendő idős multimorbid betegeknél a betegség-diagnosztikai lánc és irányelvek sémás alkalmazása helyett vezérelvnek kell lennie az eddig alkalmazott kezelési irányelvek „individuális megalapozottsága”, hasznossága felülvizsgálatának, az aktuális életminőség és funkcionális kapacitás javításának és a beavatkozások révén biztosítható prognózis megközelítő definiálásának, valamint minderről az adekvát mérvű és módú beteg tájékoztatásnak, véleményegyeztetésnek [22, 49-51]. (B)

Ajánlás4

A multimorbid idős betegek esetében fontos az esendő állapot társbetegségekkel való párhuzamos felmérése. (B)

Mindazonáltal azonban az esendőség tesztelése a jelenlegi módszerekkel is igen hasznos, hiszen az esendő állapot fókuszba helyezi az egészségügyi ellátó rendszerben azokat a multimorbid betegeket, akiknél az egy időben fennálló sokfajta kórfolyamatot és kezelésüket maximális óvatosságú, lépcsőzetes, többrétű értékeléssel és intervenciók stratégiával közelítő orvosi aktivitás, vagy éppen részleges visszafogottság szükséges. Igen fontos multimorbid idős

betegekben az esendő állapot párhuzamos felmérése, koncepcionálisan azért is, mert ezek a párhuzamos vizsgálatok irányították rá a figyelmet arra, hogy a multimorbiditás nem egyszerűen egy betegségszám, hanem kumulatív egészségkárosodás, kumulatív egészségdeficit érvényesülése [48, 52, 53].

Az idős multimorbid beteg sajátos klinikai értékelését és működési kapacitását, életminőségét javító terápiás ellátását biztosító, a beteg preferenciáival egyeztetett konkrét orvosi lépések

Ajánlás5

Kritikusan felméréndők a beteg fiziológiás szervi kapacitáscsökkenései, a szervezeti összműködés zavarai, heveny/idült kórállapotok és ezek kezeléseinek nem kívánatos komplex jellegű interakciói, végső soron a beteg életminőségére gyakorolt befolyása, feltárandó a betegnek a kezelés-gondozás további folyamatára vonatkozó preferenciái, valamint tisztázandó, hogy ezek a preferenciák harmonizálnak-e a továbbiakra vonatkozóan a beteg által valóban megértett betegség kihívásokkal, életkilátásokkal, és az eddigi, vagy a potenciálisan módosítandó kezelési módok használatával, előnyeivel, terheléseivel, hátrányaival. [18, 48, 54]. (B)

Így tisztázandó:

- Milyen a beteg komplex, adott szervrendszerei által biztosított működési teljesítőképessége, kialakultak-e összetett kórokú és következményű geriátriai szindrómák (elesések stb.), egyszerűbb tesztekkel megállapítható-e már esendő állapot is, vagy arra való előrement fenyegetettség?
- Milyen mérvű a multimorbiditás, van-e a társbetegségek között heveny kórállapot is, vannak-e kóroki kapcsolódó, komorbid jellegű kórfolyamat-kórállapot társulások [55].
- Mik a multimorbid beteg egyéni legfontosabb szükségletei, kezelési és egészségműködési igényei, életminőségének mely tényezőit tartja a beteg a legfontosabbnak?

Ajánlás6

Mérlegelni szükséges a többnyire fiatalabb, nem összetett kórállapotú vizsgáltakon történt tanulmányokra alapozott kezelési irányelveket [48, 49, 51, 55-60]. (B)

Gondosan mérlegelendő, hogy az egyes társbetegségekre eddig már alkalmazott, vagy mérlegeléssel-módosítással esetleg alkalmazandó, többnyire fiatalabb, nem összetett kórállapotú vizsgáltakon történt tanulmányokra alapozott kezelési irányelveknek mik az adott betegre rendszerint csak közvetve vonatkoztatható tudományos megalapozottságai, előnyei, terhei, kockázatai [48, 49, 55, 57, 58]

- hatásuk a jelen állapotot közvetlenül (adott mellékhatásokkal, vagy azok nélkül) befolyásolja-e, vagy csak jövőbe mutató, preventív jellegű, jövőbeli szövődményt, betegséget megelőző célzatú [56-60]
- nincs-e egymásnak ellentmondó ajánlása, az egyik kórfolyamat irányelv által sugallt kezelése nem rontja-e szignifikánsan egy másik kórfolyamat kilátásait [49, 50].

Ajánlás7

Tisztázni kell, hogy relatív, vagy abszolút kockázatsökkentés az ajánlott kezelés várható eredménye, mivel több idült társbetegség esetén mindig csak abszolút kockázat igérvénye alapozhatja meg a kezelési ajánlás alkalmazását [48, 49, 61, 62]. (B)

Ajánlás8

Jelentős javítás célkitűzésével javasolt átgondolni, hogyan csökkenthető az eddigi gyógykezelések általi betegterhelés, hogyan racionalizálhatók, egyszerűsíthetők, hogyan hangolhatók össze az eddigi beavatkozások, mennyire integrálhatók a beteg részére a különböző szolgáltatások. (B)

- Mennyire javítható az adott multimorbid beteg életminősége a gyógykezelési (gyógyszerek, sokfajta rendelésen elrendelt megjelenések) teher és a terápiás mellékhatások csökkentésével [62, 63], a szervezetenkénti elterjedt összehangolt gondozás korrekciója révén [64-66]?
- Mik az egyes kórfolyamatok és kezeléseik konkrét patológiás befolyása, és terhe az adott egyénre, lehet-e találni olyan terápiás támadáspontot, amely esetleg két, vagy több társ-kórállapotot is eredményesen befolyásolhat?
- Mi az a társbetegség, vagy melyek azok a társbetegségek, amely(ek) alapvetően beszűkíti(k) időben a multimorbid beteg időbeli életkilátását [67, 68] és erre való tekintettel milyen kezelések felfüggesztése látszik célszerűnek [62, 69-71]? A korrekt döntések érdekében helyes megpróbálni kategorizálni a várható túlélést (1 éven belül, 1 éven túl, 5 éven túl), ami nem könnyű feladat, e tekintetben jelentős a tévedés lehetősége is [49, 68].

Ajánlás9

Tisztázni szükséges, hogy az optimális, valóban végrehajtható, a beteg teljes értékű együttműködésére alapozható kezelés megtervezése érdekében. (B)

A beteg preferenciáinak felmérése (vannak-e egyáltalán), a napi funkcionális teljesítményének mely vonatkozásai szorulnak javításra, és mik a kiemelt panasz mérséklési igényei [49, 72-74];

Mennyire van tisztában a beteg az életkilátásaival, jelenlegi életmódjával, életmódjával befolyásolhatóságával, a javító célzatú beavatkozásokhoz valóban köthető terápiás mellékhatásokkal, terhekkel [48, 68].

Ajánlás10

A gyógyszerelés, a túlgyógyszerelés és non-farmakológiai terápiás beavatkozások komplex jellegű interakcióinak minimalizálása érdekében, a racionálisabb gyógyszerelés tervezés célkitűzésével elemezni szükséges [63]. (B)

- a fennálló nagyszámú társbetegség közül egyáltalán melyek fékezése, javítása játszik/játszhat kiemelt szerepet a beteg jelenlegi teljesítményének, életminőségének javíthatóságában;
- mely gyógyszerek hatása csak a távolabbi jövőre vonatkozó preventív jellegű;
- valamint mely kezelések okoznak/okozhatnak leginkább jelentős mellékhatásokat, nem kívánatos interakciókat terheléseket a betegre [69, 70], összetettebb gyógyszerelés esetén a beteg szervezetében;
- interakciós listákon túl további algoritmusok, szedatív és antikolinerg indexek is segíthetik ezt a nem kívánatos gyógyszer reakciókat vizsgáló elemzést [69, 71]. Nyomatékosan elkerülendő az az orvosi hiba, amikor fel nem ismert gyógyszer interakciók miatt létrejövő új panasz, új kórállapot felléptét egy újabb tüneti célzatú gyógyszer felírása követi.

Ajánlás11

Megértetve a beteggel a tervezett kezelés előnyeit/hátrányait részletes, általános összegező gondozási terv felállítása és adherenciát biztosító kezelési terv kialakítása szükséges [61, 63, 69-71, 73-76]. (B)

Ennek gyakorlati lépései az alábbiak:

Összegező, a beteg adherenciáját biztosító, rendszeresen felülvizsgált gondozási terv felállítása szükséges integratív és betegségek kezelésére vonatkozó irányelvek idősebb multimorbid betegekre való alkalmazhatóságát elbírálni képes orvosi felkészültséggel és szemlélettel, megértetve és elfogadva a beteggel a tervezett kezelések/beavatkozások előnyeit, esetleges terhelő voltát.

A gondozási tervnek komplexnek kell lennie, egyaránt figyelve a beteg panaszaira, funkcionális kapacitására, mentális állapotára, szociális, finansziális, környezeti feltételeire, belső patológias tényezői fékezésére, ugyanakkor kiemelten iatrogén ártalmak elkerülésére.

A gyógyszeres módosításokat, racionális redukciónkat, így esetleg a beteg által már nagyon megszokott, állapotában fontosnak tartott gyógyszerek kiiktatását különleges gondossággal egyeztetéssel kell érvényesíteni.

Ugyancsak maximális gondossággal kell a beteget és hozzátartozóit tájékoztatni arról, hogy a beteg szervezetének milyen, többnyire heveny változása esetén fenyegethet a kialakított gyógyszerelés jótékony hatása helyett súlyosan károsító, akár az életet is fenyegető hatással (például ha bármilyen okból só-víz depléció alakul ki antihipertenzív kezelést kapó idősebb betegben).

Ajánlás12

Új gyógyszert egy adott orvosi profil szakrendelése még egyértelmű indikáció esetén is csak akkor írjon fel a több kórfolyamatban is szenvedő idősebb beteg részére, ha dokumentáltan tanúsítja, hogy a beteg eddigi teljes gyógyszerelését gondosan áttekintette, valamenyi ismert kórállapotát és a frailty kockázatot is mérlegelte [62, 77].

(XI. MELLÉKLET 1.4. Algoritmusok, 4. ábra). (C)

Állapotfelmérésre használt indexek

Az idősek állapotának megítélését indokoltá teszi az, hogy azonos életkorú idősök között lényeges eltérések mutatkoznak fizikai státuszuk és mentális állapotuk vonatkozásában. Az állapotfelmérések mindenkori célja a diagnosztika, kezelési és gondozási terv elkészítésének segítése, az alapellátás munkájának megkönnyítése, a gondozás, elhelyezés optimalizálása, és az idősellátás gazdaságosságának biztosítása. Minden multimorbid geriatríai beteg esetében nagyon magas a kognitív funkcióvesztés fennállásának, illetve fokozódásának kockázata, ezért ezt ellátásba vételkor és utána is rendszeresen, meghatározott időközönként szűrés javasolt, hiszen ebből

következően lehet majd terápiás tervet, felügyeletet, gyógyszereszedési protokollt, ápolási szükségletet meghatározni vagy módosítani. Az átfogó geriátriai állapotfelmérést a funkcionális teljesítőképesség, a testi-, a lelki egészségi állapot, a szociális, környezeti tényezők rögzítésére használjuk.

További célja olyan, mindenre kiterjedő, általában interdisciplinális diagnosztikus eljárás elvégzése, mely az esendő, multimorbid idős ember orvosi, pszichoszociális és functionális adottságait és problémáit felmérje. Csak az átfogó geriátriai állapotfelmérés képes az összes lehetséges faktor figyelembevételére, ami befolyásolja pl. a daganatos beteg kezelését pozitív, vagy negatív irányban. Az állapotfelmérést kérdőívek kitöltésével végezzük és az összesített pontszámok alapján adhatunk objektív véleményt a kérdőív által felmért állapotról. (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 1. és 2. számú kérdőívek; 1.5. Egyéb dokumentumok 1., 2., 3. és 4. számú tesztek és indexek)

Ajánlás13

A napi élettevékenységek felméréséhez használt ADL (Activities of Daily Living, Katz) kérdőív esetében a fürdés, öltözködés, WC-használat, közlekedés, continencia, táplálkozás vonatkozásában az önállóan elvégzett tevékenység kap 1 pontot. A hatos pontszám teljes funkcióképességet, a 4 mérsékelt, a 2 súlyos funkciókárosodást jelent. (A)

A mindennapos eszközhasználatot felmérő IADL (Instrumental Activities of Daily Living, Lawton) kérdőív használatakor 9 kérdésben kell 3 fokozatban állást foglalni, így 27 pont adható maximálisan. A teszt alkalmas az állapotváltozás időbeli követésére. (XI. MELLÉKLETEK 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 1., 2. kérdőív)

A testi egészség megítélésére a hagyományos kvantitatív mérési módszerek: pl. labor, légzésfunkció mellett kvalitatív módszerek: pl. életminőség skálák és speciális skálák: pl. demenciára, depresszióra, parkinsonismusra, sclerosis multiplexre, egyensúly- és járásvizsgálatra állnak rendelkezésre.

Ajánlás14

Az egyensúly és a járás együttes vizsgálatára a Tinetti-féle módszer javasolt. Minél kisebb pontszámot ér el valaki, annál inkább mondható ki a kóros állapot jelenléte, adott határ alatt az elesés kockázata 5x-ösre nő. (A) A beteg általános állapotát, mobilitását jól jellemzi az „időzített felállás és elindulás teszt” (Timed Up and Go, TUG), ezért az izomfunkció megítélésére javasolt [78]. (A)

A beteg karosszékekben ül. A vizsgáló utasítására feláll, megtesz 3 métert, megfordul és visszatér a karosszékhez, majd leül. A felállás és leülés között eltelt időt mérjük másodpercekben. A beteg használhat járásához segédeszközt (pl. támbot), de ezt írásban rögzíteni kell. A teszt normális értéke 8–12 sec; 13,5 sec fölött (75 évnél idősebbekben 15 sec) az elesés rizikója magas [78]. (MELLÉKLETEK 1.5. Egyéb dokumentumok 1. és 2. számú tesztek)

Ajánlás15

Fontos a lelki egészség megítélése, melyet kognitív funkciók mérésére szolgáló Folstein-féle Mini Mental State Examination (MMSE) elvégzésével objektívizálhatunk. (A)

(XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 3. számú kérdőív).

Ajánlás16

Az affektivitás megítélésére (szorongás, depresszió) a Yesavage és Hamilton által készített geriátriai depressziós skálákat (GDS) használjuk. (A)

(XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 4. számú kérdőív).

Ajánlás17

A tápláltsági állapotot a Mini Nutritional Assessment (MNA) kitöltésével lehet a legösszetettebb módon felmérni. Az alultápláltság veszélyeire nem lehet eléggé felhívni a figyelmet. (A)

(XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 5. számú kérdőív).

Ajánlás18

Az átfogó állapotfelméréshez szorosan hozzátartozik a csonttörési index meghatározása, mint az idős kor egyik leggyakoribb és veszélyeit is tekintve kiemelkedően fontos tényezője [79]. (A)

Ajánlás19**A comprehensive geriátriai állapotfelmérés (CGA) alkalmas eszköznek tűnik a kérdés(ek) megválaszolására. (A)**

A Nemzeti Általános Daganat Hálózat és a Geriátriai Onkológiai Nemzetközi Társaság irányelve szerint minden 65 évnél idősebb daganatos betegnél tanácsos az állapotfelmérés rutinszerű elvégzése.

Rosszindulatú daganatos betegek teljes körű állapotfelmérése

Idősekben általában az alacsony testtömeg és BMI (body mass index) rosszindulatú daganat nélkül is. Daganatos idősekben 5% testsúlycsökkenés szignifikánsan emeli a daganatos mortalitást. A <19,5 kg/m² BMI a daganatos mortalitást extrém mértékben fokozza [80].

A Charlson komorbiditás indexet (CCI) a betegségek által okozott egy éves mortalitási rizikó és a betegségek által okozott pluszterhelés mérésére fejlesztették ki és hitelesítették. A mortalitásnak, mint az életkor egyik független prediktorának kiszámításához egy kombinált életkor-CCI-t alkottak meg. A CCI-t kiterjedten használják, hogy megtalálják a komorbiditások zavaró befolyását, előre jelezzék a betegség kimenetelét. A klinikai gyakorlatban a CCI a társbetegségeket egy egyszerű numerikus score-ba redukálja, mely segíti a beteg alcsoportokba sorolásában, mely a betegség súlyosságán alapul, kifejtve az ápoláshoz és a forrásfelhasználás optimalizálására szolgáló modellt. A CCI 17 társbetegséget plusz a diabetes mellitust és a májbetegséget veszi figyelembe, melyet 1–6-ig súlyoz a betegségek súlyossága alapján, majd egy összegző számot ad meg. A CCI figyelembe veszi a betegek életkorát, mely szerint 40 év fölött évtizedenként 1 pontot ad hozzá az eredményhez. A kérdőív kitöltése kis gyakorlatot igényel [81], sőt elektronikus excell formátumot is kifejlesztettek. A primer diagnózis és a társbetegségek függvényében a CCI score értékei tanulmányonként változnak, ezért a standardizálás további vizsgálatok elvégzését igényli.

Ajánlás20**A krónikus betegséggel élő idősök esendővé válásának rizikója párhuzamosan nő a betegséggel eltelt idővel. (A)**

A frailty „arany standard” definícióját még nem fogalmazták meg, két elfogadott definíció áll rendelkezésünkre. Az „Esendő Fenotípus”-ba azon idősök tartoznak, akik öt kritériumból hármat „teljesítenek”: meglassult mozgás, csökkent szorítóerő, kimerültség, alacsony fizikai aktivitás és indokolatlan testsúlycsökkenés. Egy másikban kognitív funkciók, kedélyállapot, és a szociális helyzet is beletartozik. Az esendőséget a progresszív hanyatlás, a fizikai és fiziológiai tartalékok markáns csökkenése, gyakori elesések, lassú gyógyulási hajlam, gyakori és hosszas kórházi ápolások jellemzik. Az esendő beteg állapotát nagyon nehéz javítani. Ezek miatt fontos az esendőség mértékének mielőbbi felmérése, mert a korai diagnózissal időt nyerhetünk [82].

Erre szolgál az idősök számára kifejlesztett frailty index: Frailty Index For Elders (FIFE). Ez egy 10 tételből álló teszt, 0= nincs esendőség, 1–3 a hajlamot jelzi, 4 fölötti érték esendőséget jelez [83] (XI. MELLÉKLET 1.5. Egyéb dokumentumok, 3. számú index). Ismert ezenkívül a Klinikai Esendőségi Skála és az Edmonton Esendőségi Skála.

Malnutríció, szarkopénia, esendőség (frailty) szindróma**Malnutríció diagnózisa****Ajánlás21****Multimorbid betegeknél, egyszerű, gyors, validált módszerrel szükséges a kóros tápláltsági állapot rizikóját felmérni. (B)**

Amennyiben a beteg közepes vagy magas rizikó csoportba tartozik, további részletes felmérés szükséges [3]. A multimorbid betegekre vonatkozóan még nincs kidolgozva validált szűrő módszer, ezért a malnutríció rizikójának és súlyosságának felmérésére általános kérdőívek állnak rendelkezésre pl. MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), NRS (Nutrition Risk Screening), MNA (Mini Nutritional Assessment). Az idős, multimorbid betegek szűrése során a legtöbb releváns információt az MNA szolgáltatja [3–5, 84] (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 5. számú kérdőív). A veszélyeztető tényezők feltárásában segíthet a beteg (vagy hozzátartozó) által kitöltött önszűrő kérdőív (pl. PG-SGA, Patient-Generated Subjective Global Assessment, négy fontos területre rákérdezve: a jelenlegi testtömegre és változására, a táplálkozásra és a tápanyagbevitelre, valamint a fizikai aktivitásra) [84]. A malnutríció súlyosságát az 1. táblázat mutatja be [3, 4]. (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok, 1. táblázat)

Ajánlás22

Multimorbid betegekben, amennyiben neurológiai kórkép is fennáll, pl. stroke, a diszfágia súlyosságának felmérését amilyen korán csak lehet, el kell végezni, még azelőtt, mielőtt a beteg orálisan bármit is fogyasztana (B).

Módosított textúrájú diéta és a folyadékok besűritése csökkentheti az aspirációs pneumonia incidenciáját, ugyanakkor elégtelen energia- és folyadékbevitel eredményezhet, ami miatt rendszeres monitorozás szükséges [85]. (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok, 1. táblázat)

Malnutrició kezelése**Ajánlás23**

Multimorbid betegekben korai, adekvát táplálásterápiát kell alkalmazni, táplálási terv kidolgozásával és a hatékonyság követésével (minőségi mutatók meghatározásával). (B) Táplálásterápia megtervezésekor az alábbi stratégiai lehetőségek állnak rendelkezésre, melyek önállóan vagy kombináltan is alkalmazhatók: orális stratégia (diétás intervencióval és/vagy speciális, gyógyászat célra szánt élelmiszerek/tápszerek alkalmazásával), enterális stratégia (táplálást segítő eszközök segítségével valósul meg a szondatáplálás), intravénás stratégia (amikor parenterális táplálás kerül alkalmazásra) [3, 4].

Ajánlás24

Multimorbid betegeknek, akik malnutricióban szenvednek vagy magas a malnutrició rizikója, magas energia- és magas fehérjetartalmú, speciális, gyógyászati célra szánt élelmiszert/tápszert történő táplálásterápiát szükséges alkalmazni a tápláltsági állapot és az életminőség javítása céljából [3]. (A)

Ajánlás25

Azoknál, akiknél valószínűleg fennáll az izomtömegvesztés, tápanyag-specifikus élelmiszert/tápszert szükséges alkalmazni a mortalitás csökkentésére és az életminőség javítására [3]. (B)

Ajánlás26

A táplálásterápiát a malnutrició szempontjából rizikóval bíró multimorbid betegeknek a kórházból való távozás után is szükséges alkalmazni. (A)

A táplálásterápiát a tápláltsági állapot és a testtömeg fenntartása vagy javítása céljából szükséges alkalmazni [3].

Ajánlás27

A napi energiabevitel minimális célértékét a testtömeg függvényében szükséges meghatározni: 30 kcal/ttkg. (B)

Alutápláltság esetén lassan, óvatosan szabad csak emelni az energiabevitelt, mert ebben a populációban magas az újratáplálási szindróma (refeeding syndrome) kialakulásának rizikója [3, 6, 11].

Ajánlás28

Multimorbid betegeknek a fehérjeszükséglet minimum 1 g/ttkg [3]. (A)

Ajánlás29

Megfelelő fehérjebevitellel csökkenthető a testtömegvesztés, a komplikációk és az újrafelvételek rizikója, valamint javítható a funkcionális státusz. A személyre szabott kalkuláció során ajánlott figyelembe venni a tápláltsági állapotot, a fizikai aktivitást, a betegségek státuszát és a toleranciát [3]. (B)

Ajánlás30

Idős, krónikus betegeknek, különösen, ha tumoros betegség is fennáll, 1,5 g fölél is emelhető fehérjebevitel [32]. (B)

Ajánlás31

Táplálásterápiában részesülő időseknek amennyiben speciális, gyógyászati célra szánt élelmiszert/tápszert fogyasztása is elrendelésre kerül, a normál táplálkozással történő bevítelen felül minimum 400 kcal energiát és 30 g fehérjét szükséges biztosítani naponta [6]. (A)

Ajánlás32

Enterális táplálás (szondatáplálás) javasolt, ha az orális bevitel nem valósítható meg várhatóan 3 napon belül, vagy az energiaszükséglet kevesebb, mint a fele érhető el, több mint 1 héten keresztül. (E)

Legfeljebb 4 hétig tartó szondatáplálásnál nazogasztrikus szonda lehelyezése javasolt, több mint 4 hétig tartó táplálás esetén PEG (percutaneous endoscopic gastrostomy) behelyezése javasolt [6].

Ajánlás33

Multimorbid betegeknél, bizonyos betegségek (pl. neurológiai kórképek, fejsérülések, fej-nyak daganatok, gasztrointesztinális (GI) daganatok, egyéb GI megbetegedések, malabszorpciós szindrómák) jelenléte esetén, a kórházból való távozás után a beteg otthonában is szükséges a szondatáplálást folytatni, mindaddig, amíg a malnutrició rizikója fennáll. (B)

Ezekben az esetekben az otthoni szondatáplálás (home enteral nutrition, HEN) egy életmentő, életfenntartó terápiának minősül. Rendszeres monitorozást igényel a beteg: testtömege, testösszetétele, izomereje és teljesítőképessége, valamint energia-, tápanyag-, folyadékbeviteli számítások és laboratóriumi vizsgálatok is szükségesek lehetnek. Továbbá ellenőrizni szükséges az enterális táplálással kapcsolatos szövődeményeket és a volumentoleranciát is [3, 86].

Szarkopénia diagnózis**Ajánlás34**

A szarkopénia gyors szűrését időseknél (>65 év) rendszeresen, évente javasolt elvégezni az ICFSR (International Clinical Practice Guidelines for Sarcopenia) szerint, multimorbiditás esetén ismételni szükséges, minden súlyos egészségügyi eseményt követően. Módszerek: járási sebesség mérése, SARC-F kérdőív. (C)

A magyar nyelven is rendelkezésre álló ún. SARC-F kérdőív gyors diagnosztikus teszt a szarkopénia szűrésére (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 6. számú kérdőív), [87]. Részletes felmérésnél a vizsgálandó paraméterek: izomtömeg, izomerő, izomfunkció [4, 5, 9, 10]. A diagnosztizálás módszereit és a határértékeket a 2. táblázat mutatja be (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok fejezetben 2. táblázat). A súlyosság meghatározása: pre-szarkopénia (alacsony izomtömeg), szarkopénia (alacsony izomtömeg és alacsony izomerő vagy csökkent izomfunkció), súlyos szarkopénia (alacsony izomtömeg és alacsony izomerő és csökkent izomfunkció) [4, 5, 9, 10, 15, 32]. További kategorizálások: elsődleges (életkorral) vagy másodlagos (betegséggel összefüggő); akut (akut betegséggel összefüggő, rövid ideig fennálló, <6 hónapja) vagy krónikus (krónikus betegséggel összefüggő, hosszú ideig fennálló, > 6 hónapja) [5].

Ajánlás35

A szarkopénia diagnosztizálása kapcsán a bioelektromos impedancia analízis módszer segítségével származtatott fázisszög értékes és egyszerű prognosztikai eszközként használható a fogyatékoság kockázatának megítélésére időskorúak (>65 év) esetében [88]. (B)

Szarkopénia kezelése

Akut vagy krónikus betegséggel rendelkező időseknél a szarkopénia komplex kezelést igényel: az alapbetegség kezelése mellett, adekvát táplálásterápiát és fizioterápiát szükséges alkalmazni [89, 90].

Ajánlás36

Javasolt napi fehérjebevitel: 1,2–1,5 g/ttkg. (A)

Magas fehérjebevitelt igényelnek a multimorbid geriátriai betegek egyrészt a betegségekkel összefüggő fehérjekatabolizmus miatt, másrészt az anabolikus rezisztencia miatt, amelynek alapjául szolgáló mechanizmusok a következők: csökken a fehérje emészthetősége, az aminosavak poszt-pandriális elérhetősége, csökken az izom aminosav-felvétele, csökken az aminosavszignál a fehérjeszintézishez, és alacsonyabb a poszt-pandriális izomperfúzió is. Az adekvát fehérjebevitel segít limitálni és kezelni az életkorral összefüggő izomtömeg-, izomerő- és funkcionális képességek csökkenését [89]. **Egy étkezésre javasolt fehérjedózis**, az izomszintézis maximalizálására: **25–30 g**, ami tartalmazzon 2,5–2,8 g leucint (leucinban gazdag élelmiszerek pl. tejtermékek, szója) [91-93].

Ajánlás37**Multimorbid betegeknél a kórházba való felvételt követő 48 órán belül korai táplálásterápia elrendelése javasolt. (B)**

A szarkopénia csökkentése és az önellátás fenntartása/javítása érdekében [3].

Ajánlás38**A fizioterápia során rezisztencia- és aerob tréninget, illetve egyensúlyi gyakorlatokat is szükséges alkalmazni. (A)**

A rendszeres tornagyakorlatok segíthetnek az életkorral összefüggő mitokondriális diszfunkciók normalizálásában és javíthatják az izomfunkciót. A rezisztencia gyakorlatok növelik az inzulinérzékenységet, és ezáltal javítják a glükózfelhasználást és fokozzák a myofibrilláris fehérjeszintézis [89].

Ajánlás39**A multimorbid személyek esetében különösen fontos az egyénre vagy kiscsoportra szabott, lehetőség szerint gyógytornász által, a fokozatosság elvét követő gyakorlatsor megtervezése, felépítése és a helyes kivitelezés ellenőrzése. (A)**

Az izomgyakorlatok megtervezésekor figyelembe kell venni a társbetegségek egyes mozgásokat limitáló hatását, a keringés aktuális kapacitását, a környezet lehetőségeit. Hangsúlyozni szükséges a gyakoriság és a lépcsőzetesség elvét maximálisan előtérbe helyező szemlélet fontosságát. Heti minimum 2–3 alkalommal javasolt a megtervezett gyakorlatsor elvégzése [9].

Az esendőségi szindróma felmérése**Ajánlás40****Minden 70 év feletti, az egészségügyi ellátással kapcsolatba kerülő személy esetén szükséges az esendőség felmérése, szűrése, hogy minél előbb diagnosztizálhassuk és a lehető legjobb, egyénre szabott ellátásban részesíthessük a páciens [94]. (A)**

Mivel a multimorbid betegek többsége esendőség szindrómában szenved, a NICE guideline javasolja az esendőség felmérését, de óvatosságra figyelmeztet akut betegség esetén és a fizikai teljesítőképességet felmérő tesztek mellőzését javasolja ilyen akut esetekben [48]. Másrészről viszont az esendőség szindróma klinikailag manifeszt társbetegség nélkül is jelentkezhet, ez előtérbe helyezi a preventív medicina jelentőségét. (XI. MELLÉKLET 1.4. Algoritmusok, 4. ábra) [94].

Ajánlás41**Az alapellátásban részesülő és önellátásra képes multimorbid betegek esetén elsősorban a járási sebesség felmérését (pl. több mint 5 mp szükséges 4 m megtételéhez) vagy a PRISMA-7 kérdőív (legalább 3 pont) alkalmazása javasolt, kórházi járóbeteg-ellátás során pedig még jól alkalmazható a fizikai teljesítőképesség becslésére a TUG („timed up and go”, időzített felállás és elindulás teszt, 12 mp felett frailty) és a „Fizikai Aktivitás Skála Időseknek” kérdőív is (PASE, Physical Activity Scale for the Elderly, férfiakban 56, nőkben 59 pont alatt frailty) (B). (XI. MELLÉKLET 1.5. Egyéb dokumentumok, 2. számú teszt)**

Az esendőség szindróma megítélésére a gyakorlatban az „Esendő Fenotípus” és a frailty index (FIFE, XI. MELLÉKLET 1.5. Egyéb dokumentumok, 3. számú index) még mindig egyaránt jól használható, a rendelkezésre álló evidenciák nem helyezik előtérbe egyiket a másikkal szemben [48, 94].

Ajánlás42**Megbízhatósága miatt javasolt a kiterjedt geriátriai állapotfelmérés, a CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) használata. (A)**

A CGA egy vezetett, strukturált anamnéziszfelvétel, amely a funkcionális/fizikai, tápláltsági és mentális állapot (kognitív funkciók, depresszió) mellett szociális és környezeti aspektusokra is kitér, és külön hangsúlyt helyez az úgynevezett geriátriai 5 i-re: intellektuális hanyatlás, immobilitás, instabilitás, inkontinencia és iatrogén ártalmak (polifarmácia, hospitalizációk, delírium). Elsősorban a hosszú távú, egyénre szabott gondozási terv felállításában, a szakellátásban alkalmazzák [94].

Az esendőségi szindróma átfogó kezelési elvei

Ajánlás43

Idős, esendőségi szindrómában szenvedő betegekben a malnutríció felmérésére ajánlott az MNA jól validált módszer [94]. (A)

(XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 5. számú kérdőív)

Ajánlás44

A malnutríció elkerülésére – különösen akut vagy krónikus társbetegség fennállása esetén – napi 1,2–1,5 g/ttkg fehérje bevitele javasolt [94]. (A)

Ajánlás45

D-vitamin-szupplementáció szükséges a minimálisan kívánatos 30 nmol/l-es szérumszint eléréséig, nemcsak az elesések és a törések megelőzése, hanem az izomerő megtartása érdekében [94]. (A)

Ajánlás46

A 65–80 éves 30 kg/m² vagy magasabb BMI-vel és társbetegséggel rendelkező (metabolikus, kardiológiai zavarok, COPD, mozgáskorlátozottság) rendelkező betegekben csak mérsékelt és fokozatos testtömegcsökkentés kívánatos: 8–10% 6 hónap alatt. (B)

Mérsékelt testtömegcsökkentés (0,5–1 kg/hét, napi 200–500 kcal energiacsökkentéssel), és normális (1 g/ttkg/nap) illetve polimorbiditás esetén magas fehérjebevitellel (>1,2 g/ttkg), és emellett rezisztencia gyakorlatok végzésével javasolt. 80 évnél idősebb esendőségi szindrómában szenvedő betegekben nem bizonyított a súlycsökkentés előnyössége, ezért a cél a kielégítő táplálkozás és a rezisztencia gyakorlatok alkalmazása mellett az izomtömeg megőrzése. Idős, 23 kg/m²-nél kisebb BMI-vel rendelkező betegekben, az energiában és tápanyagokban gazdag táplálkozás és rezisztencia gyakorlatok alkalmazásával a testtömeg, elsősorban az izomtömeg fokozatos növelése a cél [94].

Ajánlás47

Az esendőségi szindróma kialakulása ellen az inaktív, ülő életmód feltétlenül kerülendő már napi 7–9 órányi inaktivitás fokozza a kockázatot. Strukturált, összetett mozgásprogram javasolt esendőségi szindrómában szenvedő idős betegekben: erőnléti, izomerő, hajlékonyság- és egyensúlyfejlesztő gyakorlatok kombinációjával [94]. (A)

Ajánlás48

A biztonságosságot és az egyéni terhelhetőséget szem előtt tartva fokozatos növekedő intenzitású gyakorlatok javasoltak. Frailty esetén az alacsonytól közepes intenzitású gyakorlatok végzéséig javasolják. (B) (heti 3 alkalommal 30–45 percig), pre-frail állapotban (esendőség prodroma) a középestől a magas intenzitású gyakorlatokig [94].

Ajánlás49

Az idős, esendőségi szindrómában szenvedő betegekben a gyógyszerelés nem megfelelő elrendelése és polifarmácia, 10-nél többféle gyógyszer szedése feltétlenül csökkentendő. (A)

Mind a potenciális mellékhatások, mind az egészségügyi költségek szempontjából. Javasolható a CGA mellett a Beers-féle kritériumok, a STOPP/START program használata is, a rendelkezésre álló evidenciák még nem helyezik előtérbe egyiket a másikkal szemben, de multimorbid idős, esendő pácienseknél hangsúlyozzák a holisztikus szemlélet szükségességét.

Egyelőre korlátozott evidenciák állnak rendelkezésre a vitális funkciók infokommunikációs technológiák (ICT) segítségével való monitorozásának alkalmazásáról idős, esendő páciensekben, de pozitív eredmények szólnak az elesések megelőzése, a szociális izoláció csökkentése és a házi betegellátás vonatkozásában [94].

Az osteoporosis diagnosztikája és kezelése a geriátriai gyakorlatban

A korszerű geriátriai szemlélet szerint az osteoporosis – legalábbis a nagyon idősök esetében – az életkorral szintén fokozódó gyakoriságú ún. esendőség szindróma része. Nagy vizsgálatok igazolják, hogy minél esékenyebb egy idős beteg, annál nagyobb az esélye a csonttörésre [95]. Az osteoporosis és a következményes csonttörések

szövődményeinek ellátása a fejlett világ egészségügyi rendszereinek egyik leginkább költségigényes területe (átmeneti vagy végleges mozgáskorlátozottság, rehabilitáció, tartós ápolási igény stb.).

A következőkben a női és férfi osteoporosis diagnosztikájának és kezelésének a legfontosabb elemeit tárgyaljuk, kiemelve azokat a részleteket, amelyek az idős és a nagyon idős korosztályt érintik.

Az osteoporosis diagnózisa

Osteoporosisot diagnosztizálunk, ha a t-score-ban kifejezett csontsűrűség (bone mineral density – BMD) a lumbalis gerincen vagy a femuron < -2,5. Minden egységnyi t-score csökkenés megközelítőleg kétszeresére emeli a csonttörési kockázatot. A diagnózis felállítására idős korban a femuron megállapított t-score érzékenyebb, mint a lumbális gerincen mért.

Ajánlás50

Az ajánlások többsége szerint rutinszerű csontsűrűségmérés nők esetén 65, férfiak esetében 70 év felett ajánlott [96–98]. (B)

Ajánlás51

Az ettől fiatalabb személyeknél a DEXA-val (kettős energiájú röntgenfoton abszorpciometria – DEXA) történő populációs szűrés nem javasolt [97, 98]. (B)

Ajánlás52

50 éves kortól kezdve ajánlott, hogy ötévente, illetve minden csonttörés után mérlegeljük a csonttrikulás, illetve csonttörések kockázati tényezőit (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok, 3. táblázat) [99]. (B)

Ajánlás53

Bármelyik kockázati tényező fennállása esetén – életkortól függetlenül – indokolt a DEXA-vizsgálat [99]. (B)

Ajánlás54

Negatív szűrővizsgálat után 3–5 éven belül – kockázati tényezők hiányában – nem javasolt ismételt oszteodenzitometriás vizsgálatot kezdeményezni [99]. (C)

Ajánlás55

Az anamnézis – ennek hangsúlyos részeként a családi és az egyéni csonttörési anamnézis – felvétele mellett, a gondos fizikális, laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok elvégzése szükséges, a beteg állapotának, kísérő betegségeinek teljes körű felmérése és a szekunder osteoporosis kizárása érdekében [100]. (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok, 4. táblázat) (A)

A képalkotó vizsgálatok közül ki kell emelni a dorsolumbalis gerinc csigolyáinak oldalirányú vizsgálatát. Ez azt a célt szolgálja, hogy a gyakran klinikai tünet nélkül kialakuló, akár enyhébb fokú csigolyatöréseket kimutassuk. Ez a cél elérhető hagyományos röntgen vizsgálattal vagy a korszerű DEXA-készülékeken ún. gyors csigolyaértékelő morphometriás módszerrel [99].

A csonttörési kockázat megállapítása

A csonttörési kockázat felméréseinek célja, hogy az osteoporosis diagnosztikájának ismeretében megítéljük és számszerűsítsük a rövid, középtávon bekövetkező csonttörések valószínűségét.

Ajánlás56

Igazolt osteoporosis, valamint osteoporosis kockázati tényezővel élők esetében mérlegelni kell a csonttörési kockázatot. (A)

A csonttörési kockázat felmérése ma világszerte és hazánkban is legjobban ismert, online is szabadon használható rendszer a WHO által is elismert FRAX [101]. Ez az eszköz 11 fontos kockázati tényező (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok, 5. táblázat) és – amennyiben ismert – a combnyak BMD számszerű bevitelét követően megadja, hogy mekkora a %-ban kifejezett esélye az elkövetkező 10 évben bekövetkező I) ún. major csonttöréseknek és II) a csípőtáji törésnek. Major csonttörésnek tekinti a rendszer a csípőtáji, alkar- és humerus, továbbá a klinikailag felismert csigolyatöréseket. A FRAX-rendszer további előnyei, hogy I) a csonttörés valószínűségének számolásakor a hátralévő várható élettartamot

is figyelembe veszi és II) a csonttörési kockázatot országspecifikusan kalkulálja, így Magyarországra vonatkozóan is (FRAX).

Ajánlás57

A FRAX rendszer alkalmazása ajánlott akkor is, ha csontsűrűségmérés nem történt, illetve eredménye nem ismert [98]. (A)

A DEXA-vizsgálat a csonttörési kockázat felmérésének egyik legfontosabb, de nem feltétlenül nélkülözhetetlen eleme. Napjainkra az osteoporosis és a csonttörések kockázati tényezőit, ezek egymáshoz viszonyított súlyát olyannyira pontosan ismerjük, hogy a csonttörési kockázat megállapítása még akkor is kielégítő pontosságú, ha nincs mód DEXA-vizsgálat végzésére [97, 99].

Az osteoporosis terápiája

Életmódi és táplálkozási tanácsok

Ajánlás58

Rendszeres fizikai aktivitás javasolt, előnyben részesítendők a gravitációval szemben végzett gyakorlatok [99]. (A)

Ajánlás59

Az esési kockázati felmérés eredményeinek megfelelő orvosi vizsgálatok, beavatkozások, illetve szükség esetén a lakókörnyezet módosítása javasoltak. (C)

Egyes becslések szerint így az esések akár egyharmada is elkerülhető [102].

Ajánlás60

A kívánatos napi kalcium össz-bevitel 800–1200 mg, optimálisan tejtermékek formájában. Amennyiben a táplálékkal történő bevitel ennél kevesebb, kiegészítő per os gyógyszeres bevitel alkalmazandó, 500–1000 mg elemi kalcium formájában [99, 100]. (B)

Ajánlás61

Felnőtt egyének esetében a napi D-vitamin-igény 800 NE. Amennyiben a táplálékkal történő bevitel ennél kevesebb, osteoporosis kockázati tényezővel bíró egyének, illetve laboratóriumi vizsgálattal igazolt D-hypovitaminosis esetén napi 400–800 NE cholecalciferol rendszeres bevitelére javasolt [99, 100]. (A)

Ajánlás62

Minden idős beteg – különösen a magas esési kockázattal rendelkezők – esetében speciális, az izomerőt célzottan növelő, az egyensúly-érzékelést javító gyakorlatok, csonttörést követően speciális fizioterápiás kezelések javasoltak [99, 103]. (C)

Gyógyszeres kezelés

A csonttritkulás elleni gyógyszeres kezelésektől a csigolyatörések 30–70%-os, a perifériás csonttörések mintegy 20%-os és a csípőtáji törések mintegy 40%-os csökkenése várható [99].

Ajánlás63

A csonttritkulás elleni gyógyszeres kezelés bármely formájánál a kalcium- és D-vitamin-bevitel optimalizálása, az esetleges hiányállapot rendezése szükséges [99]. (B)

Az életkorral járó osteoporosis kezelésére ma hazánkban elfogadott hatóanyagokat a XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok fejezetben a 6. táblázat tartalmazza.

Ajánlás64

A biszfoszfonát-készítmények napjainkban az elsőként választandó, leggyakrabban alkalmazott csonttritkulás elleni gyógyszerek [104]. (A)

Ellenjavallat hiányában rendszerint per os készítményt (alendronát, rizedronát, ibandronát) választunk. Az ibandronátot adagolhatjuk 3 havonta perenterálisan is, a zoledronátot évente infúzió formájában. A per os adagolt készítmények

leggyakoribb mellékhatása a felső gastrointestinalis traktus irritációja. Nyelőcsőőrülési zavarral járó állapotokban per os alkalmazásuk nem javasolt, gyomorbetegségek esetén megfontolandó. Elsősorban az intravénásan adagolt biszfoszfonátok (ibandronát, zoledronát) esetében számíthatunk az alkalmazást követő napokban influenzaszerű tünetek jelentkezésére.

Ajánlás65

A legújabb európai ajánlás szerint nem javasolt felfüggeszteni a megkezdett biszfoszfonát kezelést az alábbi esetekben:

- 75 évnél idősebbek,
- korábban csigolya- és/vagy csípőtáji törést szenvedettek,
- a kezelés alatt bekövetkezett kis-traumás törés(ek), amennyiben szekunder osteoporosis és a nem megfelelő gyógyszeres kezelés kizárható,
- napi 7,5 mg prednizolon-ekvivalensnél nagyobb dózisú glükokortikoid-kezelés alatt. [99]. (B)

Ajánlás66

A denosumab RANK-ligand ellenes humanizált antitest, egyike a leghatékonyabb csontreszorpció-gátlóknak (A). Hathavonta sc. adagoljuk. Alkalmazása alatt hypocalcaemia jelentkezhet, különösen D-vitamin-hiányos betegekben. Minden újabb adag beadása előtt javasolt a szérum kalcium ellenőrzése [99]. (D)

Ajánlás67

A denosumab kezelés felfüggesztését követően kialakuló gyors csontvesztés megelőzése céljából a kezelést egyéb antireszorptív készítménnyel kell folytatni [99]. (B)

Ajánlás68

A legsúlyosabb, többszörös csonttörést elszenvedett osteoporoticus betegeknél teriparatid alkalmazása javasolt [98]. (B)

A gyógyszeres kezelés monitorozása

Monitorozás DEXA-vizsgálattal

Ajánlás69

Egy jól beállított antiosteoporotikus kezelés mellett – újabb csonttörés hiányában – a kontroll DEXA-vizsgálat elvégzése 3–5 évente elegendő. (B)

Az antireszorptív gyógyszerektől a csontsűrűségnek viszonylag kismértékű és éveken át tartó, lassú növekedése várható. Figyelembe véve a BMD ismételt DEXA-vizsgálattal történő reprodukálhatóságának korlátait, pusztán szakmai alapon az első kontroll DEXA-vizsgálat 3–5 éven belül nem indokolt [99].

Monitorozás biokémiai markerekkel

A gyógyszeres kezelésre bekövetkező csontmarker válasz jóval hamarabban jelentkezik és robosztusabb, mint a BMD változása. A per os alkalmazott biszfoszfonátok felszívódása rossz, különösen, ha az étkezéshez való időzítést a beteg nem tartja be, ami a várt antireszorptív hatás elmaradását eredményezi. A csontmarker-meghatározások segíthetnek a gyógyszeres kezelés rendszertelenségének vagy elmaradásának felismerésében is.

Ajánlás70

A kezelés közben kialakuló törés esetén minden esetben ismételt laboratóriumi és DEXA-vizsgálat indokolt, a kezelési stratégia átgondolásával. Egyetlen újonnan bekövetkezett törés nem jelenti feltétlenül az alkalmazott gyógyszer hatástalanságát, ismételt új törés(ek) esetén azonban célszerű egyéb gyógyszerre váltani [99]. (E)

A gyógyszeres kezelés időtartama

Ajánlás71

A jelenleg alkalmazott csontritkulás elleni készítmények alkalmazási időtartamát illetően csak a teriparatidnál van szigorúan megkötött felső határ. Minden más készítmény alkalmazási ideje egyedi elbírálást igényel. Elsősorban a biszfoszfonátokkal történő kezelésnél jön szóba – 3–5 éves kezelést követően – gyógyszereszünet beiktatása [99]. (E)

Ajánlás72

Prostatarákos betegen tervezett androgéndepprivációs terápia megkezdése előtt a csonttörési rizikó felmérése szükséges [100]. (B)

Az időskori szívelégtelenség

Az időskori szívelégtelenség igen jelentős népegészségügyi probléma, amely ebben a korcsoportban legtöbbször halmozódó kardiológiai kórképek (hypertonia, ischaemias szívbetegség stb.) következményeként alakul ki, valamint más szervek, szervrendszerek részéről további betegségek egyidejű társulása súlyosbít.

Ajánlás73

Tüneteik és panaszaik alapján ajánlott a szívelégtelen betegeket állapot súlyossági csoportokba sorolni (NYHA funkcionális osztály). (A)

Jelenleg az ESC 2021-ben publikált irányelve használatos: HFpEF (heart failure with preserved ejection fraction) 50% feletti, HFmrEF (heart failure with mildly reduced ejection fraction) 40–49%-os és HFrEF (heart failure with reduced ejection fraction) 40% alatti bal kamrai ejekciós frakciójú szívelégtelenség fenotípusokat különít el [105].

A szívelégtelenség lehet akut, vagy krónikus. Az idős krónikus szívbetegknél hirtelen állapotromlás (malignus ritmuszavar, coronaria elzáródás, pumpafunkció elégtelenség vagy billentyű hibából adódó volumen terhelés) akut szívelégtelenséget, akár váratlan exitust is okozhat [106].

Ajánlás74

Fontos törekedni a szívelégtelenség súlyossági fokának ismerete mellett a pontos etiológiai háttér tisztázására is, mert ez határozza meg az aktuális gyógykezelést. (A)

65 év felett is szívelégtelenségben részletes kardiológiai kivizsgálást kell kezdeményezni a coronariák státusza, az ingerképzés és ingervezetés helyzete, a szívizom összehúzódnási és elernyedési képessége, szívüreg mérete, billentyű morfológia és funkció, endocardium és pericardium rendellenességei tisztázására, mert mindezek befolyásolhatják a szükséges terápiát. A gyógyszeres kezelés mellett a geriátriai betegeknél is indokolt lehet kardiológiai intervenció, pl. coronaria stent behelyezése, billentyűcsere (amennyiben a szívsebészeti billentyűműtét túl magas kockázatú, egyes billentyű betegségek – aorta stenosis (TAVI) vagy mitralis billentyű elégtelenség (pl. mitralis TEER) percutan módszerrel is kezelhetők. Jó eredményű a biventrikularis pacemaker alkalmazása csökkent ejekciós frakciójú szívelégtelenségben, amennyiben indikációja fennáll (széles QRS-sel járó bal Tawara-szár block, 35% alatti bal kamrai ejekciós frakció). A VAD (ventricular assist device) kezelés illetve szívtranszplantáció alapvetően nem a geriátriai betegek kezelési módja, de a VAD-al élő vagy szívtranszplantált betegek is egyre inkább elérik az idős kort [107-110].

Ajánlás75

Az akut szívelégtelenség azonnal kardiológiai ellátásba irányítandó. (A)

Az új kezelési módokra vonatkozó gyakorlati megfontolásokat az ESC 2021. évi irányelve tartalmazza [105].

Ajánlás76

A krónikus szívelégtelenség kialakulásának megelőzésére javasolt a társbetegségek (pl. hypertonia, diabetes mellitus) fokozott gondozása és a rizikófaktorok mérséklése. (A)

Egyre nagyobb hangsúlyt kap az idős betegek és hozzátartozóik edukációjának szükségessége is, a helyes életmóddal és rizikófaktorokkal kapcsolatban (fizikai aktivitás, tudatos táplálkozás, pontos gyógyszereszedés előnyeiről, valamint a dohányzás, alkoholfogyasztás hátrányairól [111, 112].

Ajánlás77

Az időskori krónikus szívelégtelenség kezelésére az angiotenzin konvertáló enzimgátlók / angiotenzin receptor neprilizin inhibitor (ACEI/ARNI), bétareceptor blokkolók (BB) és mineralokortikoid-receptor-antagonisták (MRA) változatlanul ajánlottak [105]. (A)

Ajánlás78

Az ESC 2021. évi irányelve szerint a diabetes kezelésére már bevált, de a szívelégtelenséget is hatékonyan befolyásoló SGLT2-gátló (nátrium-glükóz kotranszporter 2) empagliflozin [113], illetve dapagliflozin [114] mind diabeteses, mind nem diabeteses HF_rEF betegeknek adható. Az ESC 2021. évi irányelvének 2023-as megújítása az SGLT2 gátlók alkalmazását már HF_mrEF és HF_pEF betegeknek is javasolja. Geriátriai tapasztalat, hogy idős betegek esetében megfontolandó az alkalmazás. (D)

A húgyúti problémákkal küzdő, beszűkült vesefunkciójú, esetleg inkontinens, nagyon idős betegeknél az SGLT2-gátlók adása, különösen a várható volumen depléciónak miatt óvatosságot igényel.

Ajánlás79

A krónikus szívelégtelenség gyógyszeresen jól kezelhető, de nagy odafigyelést igényel a korcsoportra jellemző sokszervi károsodások miatt. (B)

Gyakori vérnyomásmérés szükséges, mert a tartósan larvált hypotonia végzetes lehet (pl. elesések). Egyes gyógyszerek mellett rendszeres EKG-kontroll indokolt, pl. ivabradin csak sinusritmus mellett adható, megnyúlt PQ esetén a kezelés módosítandó (digitális, bétablokkolók) stb. Laborellenőrzés: pl. a vízhajtással kapcsolatos elektrolitok (különösen a K és Na), a vesefunkció, a vércukor, vérkép és a gyulladáshoz kapcsolódó paraméterek követése elengedhetetlen. Figyelni kell a neurológiai státuszra, mert pl. az antianginás hatású trimetazidin szedésekor extrapiramidális tünetek (remegés, nyálfolyás) jelenhetnek meg, korábban még nem manifestálódott Parkinson-kórban vagy más extrapiramidális zavart okozó gyógyszer (pl. az időseknek gyakori tiapridal) egyidejű alkalmazásakor [115].

A pitvarfibrilláció

A krónikus szívelégtelenséggel összefüggésben, de önálló kórképként is a pitvarfibrilláció (PF), mint leggyakoribb időskori ritmuszavar az életminőséget és az élettartamot nem ritkán meghatározó kórkép.

Ajánlás80

A pitvarfibrilláció diagnosztizálására a geriátriában is törekedni kell, mivel a stroke és a szívelégtelenség veszélyét hordozza. A fizikális vizsgálat mellett az EKG elvégzése kötelező. (A)

A pulzusszám szerint lehet tachyarrhythmia, normofrekvens PF vagy bradyarrhythmia, fennállása szerint paroxysmalis (1 hét), perzisztens (1 héttől-1 év) és permanens (évek) [39].

Ajánlás81

Újonnan felfedezett pitvarfibrilláció esetén kardiológiai szakvizsgálat és echocardiographia elvégzése kötelező, mert vagy valvuláris PF vagy nonvalvuláris PF állhat fent. Az anatómiai háttér, az áramlási és nyomásviszonyok tisztázása a terápiás döntés alapja (elektromos vagy gyógyszeres kardioverzió, ritmuskontroll vagy frekvencia kontroll, anticoaguláns választás stb.) [39,116]. (A)

Ajánlás82

Tartós frekvenciakontroll szükséges permanens pitvarfibrillációban, ilyenkor az akut ritmuszavarban indikált szerek (BB, digoxin) alkalmazhatók, az amiodaron kerülendő. Időskorban gyakoribb a bradycardia, ennek kezelésére pacemaker beültetésre lehet szükség [109, 116]. (B)

Ajánlás83

A pitvarfibrilláció kezelésében kiemelkedően fontos az antikoaguláns terápia. K-vitamin-antagonisták esetén az INR értéket rendszeresen kontrollálni kell [116]. (A)

Ajánlás84

Mitralis stenosis, mechanikus műbillentyű vagy beszűkült vesefunkció (GFR \leq 15 ml/min/1,73 m²) esetén mind primer, mind szekunder prevencióként elsősorban K-vitamin-antagonista adandó. Amennyiben a megfelelő antikoagulálás nem valósítható meg – a finanszírozási szabályok figyelembevételével – heparin (LMWH) is

adható. Nonvalvuláris pitvarfibrillációban, biológiai műbillentyű, prae- és post-stroke állapot esetén direkt orális antikoaguláns (DOAC) kezelés preferálandó idős betegekben, még esendőség fennállása esetén is [117]. (B)

Ajánlás85

Stroke-prevencióra acetilszalicilsav adása nem javasolt [117]. (B)

Hypertonia kezelése idős multimorbid személyekben

Ajánlás86

A különböző intenzitású antihipertenzív kezelések ajánlottak az idős betegeknek is. (A)

Ajánlás87

Hypertoniás 65–80 év között 140–159 Hgmm esetén antihipertenzív kezelés ajánlott, ha a személy fitt, általános állapota jó, majd a kezelést követően a vérnyomás csökkenést „jól tolerálja”. (A)

Számos jól szervezett klinikai vizsgálat eredménye után (ESC 2024 guideline, MHT 2019 irányelv) került megfogalmazásra az ajánlás [118, 119].

Ajánlás88

A 80–85 évnél idősebbek körében 160 Hgmm felett ajánlott antihipertenzív kezelés. (B)

A 80–85 évnél idősebbek körében inkább csak 160 Hgmm felett indítandó antihipertenzív kezelés és több hónapon át lépcsőzetesen kialakított vérnyomáscsökkentéssel a 140–130 Hgmm vérnyomás tartomány is elérendő, ha a beteg fitt és a lecsökkentett vérnyomásszinteket jól tolerálja (nincs szédülés, járásbizonytalanság, kognitív hanyatlás, felgyorsult vesefunkció-romlás stb.) [118, 119]. Vérnyomáscsökkentő kezelés abbahagyása csak azért, mert elérte a 80. életévet, nem javasolt, ha eddig a kezelést „jól tolerálta”.

Ajánlás89

Az idős korosztálybeli multimorbid betegeknél a nagyobb terápiás tanulmányok eredményeiből levonható következtetések még életkori sáv egyezés esetén is csak jelentős egyedi kritikai mérlegeléssel vehetők figyelembe. (B)

A 65 év feletti korosztály nagy részét, majd a 80–85 év feletti korosztály túlnyomó hányadát azonban nem a sikeres, vagy részben a normális öregedésre is jellemző fittség, jó keringési és fizikai állapot jellemzi, hanem több, vagy igen nagyszámú társbetegség jelenléte, enyhe, mérsékelt, majd határozottabb kognitív hanyatlás, jelentős számú gyógyszeradópont alkalmazása, vagy túlgyógyszerelés és ezzel jórészt összefüggésben a frailty szindróma kockázatának növekedése, vagy éppenséggel a frailty szindróma előrehaladott érvényesülése mutatkozik nagymérvű mortalitási kockázattal [29-31, 120-125]. A fontos terápiás intervenciók tanulmányokba ezeket az idős korosztálybeli multimorbid betegeket jellemzően eleve nem vonták be, ami azt is eredményezi, hogy a nagyobb terápiás tanulmányok eredményeiből levonható következtetések még életkori sáv egyezés esetén is csak jelentős egyedi kritikai mérlegeléssel vehetők figyelembe az idős, vagy igen idős multimorbid betegek eseteiben [49, 126-128].

Ajánlás90

Elsősorban az igen idős korosztályban e többséget jelentő multimorbid, jórészt túlgyógyszerelt, gyakran alultáplált, egyensúly- és járásbizonytalan, jelentős hányadban már esendő idős személyeknél alapvetően lecsökken, vagy statisztikailag már nem igazolható a magas vérnyomás szint és a szövődmények, valamint az összességük összefüggése, sőt a vizsgálatok jelentős hányadában fordított összefüggést mutat, ezért a kezelés módosítása mérlegelendő. (B)

A nagy non-szelektív obszervációs tanulmányok [129-138] csaknem egybehangzó eredményei alapján az ilyen korú és állapotú betegekben antihipertenzív kezeléssel igen óvatosan, csupán 150 Hgmm alá javasolt csökkenteni a szisztolés vérnyomást súlyos mellékhatások, általános állapotromlás-fokozódás (kísérőbetegségek előrehaladása, larvált orthostaticus hypotonia és súlyos traumákkal járó elesések, a non-CV- és/vagy az összességük összefüggése) elkerülésére. Ezzel lényegében összhangban van az ESC 2024 irányelv és az MHT 2019 irányelv ilyen állapotokra igen röviden csak utaló, rugalmasan általánosító rész ajánlása [118, 119]. Előrehaladottabb szervezeti károsodások eseteiben inverz hatást eredményezhet a szisztolés vérnyomásnak csupán a 150–140 Hgmm sáv tartományba

való csökkentése is, sőt ilyen esendő állapotú 85 évnél idősebb személyekben még az ennél is enyhébb, akárcsak 160 Hgmm alá történő mérséklése is [139-144].

Ajánlás91

Gondos individuális értékelés, valamint összehasonlító mérlegelés szükséges a hasznosnak ítéltető vérnyomáscsökkentés indítása előtt. (B)

A gondos individuális értékelésnek ki kell terjednie a kardiovaszkuláris veszélyeztetettség mértékére, a genetikai hajlam, az igen gyakran 3–4 társbetegségnél jóval nagyobb fokú multimorbiditás és (kényszerű vagy hibás) túlgyógyszerelés következtében kialakult általános állapot hanyatlás, esendőség mérvére, egy-két súlyos társbetegség következtében a további életkilátás feltételezhető jelentős beszűkülésére, orthostaticus vérnyomáscsökkenés esetleges látványos vagy csak időnkénti (étkezés után stb.) jelenlétére, izolált szisztolés hipertonia esetén extrém nagy pulzusnyomás amplitúdó [136] tényére, ami vérnyomáscsökkentéskor hamar kritikus alacsony diasztolés vérnyomásszintet eredményezhet, valamint potenciális kognitív hanyatlás mértékére [145], esetleg jelentős fokú demencia fennállására.

Ajánlás92

A nem kielégítően fitt idős személyek esetében akkor van megalapozottsága az antihipertenzív intervenciónak, ha a kardiovaszkuláris mortalitás kockázata az elkövetkező 10 évre eléri/meghaladja a 20%-ot, és a beavatkozást nem kontraindikálja az esendőséghez vezető biológiai károsodás, hanyatlás. (B)

Az öregedés előrehaladásával a hipertonia és szövődmények összefüggése is módosulhat, gyengül például a vérnyomás magassága és a stroke közötti korreláció [145], amely egyébként a fiatalabb korosztályok esetében a legszorosabb összefüggést jelenti a vérnyomásszint és a következményes célszervkárosodás között. Általában is, de főleg a már nem kielégítően fitt idős személyek esetében akkor van igazán a várható eredményesség szempontjából kielégítő megalapozottsága az antihipertenzív intervenció adott, többnyire kisebb mérvének, ha a kardiovaszkuláris mortalitás kockázata az elkövetkező 10 évre vonatkozóan eléri/meghaladja a 20%-t és a beavatkozást, és azt nem kontraindikálja alapvetően az esendőséghez vezető vagy esendőséget súlyosbító előrehaladt szervezeti biológiai károsodás, biológiai hanyatlás [132].

Ajánlás93

Az előrehaladt atherosclerost mutató idős személyeknél gyakori az időskori izolált szisztolés hipertonia, ebben az esetben a vérnyomáscsökkentés során a diasztolés nyomásnak nem szabad 70–60 Hgmm alá süllyednie. (B)

Az szervezeten belülről biológiailag jelentősen károsodott és előrehaladt atherosclerost mutató idős személyeknél igen gyakori az időskori izolált szisztolés hipertonia, következményesen igen nagy, néha akár 90–100 Hgmm-t is elérő pulzusnyomás amplitúdóval [136].

Ilyen betegeknél a vérnyomáscsökkentés különleges óvatosságot és többnyire mérsékletességet is igényel, mivel szervezetükben a vérnyomáscsökkentés során a diasztolés nyomásnak nem szabad 70–60 Hgmm alá süllyednie. Ilyenkor ugyanis a vastagabb falú és szűkebb, valamelyest már nagyobb lokális perfúziós nyomást igénylő és autoregulációra már kevésbé alkalmas balkamrafali intramurális kis verőerek által biztosított nutritív keringés elégtelenné válik a szív diasztolés fázisában [146].

Ajánlás94

A nem fitt egyéneknél (különösen, ha 3–4 társbetegség is fennáll), az antihipertenzív kezelés indításakor kiemelt fontosságú a lassú, kis léptékű, lépcsőzetes vérnyomáscsökkentés. (B)

Általában is, de még inkább a legalább 3–4 társbetegségben szenvedő, már nem fitt egyéneknél, ha a kardiovaszkuláris veszélyeztetettség mértéke alapján támogatott, rendszerint 140 Hgmm célértéknél magasabb vérnyomásszint elérését szolgáló antihipertenzív kezelést indítunk, kiemelt fontosságú a lassú, kis lépésekkel előrehaladó, időben akár 4–6 hónapra kiterjesztett lépcsőzetességű vérnyomáscsökkentés és ennek során az igen gondos betegápolás-ellenőrzés (nem alakul-e ki orthostaticus vérnyomáscsökkenés vagy túlzott mérvű vérnyomásvariabilitás a só-víz háztartás és meteorológia függvényében, időnkénti kritikus mérvű vérnyomáscsökkenéssel, nincs-e fokozódott gyengeségérzet, nem tapasztalható-e szédüléshajlam, elesés, járásbizonytalanság és -lelassulás, kognitív teljesítőképesség- és figyelemhanyatlás, gyorsult vesefunkció-romlás stb. [147-150]

Ajánlás95

A 80 évnél idősebb multimorbid, demens betegekben a vérnyomáscsökkentés már nem ajánlott, mert gyakran inkább rontja a demencia fokát. (B)

Gyakori a 80 évnél idősebb multimorbid betegekben a hypertonia és késői időskori demencia társulása. Ezzel kapcsolatban fontos annak ismerete, hogy a felnőtt középkori és valamelyest a korai időskori életszakaszban nyert tudományos vizsgálati tapasztalatokkal ellentétben a vérnyomáscsökkentés ebben az életkorban már nem befolyásolja, sőt igen gyakran inkább rontja a demencia fokát [151-158].

Ajánlás96

Az idős beteggel a későbbi eredményesség érdekében alapvető fontosságú a kezelés hasznának, mellékhatásainak vagy esetleg antihipertenzív kezelés nem indokolt voltának tudomásulvétele és elfogadása a beteg részéről. (B)

Mindenképpen szükséges a betegnek a kezelése által remélt állapot változási elvárásainak, és általában a továbbiakra vonatkozó preferenciáinak tisztázása is és indokoltság esetén e tisztázásnak bármikor a megismétlése [18, 159, 160].

Ajánlás97

Az antihipertenzív szerek ajánlható támadáspontjai lényegében nem különböznek a korábbi korosztályoknál alkalmazható, a kísérőbetegségek által is esetleg módosuló preferenciájú támadáspontoktól, viszont két-háromnál több támadáspont alkalmazása kerülendő. (B)

Ebben a korosztályban viszont különleges figyelmet kell fordítani az orthostaticus hypotoniát könnyebben kiváltó támadáspontoknak az igen kismérvűnél nagyobb dózisu alkalmazásának (alfa- és beta-adrenerg receptor blokkolók, nonDH Ca-csatorna blokkolók, perifériás értágítók) kerülésére [161], az aktuálisan gyógyszerelt állapot ilyen irányú rendszeres tesztelésére, illetve két-háromnál több támadáspont alkalmazásának kerülésére [135].

A diabetes mellitus

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium által 2023-ban kiadott „A diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbeteg antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban” c. irányelv a geriátriai gyakorlatban is mértékadónak tekinthető, ezért jelen irányelvünkben csak néhány kulcs-momentumra hívjuk fel a figyelmet [162].

Diagnózis**Ajánlás98**

A szénhidrátanyagcsere-zavar stádiumai és a diabetes mellitus diagnosztikus kritériumai idős és nagyon idős korban is azonosak a fiatalabb korosztályokban alkalmazottakkal. A szénhidrátháztartás súlyosságának kategorizálásában jól hasznosítható a HbA1c-érték is [162]. (C)

Kezelés**Életmód-terápia****Ajánlás99**

Étrend összetevőinek arányát és szénhidráttartalmát minden esetben egyénre szabottan kell meghatározni [162]. (B)

Ajánlás100

Javasolt, hogy a cukorbeteg idősök is – szomatikus állapotukhoz igazodva – napi rendszerességgel fejtsenek ki fizikai aktivitást, ami legtöbbször sétát, kerti munkát jelent [162]. (A)

Gyógyszeres kezelés**Ajánlás101**

A diabetes mellitusban szenvedő idős betegek esetében is ajánlott a HbA1c kezelési céltartományának meghatározása. (C)

Idősek esetében ez rendszerint a 6,5–8,0% sávba, annak is a felsőbb régiójába esik. 80 év felett, szövődményekben vagy társbetegségekben szenvedő, rövidebb várható élettartammal rendelkezők esetén esetenként a 8,0% feletti HbA1c-célérték is elfogadható [162].

Ajánlás102

Életvégi ellátás esetén a céltartományban való maradás helyett a tüneteket okozó hyperglykaemia elkerülése az ajánlott kezelési cél [163]. (C)

Ajánlás103

A 2-es típusú cukorbetegség vércukorcsoökkentő kezelése szekvenciális természetű. Egymásra épülő kezelési lépésekből áll, amely mindkét irányban, a gyógyszerelés bővítése („felépítő” kezelés) és csökkentése („leépítő” kezelés) irányában is történhet [162]. (C)

Ajánlás104

Az antidiabetikus terápia megválasztásakor a legfontosabb mérlegelési körülmény az, hogy olyan készítményeket kell választani, amelyek nem növelik a hypoglykaemia kockázatát [162-164]. (A)

Ajánlás105

Jó vesefunkció esetén a metformin időskorban is az elsőként választandó szer [162]. (A)

Vesefunkció-beszűkülés esetén (30–44 ml/min/1,73 m²) a metformin dózisa csökkentendő. Ellenjavallt a metformin adása, ha eGFR értéke <30 ml/min/1,73 m² [162].

Ajánlás106

A szulfanilureák alkalmazása fokozott hypoglykaemia-veszély miatt idősgyógyászatban nem javasolt [165, 166]. (D)

Ajánlás107

Hypoglykaemia veszélye miatt időskorban az inzulin-kezelés – ha csak lehetséges – kerülendő. (A)

Ha az inzulin adása elkerülhetetlen, GLP-1-RA + bázisinzulin fix kombináció, BOT rendszer (BOT: szájon át szedhető gyógyszer bazális inzulinnal kiegészítve) vagy a kétszeri adagolású előkevert (premix) inzulin adandó [162].

Gondozás

Ajánlás108

A cukorbeteg idős szakos, rendszeres ellenőrzése, gondozása a diabetes felismerésétől kezdődően életük végéig indokolt [162]. (A)

Diszlipidémia, szív-érrendszeri kockázat csökkentése, statinkezelés idős multimorbid betegeknél

Ajánlás109

Az LDL-C és más koleszterinben gazdag, ApoB-tartalmú lipoproteinek meghatározó jelentőségű szerepet játszanak az atheroscleroticus plaque képződésében, ezért vérszintjük csökkentésére kell törekedni. Vérszintjük csökkentése gátolja a más kockázati tényezők által is elősegített atheroscleroticus verőérbetegség kialakulását, fékezi annak progresszióját [167]. (A)

Ajánlás110

Mivel a magasabb összkoleszterinszint esetében minden életkorban magasabb a koszorúér-betegség eredetű elhalálási ráta, és az életkor előrehaladásával nő ennek a mortalitásnak a kockázata, idősokban ugyanazon szintű diszlipidémiának nagyobb abszolút mortalitási kockázatot kell tulajdonítanunk [168]. (B)

Ajánlás111

A nagyszámú vizsgálat átfogó elemzésére alapozó ESC-EAS (European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society) következtetéseknek megfelelően a diszlipidémia és következményeinek mérséklése ajánlott [169]:

- fokozott fizikai aktivitással az LDL-C (B) és a TG-gazdag lipoproteinek csökkentése (A),
- a telített zsírsav (A) és a koleszterin (B) bevitelének csökkentésével az LDL-C csökkentése,
- a transz-zsír-fogyasztás kerülésével az LDL-C csökkentése (A),
- növényi rostok és fitoszteroidok bevitelének fokozásával az LDL-C csökkentése (A),
- az alkoholfogyasztás mérséklésével a TG-gazdag lipoproteinek csökkentése (A),
- a szénhidrátbevitel redukciójával a TG-gazdag lipoproteinek csökkentése (A),
- a nagyfokú testsúly csökkentésével (A), mely program végrehajtását nehezítheti több időskori degeneratív betegség egyidejű jelenléte [170].

Ajánlás112

Míg 75 év alatti életkorú, atheroscleroticus ér- és célszervkárosodásuktól mentes idős személyek esetében a kórosan megemelkedett LDL-C-szint statin vagy más gyógyszeres intervencióval történő mérséklésével hosszabb távú sikeres primer prevenciót tudunk biztosítani [169] (A), több, nem kardiovaszkuláris (CV) kórfolyamat jelenléte esetén ennek az elsődlegesen védő hatásnak az eléréséhez szükséges további életidő elégtelensége, valamint a sokirányú kórfolyamatok és nagyszámú gyógyszerelésük interakciói miatt már bizonytalanabb a siker, ezért gondos egyéni mérlegelés szükséges [170]. (C)

Ajánlás113

75 év feletti, multimorbid, de atheroscleroticus kórfolyamattól mentes diszlipidemiás betegek esetében statinnal történő LDL-C-csökkentés révén CV primér prevenció próbaközös az ESC/EAS 2019 és ACC/AHA 2018 irányelvekre is figyelemmel nem javasolt [169, 171]. Korábbi, problémamentes kezelés folytatása is csak megfontolva, megfelelő dóziscsökkentéssel ajánlott. (B)

Minél több és minél inkább progrediált nem CV társbetegségben szenved a beteg, annál bizonytalanabb az intervenció hasznossága [170].

Ajánlás114

A 65 év feletti életkorú, diszlipidemiás, atheroscleroticus verőér-kórfolyamatban szenvedő betegek esetében (80–85 évig bezárólag) a célszervi történéseket, a CV és ösztörtalitást szignifikánsan mérséklő hatású a szekunder CV prevenció, a statin és egyéb gyógyszeres beavatkozással történő LDL-C-szint csökkentés [169, 171]. (A)

Ajánlás115

A fiatalabb korosztályoknál alkalmazott, a CV kockázat mérvére alapozott LDL-C-célszintek korrekciója, az antilipid gyógyszerdózis csökkentése csak kis mértékben szükséges akkor, ha maximum 2–3, alig progrediált, alig kezelt non-malignus idült társbetegség áll fenn, azonban ennél nagyobb számú és súlyosságú kezelt társbetegség esetén egyéni mérlegeléssel (várható élethossz, életminőség stb.) a statinterápia nagyobb egyedi korrekciója szükséges [170]. (B)

Ajánlás116

CV kockázat mérvére alapozott terápiás LDL-C-célszint ajánlások társbetegségek nélküli hyperlipidemiás, 65 év alatti életkorú betegek esetében, amelyekre a 115. ajánlás utal, és amelyeknek arányos (enyhítő) módosítása szükséges különböző mérvű és progrediáltságú multimorbiditás esetén:

- Magas CV kockázat esetén a LDL-C-csökkentés célszint: <1,8 mmol/l [172, 173];
- Közepes CV kockázat esetén: <2,6 mmol/l [172, 173];
- Alacsony CV kockázat esetén: <3,0 mmol/l [174]. (A)

Ajánlás117

Hazai szakközlemény a statinterápia megkezdése előtt szükséges laborvizsgálatokként az éhgyomri lipidpanel, TG, HDLC, LDL-C, máj-vesefunkciós értékek, vércukor, CRP, CK vizsgálatok elvégzését jelöli meg, a kontrollvizsgálatokat pedig időskorúak részére az 1–3-12. hónapban javasolja [175]. Multimorbid betegek

esetében azonban a 3. hónap után a további kontrollvizsgálatok gyakorisága a társbetegségek számától és előrehaladottsági fokától függően inkább negyed/félévente történjen, vagy soron kívül, ha máj-vese-izomkárosodásra utaló panaszok, jelek mutatkoznak, és az eredmények értékelése, a terápiás döntések a 2–10 számú ajánlásaink útmutatása szerint történjenek. (C)

A legtöbb vitatott izompanaszok észlelt gyakorisága az adott vizsgálatokba bevontak életkora és állapota alapján erősen változó, 1% alatti értéktől akár 4%-ig is terjed [176, 177].

Pajzsmirigybetegségek

A hypothyreosis terápiája

Ajánlás118

A csökkent pajzsmirigyműködést a szükségleteknek megfelelően pótolni kell. (A)

A leggyakrabban a szintetikus levothyroxint alkalmazzák, melyből elegendő T3 képződik a periférián, így annak külön adására nincs szükség. A levothyroxin dozírozásánál figyelembe veendő, hogy idős betegekben 20–30%-kal alacsonyabb dózis elegendő annál, amit középkorú felnőtteknél alkalmaznak. Általában a kezdő dózis 0,025 mg, mely 4–8 hetenként 0,025 mg-mal emelhető [178].

A terápia célja a TSH szintjének normalizálása, 8–12 hetenként szükséges a TSH meghatározása. A normál szint elérése után elegendő az évenkénti kontroll. Időskorban gyakran találkozunk normális fT4-fT3-érték mellett mérsékelten emelkedett TSH-értékkel (6,0–10,0 mU/l). Ez subclanicus hypothyreosisra utal, de amennyiben a hypothyreosis klinikai tüneteit nem észleljük, a substitutios dózist nem szükségszerű emelni, elkerülendő az esetleges szívritmuszavarokat, osteoporosist, angina pectorist, myocardialis infarctust, pangásos szívelégtelenséget, arrhythmiát [178].

Subclanicus hypothyreosis

Ajánlás119

Amennyiben a lipidparaméterek kifejezett emelkedést mutatnak, illetve a szérum TSH>10 mU/l, a substitutios kezelés indokolt. (A)

Idősekben gyakori, női dominancia jellemzi, 65 éves kor felett a prevalenciája 12–15% [179]. Leggyakrabban krónikus lymphocytás (Hashimoto) thyreoiditisben alakul ki, de hyperthyreosis kezelése után is kifejlődhet. A betegséget az esetek jelentős részében enyhe tünetek kísérik; depresszió, kognitív zavarok, a myocardium kontraktilitásának csökkenése hívhatja fel rá a figyelmet.

A szubsztitució lényegében megfelel az előző bekezdésben leírtaknak [178]. Idős betegeknek kerülni kell a polypragmasiát, a kezelésük kiegészítése levothyoxinnal tovább növeli a gyógyszerkölcsonhatások lehetőségét. A levothyroxin a következő gyógyszerekkel léphet interakcióba: B-blokkolók, amiodaron, antikoagulánsok, digitális. Hat hét után TSH-kontroll szükséges. A levothyroxin kezelés során komplikációk léphetnek fel, melyeket idős betegek rosszul tolerálhatnak. Leggyakrabban iatrogen thyreotoxicosissal találkozunk, mely pitvarfibrillációt és osteopeniát okozhat, illetve fokozódhat a myocardialis ischaemia is.

Myxoedemás kóma

Ajánlás120

A terápiát azonnal meg kell kezdeni, 0,3–0,5 mg L-Thyroxin adandó lehetőleg intravénásan, a fenntartó dózisként 0,05–0,1 mg-ot adhatunk. (A)

Amennyiben a hypothyreosis súlyos fokú és hosszú ideje fennáll, myxoedemás kóma is jelentkezhet. A következő tünetek hívhatják fel a figyelmet: hypotensio, bradycardia, hypothermia, hyponatraemia, hypoglykaemia. A beteg állapotának javulásáig corticosteroid adandó infúzióban, Solu-Cortef 100 mg szükség szerint ismételve, a klinikai tünetek: vérnyomás, folyadék-elektrolit egyensúly figyelembevételével [178].

Hyperthyreosis

Ajánlás121

Időskorban a nagyobb műtéti kockázat miatt a konzervatív kezelést részesítik előnyben. A választandó kezelési mód a radiojód terápia. (A)

Thyreostaticumok hosszú távú alkalmazását általában nem javasolják nodosus golyva esetében, mivel a gyógyszer csökkentése, illetve megvonása relapszust, illetve állapotrosszabbodást idézhet elő. Ismert, hogy a radiojód nem azonnal fejt ki hatását, a kezelés elején a sugárzás hatására ún. radio-thyreoiditis fejlődhet ki. A kezelés a multimorbiditás jeleként megjelenő tachycardia és egyéb ritmuszavarok miatt B-blokkolóval egészítendő ki. Propranolol, atenolol vagy nebivolol csökkenti a T4 T3-má történő konverzióját. A hatás kialakulásához a B-blokkoló minimum egy héten át történő alkalmazása szükséges. Mivel a pitvarfibrilláció az embolisatio veszélyét fokozza, a betegnek antikoaguláns gyógyszert is kell ez esetben kapnia. Az első választás az LMWH és csak jó compliance esetén térjünk át per os antikoagulálásra, (pl. NOAC). A jódexpozíció azonnali megszüntetése szükséges [180].

Subclinicus hyperthyreosis

Ajánlás122

A subclinicus hyperthyreosisban szenvedő idős beteg kezelésre szorul a cardiovascularis komplikációk és a csonttörések megnövekedett rizikója miatt. (A)

Normál fT3- és fT4-szintekhez csökkent TSH-szint társul. A leggyakrabban autonóm pajzsmirigy adenoma és multinoduláris golyva esetében látunk progressziót manifeszt hyperthyreosisba, vagy nem megfelelően beállított levothyroxin szubsztitúciós terápia áll a háttérben. A betegek többsége tünetmentes, vagy csak enyhe tünetei vannak. A subclinicus hyperthyreosisban szenvedő páciensek 4–17%-ában találkozunk pitvarfibrillációval [180].

Thyreotoxicus krízis

Ajánlás123

A thyreotoxicus krízis életveszélyes állapot, azonnali kezelést igényel. (A)

A hyperthyreosis legsúlyosabb formája a thyreotoxicus krízis. Az érintett pácienseknek legtöbbször golyvájuk és szemtünetük van, és már több éve szenvednek hyperthyreosisban. A thyreotoxicus krízist provokálhatja infekció, trauma, sebészeti beavatkozás. A páciensnél sopor, illetve kóma is kifejlődhet. A halál beálltát súlyos hypotensio előzheti meg. Sajnos a thyreotoxicus krízis diagnózisát is megnehezíti, hogy tünetei nem specifikusak.

A terápia céljai a következők: a vérben keringő pajzsmirigyhormonok szintjének csökkentése, a pajzsmirigyhormonok perifériás hatásának antagonizálása, a thyreotoxicus krízis során fellépő szervi elégtelenségek kezelése, a precipitáló faktor megtalálása és eliminálása [181]. A terápia nagy dózisu thyreostaticum (4 óránként 200 mg propylthiouracil) vagy thiamazole (3x40 mg), kálium-jodid, propranolol, hydrocortison (100–300 mg iv. majd 6 óránként, hogy megakadályozzuk a pajzsmirigyhormonok kiáramlását a pajzsmirigyből és a T4 konverzióját T3-má a periférián), intravénás glükózoldat, B-vitamin-komplex adásából áll, melyet kiegészíthetünk a beteg hűtésével. Súlyos esetben cardiopulmonális resuscitatio válhat szükségessé. Ahol arra lehetőség van, plazmaferézis is alkalmazható [182].

Depresszió, demencia

Az időskori depresszió aluldiagnosztizált, a demencia mellett a leggyakoribb pszichiátriai kórkép idős egyéneknél. A tünetek nem minden esetben típusosak, larvált formában is jelentkezhetnek. Hazánkban a 60 év feletti 15%-át érinthetik valamilyen szinten a depressziós tünetek. Magyarországi reprezentatív felmérés szerint enyhe-középsúlyos tünetek az idősök 41%-ánál kimutathatók voltak, klinikailag jelentős tüneteket 23%-uknál találtak, náluk a depresszió valószínűsíthető [183].

Depresszió kezelése

Ajánlás124

Idős, multimorbid betegekben az antidepresszívumok alkalmazása esetén feltétlenül figyelembe kell venni a fennálló krónikus betegségeket, azok mértékét és az adott antidepresszáns ezekre gyakorolt lehetséges mellékhatásait, mivel kevés a kontrollált klinikai farmakológiai adat az antidepresszívumok más gyógyszerekkel való interakciójáról társbetegségeknél szenvedő multimorbid betegekben. Ez aláhúzza a kollaboratív ellátás fontosságát, pszichiátriai konzílium igénybevételét középsúlyos és súlyos depresszióban szenvedő multimorbid betegben, különösen a korábbi terápia sikertelensége esetén [48]. (A)

A szelektív szerotonin-visszavétel gátló (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) gyógyszerek, pl. a szertralín diabetes mellitusban csökkentheti a vércukorszintet, a paroxetin fokozott elővigyázatosságot igényel 65 év felettekben és súlyos máj- és vesebetegség esetén (ezért maximális dózisa 40 mg), a citalopram szívbetegségeknél megfontolandó a QT-szakaszt megnyújtó hatása miatt. A melatonin receptoron ható agomelatin pedig 75 év felett

nem javasolt mellékhatások miatt. A duloxetin hatóanyag időseknek szintén nem ajánlott, mellékhatásai okán: hyperglycaemia, alvászavar, nyugtalanság.

Ajánlás125

Az SSRI-k kockázat/haszon arány szempontjából előnyben részesítendők az idős, multimorbid betegekben is, de figyelembe kell venni, hogy fokozzák a gastrointestinalis vérzések kockázatát [184]. (A)

Heparinnal vagy warfarinnal kezelt betegeknek nem adhatók.

Aspirinnal vagy NSAID-kezelt betegekben javasolt gastroprotectiv szer együttes adása, vagy megfontolandó ilyen szempontból biztonságosabb szer választása (MAOI).

Ajánlás126

A gyógyszerinterakciók miatt az antidepresszívum kezelés során figyelembe kell venni, hogy az SSRI-szerek kerülendők a migrén kezelésére adott triptánok, valamint a MAOB-inhibitorok együttes adása esetén. (A)

A fluvoxamin helyett más szer (pl. szetralin) választandó, ha a beteg theophyllint, clozapint vagy methadont szed [184].

Ajánlás127

Komorbid depresszió esetén az anxietas csökkentése gyakran javítja a depresszív tüneteket, ezért ilyenkor a szorongás kezelése is javasolt [184]. (A)

Ajánlás128

A depresszió gyógyszeres kezelése mellett minden esetben kiemelten fontos a pszichoterápia is, különösen a gyógyszeres kezelésre adott részleges terápiás válasz vagy intolerancia esetén. (A)

Pszichológus segíthet a megoldási lehetőségek felszínre hozatalában. Empatikus személyisége jó hatású lehet. A család bevonásával tervek készíthetők az idős ember aktivizálására, hasznosságérzés erősítésére [184].

Demencia

A demencia diagnózisa

Fontos a gyakori szomatikus komorbiditás keresése (hypertonia, ritmuszavarok, hypacusis), illetve a pszichiátriai tünetek (delírium, depresszió, felborult alvás-ébrenlét ciklus) és a társuló szomatikus tünetek felismerése (kiszáradás, traumák, infekciók). Fizikális vizsgálattal egyéb betegségekre utaló jelet észlelhetünk (alkohol használati zavar, parkinsonos jelek).

Szükséges vizsgálatok

- Laborvizsgálat: máj- és vesefunkciós értékek, diabetes mellitus vizsgálata, TSH, B12-vitamin-szint.
- Eszközös vizsgálatok: koponya CT, MR (fokális agybántalom kizárása), SPECT, agyi vérátáramlás vizsgálata, vaszkuláris demencia vagy Alzheimer-kór gyanúja esetén PET vizsgálat.
- Ha Alzheimer-kór, enye kognitív zavar, vagy frontotemporalis demencia (Pick-betegség) merülnek fel, akkor azt céltartozan kell vizsgálni. EEG-vizsgálat szükséges Creutzfeldt-Jacob betegség és időskori epilepszia esetén, Doppler-vizsgálat kell, ha vaszkuláris okra gondolunk.

Súlyossága alapján lehet enyhe, közepes, súlyos demencia.

Felmérés: MMSE, módosított Hachinski-skála, Barthel-index, órateszt, GDS (geriátriai depresszió skála) (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok fejezetben a 3., 4. és 12. számú kérdőív). Pszeudodemenciától való elkülönítésben segít a CT-, MRI-vizsgálat, illetve speciális kérdések [41], táblázatok alkalmazása (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok, 7. táblázat).

A demencia kezelése

Ajánlás129

A demencia kezelésében kiemelten fontos: a primer prevenció hangsúlyozása (XI. MELLÉKLET 1.4. Algoritmusok, 5. ábra) a lehetőség szerint nem-gyógyszeres, magatartásterápiás attitűdű gondozás. (D)

Cél a demencia tüneteinek enyhítése, a betegség által okozott szenvedés mérséklése. Az Alzheimer-kór gyógyszeres kezelése pszichiáter szakorvos bevonásával történik [41].

Ajánlás130

Az Alzheimer típusú és vaszkuláris demenciák kockázati tényezői gyakorlatilag megegyeznek a kardiovaszkuláris kockázati tényezőkkel (magas vérnyomás, magas LDL-koleszterin, diabetes). Vaszkuláris demencia, metabolikus syndroma esetén a vérnyomás, a vércukor, a vérszír szint optimalizálása, testsúlycsökkentés jön szóba. Stroke prevenciója céljából vérnyomásrendezés, sinus ritmus stabilizálása, PF esetén antikoaguláció, tehát kardiovaszkuláris rizikócsökkentés javasolt [41]. (B)

Ajánlás131

Középsúlyos Alzheimer-betegség kezelésében kimutathatóan jobb a placebónál a donepezil, a rivastigmin (ezek a leggyakrabban felírtak), melyek jelentősen lassítják a folyamat előrehaladását, ugyanakkor elhagyásuk esetén rohamos leépülés figyelhető meg. Középsúlyos és súlyos formában a memantin adható [41]. (B)

Ajánlás132

Vaszkuláris demenciában nootropikum, a Parkinson-kórral társuló demenciában a rivastigmin (acetilkolin-észteráz gátlók) adása javasolt [41]. (B)

Ajánlás133

A külön megjelölés nélküli demencia kognitív tüneteire a nimodipin, nicergolin, dihidroergotoxin, propentophyllin, piracetam és Ginkgo biloba hatóanyagú készítmények adása javasolt [41]. (C)

Ajánlás134

A demenciához társuló pszichotikus állapotok gyógyszeres kezelésekor figyelembe kell venni, hogy agitáció ellen adott antipszichotikum idős korban gyakoribb és súlyosabb extrapiramidális hatásokat okozhat. Parkinsonos tüneteket mutató betegnél alacsony adagban kvetiapin vagy egyéb, atípusos antipszichotikum javasolható, de tekintettel kell lenni a szerek antikolinerg és ortosztatikus hypotensiot okozó mellékhatásaira is [41]. Amennyiben az extrapiramidális mellékhatások tolerálhatóak, alacsony adagban haloperidol (0,5–2 mg/die) vagy risperidon (0,25–1,5 mg/die) jön szóba. (B)

Tiaprid adásakor szív-érrendszeri betegség esetén fokozott elővigyázat szükséges, veseelégtelenségben csökkenteni kell a GFR függvényében. A haloperidolt ma már ritkán alkalmazzuk. Alacsony vérnyomást, QT intervallum megnyúlását és/vagy kamrai arrhythmiát okozhat. Hirtelen halál is felléphet főleg hypokalaemia esetén, hyperthyreosisban felerősödik a hatása. Quetiapin diabetes mellitus esetén emelheti a vércukorszintet, szívritmuszavar esetén lehetőleg ne adjuk, QT-szakaszt nyújtó hatása lehet. A carbamazepin csökkenti a hatását. Olanzapin csökkentett adagban célszerű adni máj-vesebetegség, 65 év felettek esetében [41].

A malignus daganatos betegségben szenvedő idős beteg onkológiai kezelés előtti állapotfelmérése**Az átfogó onkogeriatríai értékelés**

Jelenleg nem rendelkezünk olyan, precízen mérhető biomarkerrel, amivel az idős ember élettani/funkcionális életkorát kellő pontossággal meg tudnánk határozni. Ezért az onkológiai kezeléseknél várható életkor-specifikus tolerálhatóságának megítélésére funkcionális tesztek sorát kell elvégezni, amit összefoglalóan a továbbiakban átfogó onkogeriatríai értékelésnek nevezünk. Az onkogeriatríai értékelés egy komplex, multidiszciplináris sokdimenziós vizsgálatsorozatot jelent, amelynek során átfogó képet nyerhetünk az idős ember funkcionális képességeiről és tartálékairól, fizikai teljesítő képességéről, tápláltsági állapotáról, kísérő betegségeiről, kognitív és pszichológiai állapotáról és a várható szociális támogatásról [185, 186].

Ajánlás135

Az átfogó onkogeriatríai értékelés alapjául szolgáló minimális adatsor használata az idős daganatos betegek onkogeriatríai értékelésénél javasolt. [187]. (A)

(XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 8. kérdőív és 1.3. Táblázatok, 8. táblázat)

Funkcionális státusz

A funkcionális státusz jellemzésére a mindennapi onkológiai gyakorlatban leginkább az ECOG-skálát és/vagy a Karnofsky-indexet használják (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek,

adatlapok, 7. számú kérdőív és a 1.5. Egyéb dokumentumok, 4. számú index). Az ECOG-skála terjedelme 0–5 (0 a legjobb), a Karnofsky skáláé 0–100 (100 a legjobb). A skálán mért érték durva megközelítésben használható arra, hogy a betegnek a tervezett kemoterápiás kezeléssel kapcsolatos teherbíró képességét, toleranciáját felmérjük. Első megközelítésben a Karnofsky 70–100 illetve az ECOG 0–1 betegek alkalmasak aktív onkológiai, kemoterápiás kezelésre. ECOG 2 (KPS 50–60) esetén már erősen megfontolandó a fokozott toxicitással járó onkoterápia, ilyenkor mindig a kevésbé megterhelő ellátást kell preferálni. ECOG 3 (KPS 30–40) esetén legfeljebb sugárkezelés vagy otthon is alkalmazható egyszerű hormonterápia jöhet szóba, ECOG 4 esetén aktív onkológia kezelés nem javasolható. Komoly tünetképzés vagy ECOG 3–4 státusz mellett lehetőség szerint a palliatív medicina ellátást, segítséget kell kérni.

Az átfogó onkogeriatríai értékelést igénylő betegek kiválasztása

Ajánlás136

Ideális körülmények között valamennyi idős daganatos betegnek át kell esnie a fentebbiekben körvonalazott átfogó onkogeriatríai értékelésen [187]. (A)

Ajánlás137

Amennyiben valamennyi idős daganatos beteg átfogó onkogeriatríai értékelésére kapacitás/időhiány miatt nem kerülhet sor, arra kell törekedni, hogy kiszűrjük azokat a daganatos betegeket, akik esetében az átfogó onkogeriatríai értékelésre a legnagyobb szükség van. (A)

Ehhez a szűrővizsgálathoz ma már rendelkezünk olyan, gyorsan (rendszerint 5 percen belül) elvégezhető tesztekkel (G8, Vulnerable Elders Survey-13 - VES-13), amelyek segítségével jó hatásokkal találhatjuk meg az átfogó onkogeriatríai értékelésből leginkább profitáló betegeket [188–191]. Egyszerűsége és magas szenzitivitása miatt a szűrőtesztek közül a G8 kérdőívet emeljük ki [192] (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 8. számú kérdőív).

A várható élettartam becslése

Ajánlás138

Az onkológiai kezelés indításakor javasolt megbecsülni, hogy az egyéb – nem daganatos – kísérőbetegségek ismeretében mennyi a beteg várható élettartama. (A)

A várható élettartam becslésének elmaradása az onkológiai kezelésről történő indokolatlan lemondáshoz, máskor a beteg állapotához mérten felesleges túlkezeléshez vezethet. A várható élettartam becslésére szolgáló különböző módszerek közül a legjobbnak a Lee- és a Schönberg indexeket, valamint az ePrognosis internetes felületet tartják [193]. Ezek pár egyszerű, a beteg életkorára és nemére, és/vagy fizikai teljesítőképességére, tápláltsági állapotára, kognitív funkciójára vonatkozó kérdést tesznek fel, amiből a várható élettartamot kalkulálják.

A daganatellenes kezelés várható toxicitásának becslése

Az idős betegek onkológiai kezelése során kialakuló toxicitás esélye fokozott.

Ajánlás139

A toxicitási kockázat felmérésére két egyszerű, internetes felületen is elérhető kalkulátor áll rendelkezésre (angol nyelven), használatuk javasolt. (B)

A CARG kérdőív 65 év feletti daganatos betegeken alkalmazható (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 9. számú kérdőív) [194]. 11 egyszerű, akár az intelligens beteg által is megválaszolható kérdést tartalmaz, kivitelezési ideje <5 perc (Cancer and Aging Research Group (CARG) [195]).

A CRASH modellt 70 év feletti daganatos betegekre dolgozták ki. Hét egyszerűen mérhető, funkcionális teszteket is magában foglaló paraméterből számolja a kemoterápiás kezelésből származó súlyos toxicitás esélyét [196] (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 10. számú kérdőív). Időigénye 20–30 perc, elérhető online is [197]. A két rendszer teljesítőképessége közel azonos [198, 199].

***Clostridium difficile* időskorú betegekben**

A multimorbid geriatríai betegeknél minden nozokomiális hasmenésnél mérlegelni szükséges a *Clostridium difficile* infekció (CDI) fennállásának lehetőségét, egyrészt mert a leggyakoribb nozokomiális fertőzés, melynek jellemzője a gyakori kiújulás [200-208], másrészt ebben a betegcsoportban rövid időn belül életet veszélyeztető állapotá

fejlődhet, jelentős fizikai és pszichés terhelést okozva a betegnek. Gondolni szükséges a hasmenéssel nem járó ún. „silent CDI” esetek fennállásnak lehetőségére is [204].

Prognosztikus tényezők

Ajánlás140

Vizsgálni szükséges azokat a prognosztikus tényezőket, amelyek növelik a súlyos CDI kialakulásának kockázatát. (D)

Az alábbi prognosztikus tényezők determinálják a súlyos CDI-t, illetve növelik a kialakulás kockázatát: életkor (>65 éves); leukocitózis (>15×10⁹/l leukocitaszám); csökkent albuminszint; növekvő szérumszint kreatinin szint (a beteg alapszintjének 1,5-szerese); komorbiditás (súlyos betegség és/vagy immundeficiencia) [200].

Ajánlás141

Vizsgálni szükséges azokat a prognosztikus tényezőket, amelyek növelik a CDI újbóli megjelenésének kockázatát. (D)

Az alábbi prognosztikus tényezők determinálják, illetve növelik a rizikóját az újbóli megjelenésnek: életkor (>65 éves); folyamatos antibiotikus kezelés; komorbiditás (súlyos betegség) és/vagy veseelégtelenség; az előzményekben CDI betegség (>1 alkalommal); antacid gyógyszerek egyidejű használata (protonpumpa inhibitorok); a betegség kezdeti súlyossága [200].

Kezelés

Ajánlás142

A kezeléseket a CDI tünetei súlyosságának, illetve az újabb epizódok gyakoriságának figyelembevételével szükséges kiválasztani (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok, 9. táblázat) [200-202, 204, 205, 207-209]. (A)

A főbb kezelési séma: metronidazol vagy vancomycin és szükség esetén szupportív terápia (IV folyadék- és elektrolitpótlás és trombombóliás profilaxis).

A decubitus (nyomási fekély)

Az életkor előrehaladásával a centrális és perifériás kemoreceptorok érzékenysége csökken, a magas életkor ennek következtében rizikófaktornak számít. Hosszan tartó betegségek hozzájárulnak a csökkent mozgásképességhez és a testtömegcsökkenéshez. A korral fokozódó szarkopénia, az izomerő csökkenése és a frailty számos sejtszintű és szervi változást hoznak létre, amelyek fokozzák a kockázatot. Fogyatékos, esendő, időseknél több tényező szinergikusan működik.

Megelőzés

Ajánlás143

Az időseknél, multimorbid geriatriai betegnél a decubitus kialakulásának és súlyosbodásának megelőzéséhez szükséges, a kialakulásával összefüggő közvetlen és közvetett kockázati tényezők felmérése és a súlyossági szint megállapítása, továbbá a hosszantartó fekvőbeteg-ellátásra szoruló időseknél a felmérés rendszeres megismétlése [42-47, 210, 211]. (E)

Rizikófaktorok

Ajánlás144

Mozgáskorlátozottaknál és korlátozott aktivitású személyeknél dörzsölés vagy nyíróerő hat a bőrre és a bőr alatti szövetekre, és ezek növelik a nyomási fekély kialakulásának kockázatát. (A)

Például, a napi forgatás során, vagy amikor a beteg lecsúszik az ágyban, a bőr rétegeire nyíróerő hat a tapadás, a húzás vagy a dörzsölődés miatt. Emiatt különösen az időseknél, multimorbid betegeknél az ápolóknak a napi gondozás során javasolt tapadást, húzást, dörzsölést csökkentő eszközöket vagy módszereket használniuk a nyomási fekély megelőzésére [46].

Ajánlás145**Diabetes mellitus a nyomási fekély kialakulásának kockázatát növeli, ezért fokozott gondozás szükséges. (A)**

További rizikófaktorok: immobilitás, bőrpír, bőrsérülések, vazopresszorok, akut betegségek, kritikusan hosszú ápolási időtartam, bőrhőmérséklet, inkontinencia, oxigéndeficit, táplálkozási problémák, nedves bőr, magas életkor, szenzoros károsodás, demencia [45, 46].

Decubitus rizikó felmérése

A decubitus rizikójának felmérése alkalmazható skálák a Braden- és a (Bővített) Norton-skála (XI. MELLÉKLET, 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok fejezetben a 11. számú kérdőív, 1.3. Táblázatok, 10. táblázat).

Súlyossági fokozatok, stádiumbeosztás

A súlyossági szintek I–IV. stádium szintig terjednek, a XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok, 11. táblázat összefoglalja az egyes stádiumokra jellemző tüneteket.

Kezelés**Ajánlás146****A decubitus stádiumtól függően komplex, személyre szabott kezelése szükséges időskorban. (A)**

- folyamatos ápolás, rendszeres testhelyzet-változtatás, mobilizáció,
- prevenció és nyomáscsökkentő eszközök használata,
- korszerű sebkezelési technikák alkalmazása, időben és adekvátan megkezdett táplálásterápia.

Ápoló, szakápoló, decubitus koordinátor, decubitus team, gyógytornász, dietetikus és táplálási team segítheti az orvosi kezelést [42, 44-47].

Ajánlás147**Végezzen átfogó fájdalomfelmérést és -értékelést a nyomási fekélyvel rendelkező személyeknél [46]. (B)****Táplálásterápia nyomási fekély esetén****Ajánlás148****Átfogó tápláltsági állapot felmérés javasolt azoknál a személyeknél, akik malnutríció szempontjából veszélyeztetettek és fennáll a nyomási fekély kialakulásának kockázata. (B)**

Azon multimorbid geriátriai betegeknél, akiknél fennáll a nyomási fekély kialakulásának kockázata, a kezelőorvos felelőssége, hogy ellenőrizze az ápolói kompetenciába tartozó szűrések/felmérések megtörténtét és eredményét, ezek a következők: decubitus rizikójának felmérése, malnutríció rizikójának szűrése. Amennyiben az adott intézmény dietetikust is alkalmaz akkor a részletes tápláltsági állapotfelmérés megtörténtét és eredményét [46, 212].

Ajánlás149**Személyre szabott táplálási terv készítése és implementálása javasolt azoknál a személyeknél, akik malnutríció szempontjából veszélyeztetettek és fennáll a nyomási fekély kialakulásának kockázata. (B)**

A táplálásterápiás beavatkozás megtervezését időseknel multimodális elvek alapján egy multidiszciplináris team segítségével javasolt kidolgozni, azon célból, hogy adekvát tápanyagbevitellel javítható legyen a tápláltsági állapot, a funkcionális státusz és a kimenetel [6]. Különös gondossággal kell eljárni a multimorbid, idős betegek táplálásterápiájának megtervezése során, mert a több betegség együttes jelenléte (az egyes betegségek jelentősen eltérő tápanyagigénnyel rendelkezhetnek pl. szarkopéniás, vesebetegséggel szövődött cukorbetegség) és még a különböző gyógyszerek kölcsönhatásainak, és mellékhatásainak figyelembevétele, több szakorvos, dietetikus és gyógyszerész közös munkáját igényelheti [46, 212].

Ajánlás150**30–35 kcal/ttkg energiabevitel biztosítása javasolt azok számára, akiknél kialakult a nyomási fekély és malnutríció szempontjából veszélyeztetettek, vagy már malnutríciók [46, 212]. (B)**

Ajánlás151

1,25–1,5 g/ttkg fehérjebevitel biztosítása javasolt azok számára, akiknél kialakult a nyomási fekély és malnutríció szempontjából veszélyeztetettek, vagy már malnutríciószak [46, 212]. (B)

Az idős, szarkopéniás multimorbid betegeknél a magas fehérjeigényt tovább növeli a krónikus seb gyógyulásához szükséges fehérjeszükséglet. A napi fehérjebevitel mennyiségi meghatározásánál figyelembe kell venni az esetleges vesebetegség súlyosságát és a beszűkült vesefunkciókat, illetve májbetegségeknek az elágazó szénláncú és az aromás aminosavak mennyiségét és arányát [213–215]. Idős multimorbid betegeknél, akiknél kialakult a nyomási fekély és mellette enyhe vagy közepes oropharingealis dysphagia és/vagy rágási nehezítettség is fennáll, magas energia- és magas fehérjetartalmú, módosított textúrájú étrend javasolt, súlyos dysphagia esetén pedig szondatáplálás indokolt [3, 6, 85, 212].

Ajánlás152

Magas energia- és magas fehérje tartalmú, speciális, gyógyászati célra szánt élelmiszer elrendelése javasolt azok számára, akiknél kialakult a nyomási fekély és malnutríció szempontjából veszélyeztetettek, vagy már malnutríciószak, és normál étrenddel nem biztosítható számukra a szükségletnek megfelelő energia- és tápanyagbevitel [46, 212]. (B)

Ajánlás153

Magas energia- és magas fehérjetartalmú, argininnel, cinkkel és antioxidánsal dúsított speciális, gyógyászati célra szánt élelmiszer elrendelése javasolt azok számára, akiknél II-es vagy súlyosabb fokozatú nyomási fekély alakult ki [46, 212]. (B)

Ajánlás154

Az enterális és a parenterális táplálás előnyeinek és kockázatainak megvitatása javasolt, a táplálásterápiás gondozás során, azoknál az idős, multimorbid betegeknél, akiknél a per os intervenció során nem biztosíthatók az energia- és a tápanyagszükségletek [3, 6, 85, 46, 212]. (B)

A beteg és a gondozó személyzet helyzetének felmérése, tájékoztatása

Ajánlás155

Az ápolási terv elkészítésének feltétele a geriátriai állapotfelmérés, melynek része I. Katz-féle napi tevékenységek (ADL), (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 1. kérdőív), II. Lawton-féle eszközös napi tevékenység kiértékelése (IADL), Folstein-féle mini mentális státusz vizsgálat és a Geriátriai depresszió skála (XI. MELLÉKLET 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok, 2., 3. és 4. számú kérdőívek) [216-218]. (D)

Ajánlás156

Ha a gondozás szükséglete a napi négy órát meghaladja, tájékoztatni szükséges az igénybevevőt az időotthoni elhelyezés lehetőségéről. (E)

A döntés megszületése után jön a várakozási időszak, amely a kérelem benyújtása és a hely elfoglalása közti időtartamot jelenti. Ennek áthidalására működnek átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények, idősek gondozó hazai, ápolási otthonok, ápolási osztályok. [218]0

Az idősgyógyászatban dolgozó geriáter szakorvosok és házi orvosok feladata, hogy kialakítsák a megfelelő egyensúlyt a beteg és családtagok, a gondozó személyzet között, mind a kommunikációban, mind a beteg teljes körű ellátásában. A betegek és hozzátartozójuk részére minden esetben van megoldás, melyben kiemelt segítséget tud nyújtani az illetékes házi orvos, illetve a települési önkormányzat szociális ügyekkel foglalkozó munkatársa.

Ellátási folyamat algoritmusa (ábrák)

XI. MELLÉKLET 1.4. Algoritmusk fejezetben 2. ábra.

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

A magyarországi geriátria történetében első alkalommal történik próbálkozás arra vonatkozóan, hogy az időskorúak multimorbiditásához iránymutatást adjunk a diagnosztika és a terápia szempontjaihoz. Európa országainak többségében, Magyarországhoz hasonlóan a Geriátria önálló diszciplína, azonban tagországoként eltérő fejlettségi szinten áll szervezeti, ellátás színvonalát, az oktatás mélységét tekintve, beleértve a graduális és a postgraduális képzést is. A legnagyobb fejlődést az idősök esetében a multimorbiditásból eredő polifarmácia ellenőrző mechanizmusaiban láthatunk. Ezekre vonatkozóan a Beer's (tiltó) listák kritérium-rendszerét, valamint a FORTA elvet ajánlják és használják [219, 220].

Az egészségügyi szakmai irányelv alkalmazásának feltételei között alapvető a képzett szakembergárda lehető legrövidebb időn belül történő optimalizálása a megváltozott igényekhez. Ezzel teremthető meg az idősök diagnosztikájában az optimalizált eszközfelhasználás, célzott eljárások igénybevétele a felesleges vizsgálatok elkerülése, ismétlése. A kezelésben pedig szintén megtakarítás érhető el, ha az idős ember a megfelelő gyógyszeres kezelést kapja az optimális dózisban az optimális ideig. Jelen irányelvben foglaltakat elsősorban a geriátriai szakorvosok használják, de biztosan segítséget jelent az alapellátás orvosai számára, akiknél az idős betegek elsőként jelentkeznek. Fontos szempontokat tartalmaz azok számára is, akik az idősotthonok betegeit látják, ahol időközönként a diagnózisok, a terápia revíziója meg kell, hogy történjen.

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licenc, akkreditáció stb.), kapacitása

A geriátriai ellátás javításával a multimorbid idős betegek ellátása is javulna.

Magyarországon a geriáter szakorvosok bevonása az aktív és a krónikus ellátásba hozzájárulna a magas színvonalú multimorbid betegellátáshoz. Tovább növelné a minőségi betegellátást a szakápolók geriátriai szakirányú képzése geriátria területen.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A speciális tárgyi feltételek meghatározása az érintett területek sokfélesége miatt további feladat. A gerontopszichiátria tárgyi feltételei mások: az idősök mozgatása speciális segédeszközöket, a mozgatást, koordinációt, fizikai erőnlétet segítő eszközök igényét jelenthetik, melyek részben a rehabilitációban használatosak, melyeket részben a robotizáció, a mesterséges intelligencia egyre növekvő térhódítása hoz magával. A javuló geriátriai ellátás finansziális oldalról is meg kell, hogy alapozza az igényelt speciális tárgyi feltételek később meghatározandó igényeit. A betegutak vonatkozásában meghatározandók, hogy a családorvosok, praxisközösségek milyen kompetenciával rendelkeznek a beutalás vonatkozásában. A sürgősségi osztályokon is jelen kell lennie geriáter szakorvosnak, vagy az idős >70 év betegek eleve geriátriai obszervációra kerüljenek felvételre.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

A diagnosztika, a gyógyítás és a gondozás során figyelembe kell venni az idős multimorbid betegek és családjaik elvárásai, továbbá az egyes betegségekre, ahol elérhető, ott az idősekre és a multimorbiditásra vonatkozó irányelveket, szakmai ajánlásokat.

A kivizsgálások és a beavatkozások során figyelembe kell venni az idősök fizikai aktivitásának korlátait és az aktuális mentális állapotot.

A beteg és családtagok, a gondozó személyzet helyzetének felmérése, tájékoztatása

Az egészségügyi alapellátás feladatai között a legnagyobb szakmai kihívást az idős beteg ellátása jelenti. A családorvosi praxisokban a lakosság negyedét a hatvan éven felüliek alkotják, az orvos-beteg találkozások kétharmada, az otthonukban ellenőrzöttek 80–90%-a közülük kerülnek ki. Gondozásuk a lehető legkomplexebb orvosi tevékenység, amely magába foglalja a folyamatos felügyeletet, a gyógyítást, a rehabilitációt, a megelőzést, amelynek egy időben van szomatikus, pszichés és szociális vonatkozása [221].

Az idős ember testi és szellemi leépülése általában egy hosszan tartó folyamat, a hozzátartozót mégis váratlanul, felkészületlenül éri, hogy családtagja már képtelen az önellátásra, az önálló életvitelre. Fontos a heteroanamnézis, a szociális és családi anamnézis, környezeti tényezők föltárása. Az idős beteg napi gondjainak, szociális körülményeinek ismerete segít a tájékozódásban. Az ápolás megtervezése során több nehézséget kell figyelembe venni. Leggyakrabban nem tudhatjuk előre, hogy az ápolás hetekig, hónapokig, vagy akár évekig tart-e, a másik az anyagi, lélektani megterhelés, amit az ápolás jelent [222].

A reális és értelmes ápolási terv kidolgozása során 12 leggyakoribb idős- és agykori panasz, tünetcsoport kezelése kerül előtérbe, a házi ápolónak figyelembe kell vennie, amikor kidolgozza az ápolási tervet [222, 223].

Az ápolási szükséglet két részre szakad, úgy, mint egészségügyi és szociális ellátásra, a következők szerint. (XI. MELLÉKLET 1.3. Táblázatok, 12. táblázat)

1.4. Egyéb feltételek

Nincs.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek oktatási anyagok és betegtájékoztató.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. számú kérdőív: A napi élettevékenység aktivitását felmérő kérdőív (ADL kérdőív) [221, 224]

2. számú kérdőív: A mindennapi élettevékenységhez szükséges eszközhasználatot felmérő kérdőív (IADL kérdőív) [221, 225]

3. számú kérdőív: Mentális állapotot vizsgáló mini kérdőív (MMSE, Mini Mental State Examination, Folstein skála) [226]

4. számú kérdőív: Geriátriai depresszió skála (GDS, Yesavage) [227]

5. számú kérdőív: Tápláltsági állapottal kapcsolatos kockázatfelmérő kérdőív idősek számára (MNA, Mini Nutritional Assessment) [228]

6. számú kérdőív: Sarc-F kérdőív (gyors diagnosztikus teszt a szarkopénia szűrésére) [229]

7. számú kérdőív: ECOG skála (Eastern Cooperative Oncology Group) [230]

8. számú kérdőív: G8 szűrővizsgálati kérdőív az átfogó geriátriai értékelés szükségességének megítélésére [192]

9. számú kérdőív: CARG kérdőív a kemoterápia várható toxicitásának becslésére [194]

10. számú kérdőív: CRASH kérdőív a kemoterápia várható toxicitásának becslésére [196]

11. számú kérdőív: Norton-skálához kérdőív a decubitus rizikójának felméréséhez [231]

12. számú kérdőív: Óra rajzolási teszt a kognitív hanyatlás gyors szűrésére [232]

2.3. Táblázatok

1. táblázat: A malnutrició súlyosságának diagnosztikus kritériumai [5, módosítva]

2. táblázat: Szarkopénia diagnosztizálása [10, módosítva]

3. táblázat: Az osteoporosis klinikai kockázati tényezői [99]

4. táblázat: Osteoporotikus beteg kivizsgálása során elvégzendő laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok [100]

5. táblázat: A FRAX rendszerben szereplő csonttörési kockázati tényezők [228]

6. táblázat: Az osteoporosis kezelésére hazánkban elfogadott hatóanyagok [223]

7. táblázat: A pszeudodemencia és a valódi demencia differenciálása [224]

8. táblázat: Az átfogó onkogeriatríai értékeléshez minimálisan szükséges adatsor [187]

9. táblázat: A CDI kezelése [200-202, 204, 205, 207, 208]

10. táblázat: Bővített Norton-skála [231]

11. táblázat: Decubitus súlyossági szintjeinek besorolása [47]

12. táblázat: Az ápolási szükséglet az egészségügyi és szociális ellátás szerint

2.4. Algoritmusok

1. ábra: A szarkopénia és az esendőségi szindróma kapcsolata [9]

2. ábra: A geriátriai ellátás vázlata [235]

3. ábra: Az idős, több kórállapotban is szenvedő beteg klinikai értékelésének sajátossági foka, ellátásának egyénre szabottsága a kórállapotok számától és feltételezhető interakcióitól is függ [48]

4. ábra: A frailty egyénre szabott kezelésének algoritmusai [94]

5. ábra: A kognitív teljesítmény változása az életkorral egészséges öregedés és degeneratív betegségek során [236]

2.5. Egyéb dokumentumok

1. számú index: Tinetti-féle funkcionális teszt [237]

2. számú teszt: TUG (Timed Up and Go) járásteszt [238]

3. Idősek esendőségi indexe (FIFE, frailty index for elders) [83]

4. számú index: Karnofsky-index [239]

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok,

Az egészségügyi szakmai irányelv gyakorlati alkalmazásának javasolt mutatója (külső indikátor), hogy az adott ajánlást a vizsgált esetek hány százalékában alkalmazták. Ez például a 38. ajánlás vonatkozásában azt jelenti, hogy az idős,

szarkopéniás multimorbid betegek kezelése során a betegek hány százalékban végeztek fizioterápiát, illetve annak során az esetek hány százalékában alkalmaztak kombinált módon rezisztencia- és aerob tréninget, illetve egyensúlyi gyakorlatokat.

Az átfogó állapotfelmérés kérdőívei alapján meghatározott időközönként értékelhetők a

- mindennapi életvitelben,
- eszközhasználatban,
- tápláltsági állapotban,
- kognitív funkciókban,
- csonttörési rizikóban stb. bekövetkező pozitív, vagy negatív irányú változások.

A multimorbiditás végső kimenetének során időről időre megállapítandók az ismert diagnózisok mellett bekövetkezett újabb morbiditások, pl. hypertonia mellett keletkezett stroke, AMI, PAD, vagy osteoporosis mellett bekövetkezett elesések és/vagy csonttörések adatai. A végső mérőszám a mortalitás, melyet párhuzamba lehet állítani a multimorbiditás fennállásának idejével, a multimorbiditást okozó kórképek számával, vagy az alapbetegséggel való összefüggésével.

Az audit kritériumokat az egyes betegségek során végzett rendszeres követések adják: Pl. pajzsmirigybetegség esetén a hormonértékek változása, diabetes esetében a hypoglycaemias események száma, természete, a HgbA1c érték alakulása, szívelégtelenségben az akut ellátást igénylő cardialis decompensatio esetek száma évenkénti bontásban.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügy szakmai irányelv vonatkozásában a kötelező felülvizsgálatot a szakmai irányelv lejárata idejére köteles az Egészségügyi Szakmai Kollégium kijelölt fejlesztő csoportja elvégezni. A jogszabályi előírásoknak megfelelően, ha az irányelv bármely részében az irányelv érvényességét módosító körülmény lép fel, akkor az irányelv részleges revíziójára kell sort keríteni. A szakmai irányelvvel kapcsolatos aktuális irodalom figyelése és a magyarországi ellátó környezet alakulásának nyomon követése a Geriátria és krónikus ellátás Tagozat tagjai és a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság vezetése a felelős.

Az irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évenként történik, de indokolt esetben ennél hamarabb is elvégezhető.

A felülvizsgálat lehet tervezett vagy soron kívüli, annak mértékét a felmerülő változás jellege határozza meg.

Az irányelv tervezett felülvizsgálata érvényességének lejártá előtt fél évvel kezdődik el. A frissítés megkezdésére a Geriátria és krónikus ellátás Tagozat aktuális irányelvfejlesztő felelőse köteles emlékeztetni a fejlesztőcsoport minden tagját/a tagozat elnökét, aki kijelöli a felülvizsgálatért felelős személyt/személyeket.

Jelen irányelvet fejlesztőcsoport tagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a hazai ellátó környezetben bekövetkező változásokat.

A szükséges változtatás(ok)ról és azok mértékéről a fejlesztőcsoport konszenzus alapján dönt.

Soron kívüli felülvizsgálatot végez a fejlesztőcsoport, ha a szakirodalom és az ellátási eredmények folyamatos nyomon követése során az egészségügyi szakmai irányelv hatókörében a tudományos és/vagy tapasztalati bizonyítékokban és/vagy a hazai ellátórendszerben, ellátási körülményekben releváns és szignifikáns változás következik be. A felülvizsgálat mértékét a felmerülő változás jellege és mértéke határozza meg. Ha a soron kívüli felülvizsgálat során csak bizonyos ajánlások érintettek és a teljes egészségügyi szakmai irányelv nem került felülvizsgálatra, akkor a tervezett felülvizsgálati időpontban szükséges a teljes terjedelemben végzett áttekintés.

IX. IRODALOM

- [1.] Kálmán S, Pákási M, Kálmán J. Esendőségszindróma: egy régi új ismerős. Orv Hetil 2014;155(49):1935-51.
- [2.] Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2020;41(3):407-77.
- [3.] Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. Clin Nutr 2018;37(1):336-53.

- [4.] Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr* 2017;36(1):49-64.
- [5.] Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr* 2019;38(1):1-9.
- [6.] Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 2019;38(1):10-47.
- [7.] Mundi MS, Patel J, McClave SA, Hurt RT. Current perspective for tube feeding in the elderly: from identifying malnutrition to providing of enteral nutrition. *Clin Interv Aging* 2018;13:1353-64.
- [8.] Trobec K, Kerec Kos M, von Haehling S, Springer J, Anker SD, Lainscak M. Pharmacokinetics of drugs in cachectic patients: a systematic review. *PLoS One* 2013;8(11):e79603.
- [9.] Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Topinková E, Michel JP. Understanding sarcopenia as a geriatric syndrome. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2010;13(1):1-7.
- [10.] Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyere O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: Revised European Consensus on Definition and Diagnosis. *Age Ageing* 2019;48(1):16-31.
- [11.] Aubry E, Friedli N, Schuetz P, Stanga Z. Refeeding syndrome in the frail elderly population: prevention, diagnosis and management. *Clin Exp Gastroenterol* 2018;11:255-64.
- [12.] Pratesi A, Tarantini F, Di Bari M. Skeletal muscle: an endocrine organ. *Clin Cases Miner Bone Metab* 2013;10(1):11-14.
- [13.] Pedersen BK, Febbraio MA. Muscles, exercise and obesity: skeletal muscle as a secretory organ. *Nat Rev Endocrinol* 2012;8(8):457-65.
- [14.] Scaldaferri F, Pizzoferrato M, Lopetuso LR, Musca T, Ingravalle F, Sicignano LL et al. Nutrition and IBD: Malnutrition and/or Sarcopenia? A Practical Guide. *Gastroenterol Res Pract* 2017;2017:8646495.
- [15.] Biolo G, Cederholm T, Muscaritoli M. Muscle contractile and metabolic dysfunction is a common feature of sarcopenia of aging and chronic diseases: from sarcopenic obesity to cachexia. *Clin Nutr* 2014;33(5):737-748.
- [16.] American Diabetes Association: Standards of medical care in diabetes - 2020. *Diabetes Care* 2020;43(S1):S1-S212
- [17.] Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of mul- timorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross- sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
- [18.] Tinetti M, Dindo L, Smith CD, Blaum C, Costello D, Ouellet G, et al. Challenges and strategies in patients' health priorities-aligned decision-making for older adults with multiple chronic conditions. *PLoS One*. 2019;14(6):e0218249.
- [19.] Anderson G. *Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care*. Robert Wood Johnson Foundation; Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2010.
<https://publichealth.jhu.edu/sites/default/files/2023-04/jhdaai-chartbook-2010.pdf> Accessed August 24, 2020
- [20.] Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Rev*. 2010;32(2):451-74.
- [21.] Mercer SW, Smith SM, Wyke S, O'Dowd T, Watt GC. Multimorbidity in primary care: Developing the research agenda. *Fam Pract* 2009;26(2):79-80.
- [22.] Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294(6):716-24.
- [23.] Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: Implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med* 2009;7(4):357-63.
- [24.] Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011;10(4):430-9.
- [25.] Marengoni A, von Strauss E, Rizzuto D, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of chron- ic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. *J Intern Med* 2009;265(2):288-95.
- [26.] Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Almirall J, Dubois MF, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res* 2006;15(1):83-91.
- [27.] Tyack Z, Frakes KA, Barnett A, Cornwell P, Kuys S, McPhail S. Predictors of health- related quality of life in people with a complex chronic disease including multimorbidity: a longitudinal cohort study. *Qual Life Res* 2016;25(10):2579-92.
- [28.] Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2011;61(582):e12-e21.

- [29.] Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002;162(20):2269-76.
- [30.] Gijzen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, van den Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol* 2001;54(7):661-74.
- [31.] Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr* 2016;67:130-8.
- [32.] Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* 2017;36(1):11-48.
- [33.] Pacifico J, Geerlings MAJ, Reijnierse EM, Phassouliotis C, Lim WK, Maier AB. Prevalence of sarcopenia as a comorbid disease: A systematic review and meta-analysis. *Exp Gerontol* 2020;131:110801.
- [34.] Pfortmueller CA, Lindner G, Exadaktylos AK. Reducing fall risk in the elderly: risk factors and fall prevention, a systematic review. *Minerva Med* 2014;105(4):275-81.
- [35.] Dodds RM, Granic A, Robinson SM, Sayer AA. Sarcopenia, long-term conditions, and multimorbidity: findings from UK Biobank participants. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2020;11(1):62-8.
- [36.] Yeung SSY, Reijnierse EM, Pham VK, Trappenburg MC, Lim WK, Meskers CGM, et al. Sarcopenia and its association with falls and fractures in older adults: A systematic review and meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2019;10(3):485-500.
- [37.] Péntek M, Horváth C, Boncz I, Falusi Z, Tóth E, Sebestyén A, et al. Epidemiology of osteoporosis related fractures in Hungary from the nationwide health insurance database, 1999-2003. *Osteoporos Int* 2008;19(2):243-9.
- [38.] Faludi R. Szívelégtelenség időskorban, kardiomiopatiák. In: Vértes A, Tóth K, Tonelli M. *Kardiovaszkuláris betegségek kezelése időskorban*. Budapest: Orvosi Evidencia Kft.; 2016. p. 203-13.
- [39.] Borbola J. A pitvarfibrilláció kezelése időskorban. In: Vértes A, Tóth K, Tonelli M. *Kardiovaszkuláris betegségek kezelése időskorban*. Budapest: Orvosi Evidencia Kft.; 2016. p. 155-66.
- [40.] Kempler P, Putz Zs, Kiss Z, Wittmann I, Abonyi-Tóth Zs, Rokszi Gy, et al. A 2-es típusú diabetes előfordulása és költségterheinek alakulása Magyarországon 2001-2014 között - az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázis elemzésének eredményei. *Diabetologia Hungarica* 2016;24(3):177-88.
- [41.] Egészségügyi Szakmai Kollégium. A demencia kórismézése, kezelése és gondozása, 2022-2025. <https://kollegium.aeek.hu/iranyelvek/> Accessed August 25, 2023
- [42.] Jaul E, Barron J, Rosenzweig JP, Menczel J. An overview of co-morbidities and the development of pressure ulcers among older adults. *BMC Geriatr* 2018;18(1):305.
- [43.] Shahin ES, Meijers JM, Schols JM, Tannen A, Halfens RJ, Dassen T. The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *Nutrition* 2010;26(9):886-9.
- [44.] Langemo D, Haesler E, Naylor W, Tippet A, Young T. Evidence-based guidelines for pressure ulcer management at the end of life. *Int J Palliat Nurs* 2015;21(5):225-32.
- [45.] Beeckman D, Mathei C, Van Lancker A, Vanwalleghe G, Van Houdt S, Gryson L, et al. A national guideline for the treatment of pressure ulcers -Synthesis. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_203Cs_pressure_ulcers.pdf Accessed September 5, 2020.
- [46.] European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019. <http://www.internationalguideline.com/> Accessed September 5, 2020.
- [47.] Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja A decubitus rizikófelmérése, prevenciója és kezelése. In: *Az Ápolási Szakmai Kollégium*. 2008.
- [48.] The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Multimorbidity: clinical assessment and management (CG56). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>. Accessed August 24, 2020.
- [49.] Boyd C, Smith CD, Masoudi FA, Blaum CS, Dodson JA, Green AR, et al. Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc* 2019;67(4):665-73.
- [50.] Fried TR, Tinetti ME, Iannone L. Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. *Arch Intern Med* 2011;171(1):75-80.
- [51.] Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004;351(27):2870-4.
- [52.] Cano A. Frailty and multimorbidity in the elderly. *Maturitas* 2019;124:111.

- [53.] Melis RJ, Gijzel SM, Olde Rikkert MG. Moving beyond multimorbidity as a simple count of diseases. *J Eval Clin Pract* 2017;23(1):216-8.
- [54.] Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(10):e1-25.
- [55.] Aubert CE, Fankhauser N, Marques-Vidal P, Stirnemann J, Aujesky D, Limacher A, et al. Patterns of multimorbidity in internal medicine patients in Swiss university hospitals: a multicentre cohort study. *Swiss Med Wkly* 2019;149:w20094.
- [56.] McAvay G, Allore HG, Cohen AB, Gnjjidic D, Murphy TE, Tinetti ME. Guideline-recommended Medications and Physical Function in Older Adults with Multiple Chronic Conditions. *J Am Geriatr Soc* 2017;65(12):2619-26.
- [57.] Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: A systematic analysis of evidence-based guidelines. *PLoS One* 2011;6(10):e25987.
- [58.] Fortin M, Contant E, Savard C, Hudon C, Poitras ME, Almirall J. Canadian guidelines for clinical practice: An analysis of their quality and relevance to the care of adults with comorbidity. *BMC Fam Pract* 2011;12:74.
- [59.] McClellan MB, McGinnis JM, Nabel EG, Olsen LAM. IOM (Institute of Medicine). Evidence-Based Medicine and the Changing Nature of Health Care: 2007 IOM Annual Meeting Summary. Washington (DC), The National Academies Press (US), 2008.
- [60.] Abd TT, Jacobson TA. Statin-induced myopathy: A review and update. *Expert Opin Drug Saf* 2011;10(3):373-87.
- [61.] Kent DM, Hayward RA. Limitations of applying summary results of clinical trials to individual patients: The need for risk stratification. *JAMA* 2007;298(10):1209-12.
- [62.] Ouellet GM, Ouellet JA, Tinetti ME. Principle of rational prescribing and deprescribing in older adults with multiple chronic conditions. *Ther Adv Drug Saf* 2018;9(11):639-52.
- [63.] Harrison C, Britt H, Miller G, Henderson J. Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. *BMJ Open* 2014;4(7):e004694.
- [64.] Damluji AA, Forman DE, van Diepen S, Alexander KP, Page RL 2nd, Hummel SL, et al. Older Adults in the Cardiac Intensive Care Unit: Factoring Geriatric Syndromes in the Management, Prognosis, and Process of Care: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2020;141(2):e6-32.
- [65.] Smith S, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;4:CD006560.
- [66.] Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: A framework for individualized decision making. *JAMA* 2001;285(21):2750-6.
- [67.] Reuben DB. Medical care for the final years of life: "When you're 83, it's not going to be 20 years. *JAMA* 2009;302(24):2686-94.
- [68.] Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, Widera EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults: A systematic review. *JAMA* 2012;307(2):182-92.
- [69.] Fitzgerald SP, Bean NG. An analysis of the interactions between individual comorbidities and their treatments-implications for guidelines and polypharmacy. *J Am Med Dir Assoc* 2010;11(7):475-84.
- [70.] Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: Addressing polypharmacy. *Arch Intern Med* 2010;170(18):1648-54.
- [71.] Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE. The Anticholinergic Risk Scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Arch Intern Med* 2008;168(5):508-13.
- [72.] Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med* 2005;20(6):531-5.
- [73.] Fried TR, Byers AL, Gallo WT, Van Ness PH, Towle VR, O'Leary JR, et al. Prospective study of health status preferences and changes in preferences over time in older adults. *Arch Intern Med* 2006;166(8):890-5.
- [74.] Pilotto A, Ferrucci L, Franceschi M, D'Ambrosio LP, Scarcelli C, Cascavilla L, et al. Development and validation of a multidimensional prognostic index for one-year mortality from comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients. *Rejuvenation Res* 2008;11(1):151-61.
- [75.] Cruz-Jentoft AJ, Daragjati J, Fratiglioni L, Maggi S, Mangoni AA, Mattace-Raso F, et al. Using the Multidimensional Prognostic Index (MPI) to improve cost-effectiveness of interventions in multimorbid frail older persons: results and final recommendations from the MPI_AGE European Project. *Aging Clin Exp Res* 2020;32(5):861-8.

- [76.] Pham HH, Schrag D, O'Malley AS, Wu B, Bach PB. Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. *N Engl J Med* 2007;356(11):1130-9.
- [77.] Salisbury C, Man MS, Chaplin K, Mann C, Bower P, Brookes S, et al. A patient-centred intervention to improve the management of multimorbidity in general practice: the 3DRCT. Southampton (UK), NIHR Journals Library; 2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537537/pdf/Bookshelf_NBK537537.pdf Accessed August 24, 2020.
- [78.] Barry E., Galvin R., Keogh C., Horgan F., Fahey T.: Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*. 2014; 14(1):14.
- [79.] Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342(8878):1032-6.
- [80.] Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz JP, Lichtman S, et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol* 2005;55(3):241-52.
- [81.] Roffman CE, Buchanan J, Allison GT. Charlson Comorbidities Index. *J Physiother* 2016;62(3):171.
- [82.] Abellan van Kan G, Rolland Y, Houles M, Gillette-Guyonnet S, Soto M, Vellas B. The assessment of frailty in older adults. *Clin Geriatr Med* 2010;26(2):275-86.
- [83.] Tocchi C, Dixon J, Naylor M, Jeon S, McCorkle R. Development of a frailty measure for older adults: the frailty index for elders. *J Nurs Meas* 2014;22(2):223-40.
- [84.] Marshall S, Young A, Bauer J, Isenring E. Malnutrition in Geriatric Rehabilitation: Prevalence, Patient Outcomes, and Criterion Validity of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment and the Mini Nutritional Assessment. *J Acad Nutr Diet* 2016;116(5):785-94.
- [85.] Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr* 2018;37(1):354-96.
- [86.] Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clin Nutr* 2020;39(1):5-22.
- [87.] Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Arai H, Kritchevsky SB, Guralnik J, et al. International Clinical Practice Guidelines for Sarcopenia (ICFSR): Screening, Diagnosis and Management. *J Nutr Health Aging* 2018;22(10):1148-61.
- [88.] Uemura K, Doi T, Tsutsumimoto K, Nakakubo S, Kim MJ, Kurita S, et al. Predictivity of bioimpedance phase angle for incident disability in older adults. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2020;11(1):46-54.
- [89.] Deutz NE, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bostom-Westphal A, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clin Nutr* 2014;33(6):929-36.
- [90.] Molnár A, Jonásné SI, Csontos AA, Ferencz C, Várbíró S, Székács B. Special nutrition intervention is required for muscle protective efficacy of physical exercise in elderly people at highest risk of sarcopenia. *Physiology international* 2016;103(3):368-76.
- [91.] Rondanelli M, Faliva M, Monteferrario F, Peroni G, Repaci E, Allieri F, et al. Novel insights on nutrient management of sarcopenia in elderly. *Biomed Res Int* 2015;2015:524948.
- [92.] Breen L, Phillips SM. Interactions between exercise and nutrition to prevent muscle waste during ageing. *Br J Clin Pharmacol* 2013;75(3):708-15.
- [93.] Oliveira CLP, Dionne IJ, Prado CM. Are Canadian protein and physical activity guidelines optimal for sarcopenia prevention in older adults? *Appl Physiol Nutr Metab* 2018;43(12):1215-23.
- [94.] Gabrovec B, Antoniadou E, Soleymani D, Targowski T, Kadalska E, López-Samaniego L, et al. European Guide for Management of Frailty at Individual Level Including Recommendations and Roadmap. (2019)
- [95.] Li G, Thabane L, Papaioannou A, Ioannidis G, Levine MA, Adachi JD. An overview of osteoporosis and frailty in the elderly. *BMC Musculoskelet Disord* 2017;18(1):46.
- [96.] Smith EM, Shah AA. Screening for geriatric syndromes: falls, urinary/fecal incontinence, and osteoporosis. *Clin Geriatr Med* 2018;34(1):55-67.
- [97.] US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Osteoporosis to Prevent Fractures: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2018;319(24):2521-31.
- [98.] The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Osteoporosis: assessing the risk of fragility fracture (CG146). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554920/> Accessed August 24, 2020.
- [99.] Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY. Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) and the Committees of Scientific Advisors and National Societies of the International Osteoporosis Foundation (IOF). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int* 2019;30(1):3-44.

- [100.] Compston J, Cooper A, Cooper C, Gittoes N, Gregson C, Harvey N, et al. National Osteoporosis Guideline Group (NOGG). UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. *Arch Osteoporos* 2017;12(1):43.
- [101.] Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, McCloskey E. FRAX and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. *Osteoporos Int* 2008;19(4):385-97.
- [102.] Liberman D, Cheung A. A practical approach to osteoporosis management in the geriatric population. *Can Geriatr J* 2015;18(1):29-34.
- [103.] Miko I, Szerb I, Szerb A, Bender T, Poor G. Effect of a balance-training programme on postural balance, aerobic capacity and frequency of falls in women with osteoporosis: A randomized controlled trial. *J Rehabil Med*. 2018, 50(6):542-7.
- [104.] The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Bisphosphonates for treating osteoporosis Technology appraisal guidance (TA464). <https://www.nice.org.uk/guidance/ta464> Accessed August 24, 2020.
- [105.] McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2021;42(36):3599-3726.
- [106.] Díez-Villanueva P, Alfonso F. Heart failure in the elderly. *J Geriatr Cardiol* 2016; 13(2):115-7.
- [107.] Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm PJ, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J* 2017;38(36):2739-91.
- [108.] Merkely B. A szívelégtelenség reszinkronizációs kezelése. *Cardiologia Hungarica* 2008;38:40-5.
- [109.] Marini M, Martin M, Saltori M, Quintarelli S, Zilio F, Guarracini F, et al. Pacemaker therapy in very elderly patients: survival and prognostic parameters of single center experience. *J Geriatr Cardiol* 2019;16(12):880-4.
- [110.] [Rose EA, Gelijns AC, Moskowitz AJ, Heitjan DF, Stevenson LW, Dembitsky W et al. Long-term use of a left ventricular assist device for end-stage heart failure. *N Engl J Med* 2001;345(20):1435-43.
- [111.] Strandberg TE. Role of Statin Therapy in Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Elderly Patients. *Curr Atheroscler Rep* 2019;21(8):28.
- [112.] Blaskovich E. Fix kombinációs (single pill) terápiás lehetőségek és az adherencia az idősgyógyászati gyakorlatban. *Metabolizmus* 2017;15(3):171-3.
- [113.] Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2015;373(22):2117-28.
- [114.] McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, Köber L, Kosiborod MN, Martmez FA, et al. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *N Engl J Med* 2019;381(21):1995-2008.
- [115.] Blaskovich E. A sokoldalú trimetazidin idősgyógyászati vonatkozásai. *Idősgyógyászat* 2017;2(3):100-3.
- [116.] Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J* 2016;37(38):2893-2962.
- [117.] Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J* 2021;42(5):373-498.
- [118.] McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J* 2024;45(38):3912-4018.
- [119.] Farsang Cs, Járai Z. A Magyar Hypertonia Társaság szakmai irányelve - A hypertoniabetegség ellátásának irányelvei 11., módosított, javított és kiegészített kiadás. *Hypertonia és Nephrologia* 2018;22(5):1-36.
- [120.] Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995-2010. *BMC Med* 2015;13:74.
- [121.] Mukete BN, Ferdinand KC. Polypharmacy in Older Adults With Hypertension: A Comprehensive Review. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2016;18(1):10-8.
- [122.] Gnjjidic D, Tinetti M, Allore HG. Assessing medication burden and polypharmacy: finding the perfect measure. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2017;10(4):345-7.
- [123.] Vetrano DL, Palmer KM, Galluzzo L, Giampaoli S, Marengoni A, Bernabei R, et al. Hypertension and frailty: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2018;8(12):e024406.
- [124.] Won CW, Kim S. Use of Frailty in Deciding Clinical Treatment Goals for Chronic Disease in Elderly Patients in the Community. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17(11):967-9.
- [125.] Chen S, Honda T, Chen T, Narazaki K, Haeuchi Y, Supartini A, et al. Screening for frailty phenotype with objectively-measured physical activity in a west Japanese suburban community: evidence from the Sasaguri Genkimon Study. *BMC Geriatr* 2015;15:36.

- [126.] Jadad AR, To MJ, Emara M, Jones J. Consideration of multiple chronic diseases in randomized controlled trials. *JAMA* 2011;306(24):2670-2.
- [127.] Van Spall HG, Toren A, Kiss A, Fowler RA. Eligibility criteria of randomized controlled trials published in high-impact general medical journals: a systematic sampling review. *JAMA* 2007;297(11):1233-40.
- [128.] Zulman DM, Sussman JB, Chen X, Cigolle CT, Blaum CS, Hayward RA. Examining the evidence: a systematic review of the inclusion and analysis of older adults in randomized controlled trials. *J Gen Intern Med* 2011;26(7):783-90.
- [129.] Butt DA, Mamdani M, Austin PC, Tu K, Gomes T, Glazier RH. The risk of hip fracture after initiating antihypertensive drugs in the elderly. *Arch Intern Med* 2012;172(22):1739-44.
- [130.] Tinetti ME, Han L, Lee DS, McAvay GJ, Peduzzi P, Gross CP, et al. Antihypertensive medications and serious fall injuries in a nationally representative sample of older adults. *JAMA Intern Med* 2014;174(4):588-95.
- [131.] Messerli FH, Streit S, Grodzicki T. The oldest old: does hypertension become essential again? *Eur Heart J* 2018;39(33):3144-6.
- [132.] Anker D, Santos-Eggimann B, Santschi V, Santschi V, Del Giovane C, Wolfson C, et al. Screening and treatment of hypertension in older adults: less is more? *Public Health Rev* 2018;39:26.
- [133.] Benetos A, Petrovic M, Strandberg T. Hypertension Management in Older and Frail Older Patients. *Circ Res* 2019;124:1045-60.
- [134.] Scott IA, Hilmer SN, Le Couteur DG. Going Beyond the Guidelines in Individualising the Use of Antihypertensive Drugs in Older Patients. *Drugs Aging* 2019;36(8):675-85.
- [135.] Ouellet GM, McAvay G, Murphy TE, Tinetti ME. Treatment of Hypertension in Complex Older Adults: How Many Medications Are Needed? *Gerontol Geriatr Med* 2019;5:2333721419856436.
- [136.] Franklin SS, Jacobs MJ, Wong ND, L'Italien GJ, Lapuerta P. Predominance of isolated systolic hypertension among middle-aged and elderly US hypertensives: analysis based on National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. *Hypertension* 2001;37(3):869-74.
- [137.] Székács B, Kékes E. A magasvérnyomás-betegség és agyi funkció. Hypertonia és demencia kapcsolata a szervezet öregedése során. Fiatalkori vérnyomás-emelkedés - időskori demencia. *Hypertonia és Nephrologia* 2019;23(6):260-9.
- [138.] DuGoff EH, Canudas-Romo V, Buttorff C, Leff B, Anderson GF. Multiple chronic conditions and life expectancy: a life table analysis. *Med Care* 2014;52(8):688-94.
- [139.] Molander L, Lövhelm H, Norman T, Nordström P, Gustafson Y. Lower systolic blood pressure is associated with greater mortality in people aged 85 and older. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(10):1853-9.
- [140.] van Bommel T, Gussekloo J, Westendorp RG, Blauw GJ. In a population-based prospective study, no association between high blood pressure and mortality after age 85 years. *J Hypertens* 2006;24(2):287-92.
- [141.] Boshuizen HC, Izaks GJ, van Buuren S, Ligthart GJ. Blood pressure and mortality in elderly people aged 85 and older: community based study. *BMJ* 1998;316(7147):1780-4.
- [142.] Mattila K, Haavisto M, Rajala S, Heikinheimo R. Blood pressure and five year survival in the very old. *Br Med J* 1988;296(6626):887-9.
- [143.] Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP, Schron E, Ekblom T, Fagard R, et al. Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials. INDANA Group. *Lancet* 1999;353(9155):793-6.
- [144.] Agostini JV, Tinetti ME, Han L, Peduzzi P, Foody JM, Concato J. Association between antihypertensive medication use and non-cardiovascular outcomes in older men. *J Gen Intern Med* 2007;22(12):1661-7.
- [145.] Rapsomaniki E, Timmis A, George J, Pujades-Rodriguez M, Shah AD, Denaxas S, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1-25 million people. *Lancet* 2014;383(9932):1899-1911.
- [146.] Protogerou AD, Safar ME, Iaria P, Safar H, Le Dudal K, Filipovsky J, et al. Diastolic blood pressure and mortality in the elderly with cardiovascular disease. *Hypertension* 2007;50(1):172-180.
- [147.] Qin X, Zhang Q, Yang S, Sun Z, Chen X, Huang H. Blood pressure variability and morning blood pressure surge in elderly Chinese hypertensive patients. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2014;16(7):511-7.
- [148.] Garcia FA, Fidale B, Ferreira-Filho SR. Blood pressure variability in the elderly. Association between postprandial and sleeping periods. *J Bras Nefrol* 2017;39(2):147-53.
- [149.] Chowdhury EK, Nelson MR, Wing LMH, Jennings GLR, Beilin LJ, Reid CM, et al. Change in Blood Pressure Variability Among Treated Elderly Hypertensive Patients and Its Association With Mortality. *J Am Heart Assoc* 2019;8(21):e012630.

- [150.] Messerli FH, Streit S, Grodzicki T. The oldest old: does hypertension become essential again? *Eur Heart J* 2018;39(33):3144-6.
- [151.] Okumiya K, Matsubayashi K, Wada T, Osaki Y, Doi Y, Ozawa T. J-curve relation between blood pressure and decline in cognitive function in older people living in community, Japan. *J Am Geriatr Soc* 1997;45(8):1032-3.
- [152.] Skoog I, Andreasson LA, Landahl S, Lernfelt B. A population-based study on blood pressure and brain atrophy in 85-year-olds. *Hypertension* 1998;32:404-9.
- [153.] Verghese J, Lipton RB, Hall CB, Kuslansky G, Katz MJ. Low blood pressure and the risk of dementia in very old individuals. *Neurology* 2003;61(12):1667-72.
- [154.] Ruitenberg A, den Heijer T, Bakker SL, van Swieten JC, Koudstaal PJ, Hofman A, et al. Cerebral hypoperfusion and clinical onset of dementia: the Rotterdam Study. *Ann Neurol* 2005;57(6):789-94.
- [155.] Li G, Rhew IC, Shofer JB, Kukull WA, Breitner JC, Peskind E, et al. Age-varying association between blood pressure and risk of dementia in those aged 65 and older: a community-based prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(8):1161-7.
- [156.] Richmond R, Law J, Kay-Lambkin F. Higher blood pressure associated with higher cognition and functionality among centenarians in Australia. *Am J Hypertens* 2011;24(3):299-303.
- [157.] Corrada MM, Hayden KM, Paganini-Hill A, Bullain SS, DeMoss J, Aguirre C, et al. Age of onset of hypertension and risk of dementia in the oldest-old: The 90+ Study. *Alzheimers Dement* 2017;13(2):103-10.
- [158.] Moran C, Xie K, Poh S, Chew S, Beare R, Wang W, et al. Observational Study of Brain Atrophy and Cognitive Decline Comparing a Sample of Community-Dwelling People Taking Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin Receptor Blockers Over Time. *J Alzheimers Dis* 2019;68(4):1479-88.
- [159.] Tinetti ME, Naik AD, Dindo L, Costello DM, Esterson J, Geda M, et al. Association of Patient Priorities-Aligned Decision-Making With Patient Outcomes and Ambulatory Health Care Burden Among Older Adults With Multiple Chronic Conditions: A Nonrandomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2019;179(12):1688-97.
- [160.] Tinetti ME, Esterson J, Ferris R, Posner P, Blaum CS. Patient Priority-Directed Decision Making and Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions *Clin Geriatr Med* 2016;32(2):261-75.
- [161.] Hajjar I. Postural blood pressure changes and orthostatic hypotension in the elderly patient: impact of antihypertensive medications. *Drugs Aging* 2005;22(1):55-68.
- [162.] A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbetegség antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban. *Egészségügyi Közlöny* 2023; 73 (13): 1137-1246. <https://kollegium.aeek.hu/iranyelvek/>
- [163.] Cho NH, Colagiuri S, Distiller L, Dong B, Dunning T, Gadsby R, et al. Managing Older People with Type 2 Diabetes. Global Guideline. Brussels, Belgium, International Diabetes Federation, 2013
file:///C:/Users/TULAJD~1/AppData/Local/Temp/idf-guideline-older-people-T2D.pdf Accessed August 25, 2020.
- [164.] Munshi MN, Segal AR, Suhl E, Staum E, Desrochers L, Sternthal A, et al. Frequent hypoglycemia among elderly patients with poor glycemic control. *Arch Intern Med* 2011;171:362-4.
- [165.] Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Follow-On (ACCORDION) Eye Study Group and the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Follow-On (ACCORDION) Study Group. Persistent Effects of Intensive Glycemic Control on Retinopathy in Type 2 Diabetes in the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) Follow-On Study. *Diabetes Care* 2016;39(7):1089-100.
- [166.] Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al. Diabetes in older adults. *Diabetes Care* 2012;35(12):2650-64.
- [167.] Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, Ray KK, Packard CJ, Bruckert E, et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *Eur Heart J* 2017;38(32):2459-2472.
- [168.] Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. Efficacy and safety of statin therapy in older people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials. *Lancet* 2019;393(10170):407-415
- [169.] Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J* 2020;41(1):111-88.
- [170.] Okeowo D, Patterson A, Boyd C, Reeve E, Gnjjidic D, Todd A. Clinical practice guidelines for older people with multimorbidity and life-limiting illness: what are the implications for deprescribing? *Ther Adv Drug Saf* 2018;9(11):619-630.
- [171.] Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: Executive

- Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2019;73(24):3168-3209.
- [172.] Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*. 2010;376(9753):1670-81.
- [173.] Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration, Fulcher J, O'Connell R, Voysey M, Emberson J, Blackwell L et al. Efficacy and safety of LDL-lowering therapy among men and women: meta-analysis of individual data from 174,000 participants in 27 randomised trials. *Lancet*. 2015;385(9976):1397-405.
- [174.] Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators, Mihaylova B, Emberson J, Blackwell L, Keech A, Simes J et al. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *Lancet*. 2012;380(9841):581-90.
- [175.] Barna I. A hypercholesterinaemia kezelése idős korban *Lege Artis Medicinae* 2020;30:247-56.
- [176.] Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2002;360(9326):7-22.
- [177.] Zhang H, Plutzky J, Skentzos S, Morrison F, Mar P, Shubina M et al. Discontinuation of statins in routine care settings: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2013;158(7):526-34.
- [178.] Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, Burman KD, Cappola AR, Celi FS, et al. American Thyroid Association Task Force on Thyroid Hormone Replacement. Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the american thyroid association task force on thyroid hormone replacement. *Thyroid* 2014;24(12):1670-751.
- [179.] Calsolaro V, Niccolai F, Pasqualetti G, Tognini S, Magno S, Riccioni T, et al. Hypothyroidism in the Elderly: Who Should Be Treated and How? *J Endocr Soc* 2018;3(1):146-58.
- [180.] Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid* 2016;26(10):1343-421.
- [181.] Thirion M, Percheron S, Mira JP. hyrotoxicose. *Réanimation* 2006; 15(6), 497-505.
- [182.] Karlin NJ, Weintraub N, Chopra IJ. Current controversies in endocrinology: screening of asymptomatic elderly for subclinical hypothyroidism. *J Am Med Dir Assoc* 2004;5(5):333-6.
- [183.] Tariska P. Gerontopszichiátria. In: Füredi J, Németh A, Tariska P. A pszichiátria magyar kézikönyve. Budapest: Medicina; 2003. p. 833-42.
- [184.] The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management (CG91). <http://guidance.nice.org.uk/CG91> Accessed August 25, 2020.
- [185.] Wildiers H, Heeren P, Puts M, Topinkova E, Janssen-Heijnen ML, Extermann M, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol* 2014;32(24):2595-603.
- [186.] Soto-Perez-de-Celis E, Li D, Yuan Y, Lau YM, Hurria A. Functional versus chronological age: geriatric assessments to guide decision making in older patients with cancer. *Lancet Oncol* 2018;19(6):e305-16.
- [187.] Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, Schonberg MA, Boyd CM, Burhenn PS, et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. *J Clin Oncol* 2018;36(22):2326-47.
- [188.] Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S, Mertens C, Delva F, Fonck M, et al. Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. *Ann Oncol* 2012;23(8):2166-72.
- [189.] Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ, et al. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(12):1691-9.
- [190.] Luciani A, Biganzoli L, Colloca G, Falci C, Castagneto B, Floriani I, et al. Estimating the risk of chemotherapy toxicity in older patients with cancer: The role of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13). *J Geriatr Oncol* 2015;6(4):272-9.
- [191.] Rowbottom L, Loucks A, Jin R, Breunis H, Syed AT, Watt S, et al. Performance of the Vulnerable Elders Survey 13 screening tool in identifying cancer treatment modification after geriatric assessment in pre-treatment patients: A retrospective analysis. *J Geriatr Oncol* 2019;10(2):229-34.
- [192.] Decoster L, Van Puyvelde K, Mohile S, Wedding U, Basso U, Colloca G, et al. Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations. *Ann Oncol* 2015;26(2):288-300.
- [193.] University of California San Francisco. ePrognosis. <https://eprognosis.ucsf.edu/> Accessed January 7, 2021.

- [194.] Hurria A, Togawa K, Mohile SG, Owusu C, Klepin HD, Gross CP, et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. *J Clin Oncol* 2011;29(25):3457-65.
- [195.] Cancer and Aging Research Group (CARG). https://www.mycarg.org/?page_id=166 Accessed January 7, 2021.
- [196.] Extermann M, Boler I, Reich RR, Lyman GH, Brown RH, DeFelice J, et al. Predicting the risk of chemotherapy toxicity in older patients: the Chemotherapy Risk Assessment Scale for High-Age Patients (CRASH) score. *Cancer* 2012;118(13):3377-86.
- [197.] Moffitt Cancer Center. CRASH Score. <https://moffitt.org/eforms/crashscoreform/> Accessed January 7, 2021.
- [198.] Zhang J, Liao X, Feng J, Yin T, Liang Y. Prospective comparison of the value of CRASH and CARG toxicity scores in predicting chemotherapy toxicity in geriatric oncology. *Oncol Lett* 2019;18(5):4947-55.
- [199.] Ortland I, Mendel Ott M, Kowar M, Sippel C, Jaehde U, Jacobs AH, et al. Comparing the performance of the CARG and the CRASH score for predicting toxicity in older patients with cancer. *J Geriatr Oncol* 2020;11(6):997-1005.
- [200.] Debast SB, Bauer MP, Kuijper EJ; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update of the treatment guidance document for *Clostridium difficile* infection. *Clin Microbiol Infect* 2014;20 Suppl 2:1-26.
- [201.] Crobach MJ, Planche T, Eckert C, Barbut F, Terveer EM, Dekkers OM, et al. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update of the diagnostic guidance document for *Clostridium difficile* infection. *Clin Microbiol Infect* 2016;22 Suppl 4:S63-81.
- [202.] McDonald LC, Gerding DN, Johnson S, Bakken JS, Carroll KC, Coffin SE, et al. Clinical Practice Guidelines for *Clostridium difficile* Infection in Adults and Children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). *Clin Infect Dis* 2018;66(7):987-94.
- [203.] Tschudin-Sutter S, Kuijper EJ, Durovic A, Vehreschild MJGT, Barbut F, Eckert C, et al. Guidance document for prevention of *Clostridium difficile* infection in acute healthcare settings. *Clin Microbiol Infect* 2018;24(10):1051-4.
- [204.] Kurcz A, Hajdu Á, Milassin M, Nagy E, Ludwig E, Fried K, et al. Módszertani levél. A *Clostridium difficile* fertőzések diagnosztikájáról, terápiájáról és megelőzéséről. (2. átdolgozott kiadás). Budapest: Országos Epidemiológiai Központ; 2016.
https://www.antsz.hu/data/cms76397/OEK_CDI_ML_2016_07_08.pdf Accessed August 16, 2020.
- [205.] Marshall LL, Peasah S, Stevens GA. *Clostridium difficile* Infection in Older Adults: Systematic Review of Efforts to Reduce Occurrence and Improve Outcomes. *Consult Pharm* 2017;32(1):24-41.
- [206.] Kelly CP, LaMont JT. *Clostridium difficile*-more difficult than ever. *N Engl J Med* 2008;359(18):1932-40.
- [207.] Kassam Z, Lee CH, Yuan Y, Hunt RH. Fecal microbiota transplantation for *Clostridium difficile* infection: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2013;108(4):500-8.
- [208.] Vigvári S, Sipos D, Solt J, Vincze Á, Kocsis B, Nemes Z, et al. Faecal microbiota transplantation for *Clostridium difficile* infection using a lyophilized inoculum from non-related donors: A case series involving 19 patients. *Acta Microbiol Immunol Hung* 2019;66(1):69-78.
- [209.] Sartelli M, Di Bella S, McFarland LV, Khanna S, Furuya-Kanamori L, Abuzeid N, et al. 2019 update of the WSES guidelines for management of *Clostridioides (Clostridium) difficile* infection in surgical patients. *World J Emerg Surg* 2019;14:8.
- [210.] Pressure ulcers: prevention and management. 2014.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg179/resources/pressure-ulcers-prevention-and-management-pdf-35109760631749> Accessed September 5, 2020.
- [211.] Demarré L, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Lemey J, et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2015;52(11):1754-74.
- [212.] Munoz N, Posthauer ME, Cereda E, Schols JMGA, Haesler E. The Role of Nutrition for Pressure Injury Prevention and Healing: The 2019 International Clinical Practice Guideline Recommendations. *Adv Skin Wound Care* 2020;33(3):123-36.
- [213.] Plauth M, Bernal W, Dasarathy S, Merli M, Plank LD, Schütz T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in liver disease. *Clin Nutr* 2019;38(2):485-521.
- [214.] Plauth M. Nutrition support in liver disease. In: Sobotka L. *Basics in Clinical Nutrition*. Prague: Gallén; 2011. p. 466-72.
- [215.] Druml W, Cano N, Teplan V. Nutrition support in renal disease. In: Sobotka L. *Basics in Clinical Nutrition*. Prague: Gallén; 2011. p. 473-85.
- [216.] Moukhtar L. Néhány praktikus tanács a testileg és szellemileg leépült beteg otthoni ápolásához. In: Boga B. *Idősgondozási kézikönyv*. Budapest: Geriáter Service Kiadó Kft.; 2012. p. 131-7.

- [217.] Pék Gy. Speciális kommunikáció és gondozási szükségletek az időskori kétnyelvűséggel és az idősebb családtagok gondozásával kapcsolatban. In: Kállai J, Kaszás B, Tiringner I. Az időskorúak egészségpszichológiája. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2013. p. 289-302.
- [218.] Szabó L. Szociális munka az idősellátásban. In: Boga B. Az idősgondozás kézikönyve. Budapest: Geriáter Service Kiadó Kft.; 2014. 185-91.
- [219.] American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2019;67(4):674-94.
- [220.] Bakó, G.: A gyógyszeres kezelés szempontjai időskorban, kiemelve a „FORTA”-elvet. *Mozgásszervi Továbbk. Szle.* 1 (2), 84-86, 2018.
- [221.] Székács B. Geriátria. Az időskor gyógyászata. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2005.
- [222.] Lázár I, Túry F, Az orvos-beteg kapcsolata. In: Kopp M, Berghammer R. Orvosi pszichológia. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2005. p. 254-80.
- [223.] [223] Pilling J. Orvosi kommunikáció a gyakorlatban. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2018. p. 109-27.
- [224.] Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 1963;185: 914-9.
- [225.] Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3): 179-86.
- [226.] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. „Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3): 189-98.
- [227.] Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986;5:1-2: 165-73.
- [228.] Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M; Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22(4): 415-21.
- [229.] Gasparik AI, Demián MB, Pascanu IM, Merlan I, Hodinka L, Vereckei E. A SARC-F sarcopeniaszűrő kérdőív magyar változatának értékelése. *Orv Hetil* 2020;161(47): 20002005.
- [230.] Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982;5(6): 649-55.
- [231.] Norton D. Calculating the risk: reflections on the Norton Scale. *Decubitus* 1989;2(3): 24-31.
- [232.] Interprofesszionális Demencia Alaprogram. Órarajzolósi teszt.
- [233.] Pharmindex Online. <https://www.pharmindex-online.hu/gyogyszerek/atc> Accessed January 7, 2021.
- [234.] Gyuris J. Pseudodementia. In: Gyuris J, Szilárd J. *Organicus pszichiatria az orvosi gyakorlatban.* Gyula; 1991. p. 39.
- [235.] Bakó G. Geriátria és krónikus ellátás. In: Kosztolányi G, Csiba L. *A hazai orvosi szakmák helyzete és perspektívái a 21. század elején I.* Budapest: MTA V. Orvosi Tudományok Osztálya; 2019. p. 62-65.
- [236.] Reisberg B, Shulman MB, Torossian C, Leng L, Zhu W. Outcome over seven years of healthy adults with and without subjective cognitive impairment. *Alzheimers Dement* 2010;6(1):11-24.
- [237.] Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in the elderly patient. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34:119-126.
- [238.] Vekerdy Nagy Zs. *Rehabilitációs orvoslás.* Budapest: Medicina könyvkiadó; 2010.
- [239.] Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncol* 1984;2(3): 187-93.

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az egészségügyi szakmai irányelv kidolgozására az Egészségügyi Szakmai Kollégium Geriátriai és krónikus ellátás Tagozata és a Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság vezetősége kapott megbízást. Az irányelvek kidolgozásában ezen két grémium felkért tagjai vettek részt.

A két grémium vezetősége együttes ülésén fogadta el az irányelv vázlatát, a kidolgozásban való részvétel felkérés és önként vállalás alapján történt.

Az érintett elnökök kijelölték azon munkatársakat, akik az irányelv megírásában szerepet vállaltak. Az irányelv elkészülése után, a véleményező tagozatok által véleményezésre került az irányelv.

Az irányelv kialakítási folyamat során a fejlesztőtagok önálló munkája a tagok közt elektronikus úton folyamatosan megosztásra és véleményezésre került, az irányelv hangsúlyos és problematikus kérdéseiben pedig személyes, csoportos konzultációk zajlottak.

2. Irodalomkeresés, szelekció:

A multimorbiditás (polimorbiditás) témával kapcsolatosan csak limitált számú, megfelelő minőségű szakmai ajánlás és kutatás volt elérhető, ezért az irodalomkeresés kiterjesztésre került az időskorban leggyakrabban előforduló betegségekre (osteoporosis, kardiológiai kórképek, hipertonia, diabetes mellitus, zsíryanycsere-betegségek, pajzsmirigybetegségek, depresszió, demencia, malignus daganatok, *Clostridium difficile* fertőzések) és állapotokra (malnutríció, szarkopénia, esendőség (frailty) szindróma, decubitus), valamint a geriátria területén használatos felmérésekre, kérdőívekre, indexekre is. Az ajánlásokhoz történő keresés során a legutóbbi 15 év került áttekintésre.

Az angol nyelvű irodalomkutatás a Medline és PubMed motorok segítségével történt, az előzőekben felsorolt kulcsszavak segítségével: betegségek (osteoporosis, cardiac disorders, hypertension, diabetes mellitus, lipid metabolism, thyroid disease, depression, dementia, malignancies, *Clostridium difficile* infections), időskori állapotok (malnutrition, sarcopenia, frailty syndrome) és geriátriai felmérések/kérdőívek/indexek (geriatrics surveys/questionnaires/indexes). Az egyes betegségek/állapotok szempontjából releváns európai és amerikai szakmai társaságok honlapjain elérhető szakmai ajánlások is áttekintésre kerültek.

A magyar nyelvű irodalomkeresés egyrészt a Google Tudós keresőmotor segítségével történt, másrészt a szakmai irányelveket összefoglaló honlap segítségével (<https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index>), valamint az egyes betegségek esetén a hazai folyóiratok honlapjain is történt keresés.

Az irodalomkeresések kapcsán kizárásra kerültek az esettanulmányok és a kis mintaszámú kutatások, továbbá azok a régi szakmai ajánlások, amelyekből már készültek frissebbek.

A geriátriai szakirodalomban a NICE guideline a legátfogóbb irányelv. Ez az irányelv teljes mértékben online, hivatkozási alapú, rendkívül bonyolult, bár teljességre törekvő rendszer. Az irányelv készítésekor felhasználásra és részben adaptálásra más releváns hazai és külföldi irányelv ajánlásai, illetve a nemzetközi irodalomban található, releváns áttekintő szakirodalmi tanulmányok felhasználásra kerültek.

A felleltek a fejezetekben feltüntetésre, illetve külön fejezetben kiemelésre kerültek az irányelvek a multimorbiditás diagnosztikája és terápiája vonatkozásában. Ezért a fejlesztőcsoport a szakterületen megtalálható összefoglaló értékű hivatkozások alapján járt el az ajánlások megfogalmazásakor. A tárgykör hatalmas méreteinél fogva a fejlesztőcsoport nem törekedhetett a teljesség megközelítésére.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

Az irányelv fejlesztésében résztvevő csoport arra törekedett, hogy a szakirodalom releváns közléseire alapozza ajánlásait, melyek végső soron konszenzus teremtésével kerültek megfogalmazásra, ha az adott esetben más szakterületek elfogadott ajánlási szintjei nem álltak rendelkezésre.

4. Ajánlások kialakításának módszere

A végső döntés döntően konszenzuson alapult, kis részben elfogadott került figyelembevételre.

5. Véleményezés módszere

Az ajánlások kialakításának megfelelő eljárás került alkalmazásra.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértő nem működött közre.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. számú kérdőív: A napi élettevékenység aktivitását felmérő kérdőív (ADL kérdőív) [221, 224].

Kérdés	Válasz	Pontszám
1. Tisztálkodás	Segítség nélkül;	3 pont
	Részleges segítséggel (a hát és a lábak tisztítása);	2 pont
	Teljes körű segítséget igényel	1 pont
2. Continentia	Teljes vizelet- és székletkontroll;	3 pont
	Néha előfordulnak „balesetek”;	2 pont
	Incontinencia	1 pont
3. Öltözködés	Teljesen önállóan öltözködik;	3 pont
	Önállóan öltözködik, de a cipő felvételéhez segítség kell;	2 pont
	Segítség nélkül nem tud felöltözni vagy levetkőzni	1 pont
4. Táplálkozás	Önállóan táplálkozik;	3 pont
	Önállóan táplálkozik, kivéve a hús felvágását vagy a kenyér megvajazását;	2 pont
	Segítséget igényel vagy enterálisan táplált	1 pont
5. WC-használat	Önállóan megy WC-re, majd segítség nélkül tisztálkodik, öltözik fel;	3 pont
	Részleges segítséget igényel a fentiek közül valamelyik funkcióban	2 pont
	Nem képes a WC-használatra	1 pont
6. Helyváltoztatás	Segítség nélkül fel az ágyból vagy áll fel a székről;	3 pont
	Csak segítséggel tud felkelni az ágyból, illetve a székből;	2 pont
	Nem kel fel az ágyból	1 pont
Összesített pontszám:		max. 18 pont

Értékelés:

A fenti értékelés elsősorban a beteg szükségleteinek megállapítását segíti elő, az abszolút pontszámérték pedig az adott beteg állapotváltozásának objektív megítélését teszi lehetővé.

2. számú kérdőív: A mindennapi élettevékenységhez szükséges eszközhasználatot felmérő kérdőív (IADL kérdőív) [221, 225].

Kérdés	Válasz	Pontszám
1. Telefonhasználat	Segítség nélkül; Segítséggel; Képtelen a telefon használatára	3 pont 2 pont 1 pont
2. Utazás (busz, vonat, taxi)	Segítség nélkül; Segítséggel; Képtelen egyedül utazni	3 pont 2 pont 1 pont
3. Bevásárlás	Segítség nélkül; Segítséggel; Képtelen bevásárolni	3 pont 2 pont 1 pont
4. Ételek elkészítése	Segítség nélkül; Segítséggel; Képtelen ételeket elkészíteni	3 pont 2 pont 1 pont
5. Takarítás, mosás	Segítség nélkül; Segítséggel Képtelen takarítani, mosni	3 pont 2 pont 1 pont
6. Ház körüli apróbb javítások (pl. villanykörte kicserélése, szög beverése)	Segítség nélkül; Segítséggel; Képtelen az apróbb ház körüli feladatok elvégzésére	3 pont 2 pont 1 pont
7. Mosás	Segítség nélkül; Segítséggel; Képtelen ruháit kimosni	3 pont 2 pont 1 pont
8. Gyógyszerbevitel	Segítség nélkül; Segítséggel (ha valaki előre kikészíti); Képtelen gyógyszereit magától előkészíteni és bevenni	3 pont 2 pont 1 pont
9. Pénzügyek	Segítség nélkül; Segítséggel; Képtelen a pénzzel bánni	3 pont 2 pont 1 pont
Összesített pontszám:		max. 27 pont

Értékelés:

Mindegyik kérdés esetében az első válasz függetlenséget, a második segítséggel való kivitelezhetőséget, a harmadik függőséget jelent.

A pontszám csak egy bizonyos betegre vonatkozik, de követhető az időbeli állapotváltozás.

A 9–27 pont közötti változás az önellátóképesség javulására vagy romlására utal az időközönként elvégzett felmérésekkel.

A 4–7. kérdésekre a vizsgált beteg nemétől függően módosíthatók.

3. számú kérdőív: Mentális állapotot vizsgáló mini kérdőív (MMSE, Mini Mental State Examination, Folstein skála) [226].

Kérdés	Kifejtés	Pontszám
1. A mai napon,	melyik évben melyik évszakban melyik hónapban a hét melyik napján vagyunk hányadikát írunk?	1 pont 1 pont 1 pont 1 pont 1 pont
2. Hol vagyunk?	Melyik országban megyében városban épületben, emeleten mi a cím?	1 pont 1 pont 1 pont 1 pont 1 pont
3. Megjegyző emlékezés	Három tárgyat meg kell nevezni, másodpercenként egyet felsorolva és felkérni a beteget, hogy ismétlje el azokat. Addig kell a felsorolást ismételni, amíg a beteg meg nem tanulja mind a hármat.	3 pont
4. Figyelem és számolás	Kérjük meg a beteget, hogy számoljon hetesével. Minden helyes válasz egy pontot ér. Öt válasz után meg kell állítani. Másik lehetőség, hogy betűzzön egy szót visszafelé pl. v-i-l-á-g - g-á-l-i-v	5 pont
5. Felidéző emlékezés	Kérjük meg a beteget, hogy ismétlje el a harmadik pontban megtanult három tárgy nevét. Minden helyes válasz egy pontot ér.	3 pont
6. Beszéd	Mutassunk rá egy írószerszámmra és egy órára. Kérjük meg a beteget, hogy nevezze meg azokat.)	2 pont
7. Ismételtetés	Ismételtessük meg a beteggel a következő mondatot: „Semmi de és semmi ha”.	1 pont
8. Adjunk a betegnek három lépéses utasítást:	„Fogja ezt a papírlapot a jobb kezébe, hajtsa félbe, és tegye le a földre”	3 pont
9. Szólítsuk fel a beteget, olvassa el a következő mondatot:	„Csukja be a szemét!” és hajtsa végre az abban foglalt utasítást.	1 pont
10. Kérjük meg a beteget, hogy írjon le egy tetszés szerinti mondatot.	A mondatnak legyen alanya, állítmánya és értelme. (A pontozásnál a nyelvtani hibáktól el kell tekinteni.)	1 pont
11. 1–5 cm-es méretben rajzoljuk le a mellékelt ábrát és kérjük fel a beteget arra, hogy azt pontosan másolja le.	Egy pont akkor adható, ha a szögekből és az oldalakból egy sem hiányzik és megvan a két közös metszéspont által bezárt négyszög.	1 pont
Összesített pontszám:		max. 30 pont

Értékelés:

Az eredmény kóros és kognitív hanyatlást tükröz, ha <23 pontot ér el a páciens.

4. számú kérdőív: Geriátriai depresszió skála (GDS, Yesavage) [227]

A geriátriai depresszió skála mentálisan egészséges vagy enyhe/közepes fokú kognitív romlást mutató betegek depressziószűrésére szolgál. A kérdések a legutóbbi egy hétre vonatkoznak.

Kérdés	Karikázza be a megfelelő választ!	
	Igen	Nem
1. Elégedett alapvetően az életével?	Igen	Nem
2. Sokat csökkent-e az aktivitása és az érdeklődése?	Igen	Nem
3. Üresnek érzi az életét?	Igen	Nem
4. Gyakran unatkozik?	Igen	Nem
5. Többnyire jókedvű?	Igen	Nem
6. Fél attól, hogy valami rossz történik Önnel?	Igen	Nem
7. Többnyire boldognak érzi magát?	Igen	Nem
8. Gyakran érzi elhagyottnak magát?	Igen	Nem
9. Jobban szeret otthon lenni, mint elmenni hazulról és új dolgokat csinálni?	Igen	Nem
10. Érzése szerint több gondja van az emlékezőképességével mostanában?	Igen	Nem
11. Véleménye szerint csodálatos dolog most élni?	Igen	Nem
12. Meglehetősen értéktelennek érzi azt az állapotot, amiben most van?	Igen	Nem
13. Ereje teljében lévőnek érzi magát?	Igen	Nem
14. Reménytelennek érzi a helyzetét?	Igen	Nem
15. Véleménye szerint a legtöbb ember jobb helyzetben van, mint Ön?	Igen	Nem
Összesítés:		

Értékelés: 1 pontot ér minden „Nem” válasz az 1, 5, 7, 11, 13 kérdésekre és szintén 1 pontot ér minden „Igen” válasz a többi kérdésre.

Normális 3±2

Enyhe depresszió 7±3

Súlyos depresszió 12±2

Maximális pontszám: 15 pont.

Fenntartással kezelendő a GDS eredmény, ha a MMSE eredmény <15.

5. számú kérdőív: Tápláltsági állapottal kapcsolatos kockázatfelmérő kérdőív idősek számára (MNA, Mini Nutritional Assessment) [228].

Kérdőív a kezdeti szűréshez			
	Kérdés	Válasz	Pontszám
A	Csökkent a tápanyagbevitel az elmúlt 3 hónapban étvágytalanság, emésztési problémák, rágás vagy nyelési nehezítettség miatt?	súlyos étvágytalanság áll fenn	0 pont
		mérsékelt étvágytalanság áll fenn	1 pont
		nincs változás	2 pont
B	Testtömegcsökkenés történt az elmúlt hónapokban?	a testtömegcsökkenés több, mint 3 kg	0 pont
		nem lehet tudni	1 pont
		testtömegcsökkenés: 1–3 kg	2 pont
		nincs testtömegcsökkenés	3 pont
C	Milyen a mozgásképesség?	ágyhoz vagy székhez kötött	0 pont
		képes felállni a székben/kiszállni az ágyból	1 pont
		szabad mozgású	2 pont
D	Fizikai stresszt vagy akut betegség fennállt az elmúlt 3 hónapban?	igen nem	0 pont 2 pont
E	Fennállnak neuro-pszichológiai problémák?	súlyos demencia vagy depresszió enyhe demencia nincs neuro-pszichológiai probléma	0 pont 1 pont 2 pont
F	Testtömeg-index (BMI) $BMI = \frac{\text{testtömeg (kg)}}{\text{testmagaság (m}^2\text{)}}$	BMI <19 kg/m ²	0 pont
		BMI 19–21 kg/m ² között	1 pont
		BMI 21–23 kg/m ² között	2 pont
		BMI >23 kg/m ²	3 pont
Összesített pontszám:			max. 14 pont

Értékelés:

>12 pont: normál, rizikó nélküli állapot, nem szükséges kiegészítő felmérés

<11 pont: feltehetően malnutrició áll fennezen kiegészítő vizsgálatokat

(Maximális pontszám: 14 pont.)

6. számú kérdőív: Sarc-F kérdőív [229].

Gyors diagnosztikus teszt a szarkopénia szűrésére

Komponens	Kérdés	Válasz	Pontszám
Erő	Mekkora nehézséget okoz Önnek egy körülbelül öt kilogramm súlyú csomag felemelése és arrébb vitele?	Nem okoz nehézséget;	0 pont
		Közepes nehézséget okoz;	1 pont
		Nagy nehézséget okoz/nem vagyok képes	2 pont
Járási nehézség	Mekkora nehézséget okoz Önnek közlekedni a lakásban?	Nem okoz nehézséget;	0 pont
		Közepes nehézséget okoz;	1 pont
		Nagy nehézséget okoz/nem vagyok képes	2 pont
Székről való felállás	Mekkora nehézséget okoz Önnek felállni egy székről, vagy felkelni az ágyból?	Nem okoz nehézséget;	0 pont
		Közepes nehézséget okoz;	1 pont
		Nagy nehézséget okoz/nem vagyok képes	2 pont
Lépcsőzés	Mekkora nehézséget okoz Önnek felmenni tíz lépcsőfokon?	Nem okoz nehézséget;	0 pont
		Közepes nehézséget okoz;	1 pont
		Nagy nehézséget okoz/nem vagyok képes	2 pont
Esések	Hányszor esett el Ön az elmúlt évben?	Egyszer sem	0 pont
		1–3 alkalommal	1 pont
		>4 alkalommal	2 pont
Összesített pontszám:			

Értékelés:

>4 pont szarkopéniára utal

7. számú kérdőív: ECOG skála (Eastern Cooperative Oncology Group) [230].

Az ECOG-skála rosszindulatú daganatos betegek teljesítőképességének felmérésére szolgál. A daganatellenes kezelések alkalmazhatóságának megítélése mellett prognosztikai célra is használható.

Funkcionális státusz	Értékelés
normál állapot, teljes, korlátozás nélküli aktivitás	0
tünetek jelentkeznek, a megerőltető fizikai tevékenységekben korlátozott, de ülő jellegű munkákat vagy az otthoni feladatokat képes ellátni,	1
mozgásképes, önellátásra képes, de munkára nem; az idő több mint 50%-ában aktív, éber	2
önellátásában is korlátozott, az idő kevesebb mint 50%-ában aktív	3
teljesen magatehetetlen, önellátásra nem képes, ágyhoz kötött	4
halál	5

Értékelés:

Az ECOG-skála terjedelme 0–5 (0 a legjobb). Első megközelítésben az ECOG 0–1 teljesítőképességű betegek alkalmasak aktív onkológiai, kemoterápiás kezelésre.

8. számú kérdőív: G8 szűrővizsgálati kérdőív az átfogó geriátriai értékelés szükségességének megítélésére [192].

Kérdés	Válasz	Pontszám
Csökken a táplálékfelvétele az utóbbi 3 hónapban, akár étvágyromlás, akár emésztési zavar, akár rágási-nyelési problémák miatt?	kifejezetten csökkent;	0 pont
	mérsékeltlen csökkent;	1 pont
	nem csökkent	2 pont
Csökken a testtömege az utolsó 3 hónapban?	igen, több mint 3 kg-mal	0 pont
	nem tudja;	1 pont
	igen, 1–3 kg között;	2 pont
	nem csökkent	3 pont
Milyen a mozgáskészsége?	ágyhoz vagy székhez kötött	0 pont
	ágyból/székből felkel, de a lakásból	1 pont
	nem megy ki;	2 pont
	kimegy a lakásból	2 pont
Neuropsychológiai probléma fennáll?	súlyos demencia vagy depresszió;	0 pont
	enyhe demencia;	1 pont
	nincs probléma	2 pont
A beteg testtömegindexe (kg/m²)	<19 kg/m ²	0 pont
	>19 és <21 kg/m ²	1 pont
	>21 és <23 kg/m ²	2 pont
	>23 kg/m ²	3 pont
Szed háromnál több receptköteles gyógyszert rendszeresen?	igen	0 pont
	nem	1 pont
A kortársakhoz viszonyítva, hogy értékeli a beteg a saját egészségügyi állapotát?	0,0 = rosszabb	0,0 pont
	0,5 = nem; tudja	0,5 pont
	1,0 = azonos;	1,0 pont
	2,0 = jobb	2,0 pont
Életkor	>85	0 pont
	80–85	1 pont
	<80	2 pont
Összesített pontszám:		

Értékelés:

Átfogó geriátriai értékelés szükséges, ha a teszt eredménye 0–13 pont közötti.

(Maximális pontszám: 17 pont.)

9. számú kérdőív: CARG kérdőív a kemoterápia várható toxicitásának becslésére [194]

Vizsgált terület	Válasz	Pontszám
Életkor (év)	>72	2 pont
	<72	0 pont
Daganattípus	gastrointestinalis vagy genitourinális	2 pont
	egyéb	0 pont
Kemoterápia intenzitás	standard	2 pont
	csökkentett dózis	0 pont
Kemoterápiás szerek száma	>2	2 pont
	1	0 pont
Haemoglobín (g/l)	férfi <110, nő <100	3 pont
	férfi >110, nő >100	0 pont
Creatinin clearance (ml/min) (Jeliffe módszerével)	<34	3 pont
	>34	0 pont
Hallás	Közepes/rossz/teljesen süket	2 pont
	jó/kiváló	0 pont
Esések száma/utóbbi 6 hónap	>1	3 pont
	0	0 pont
	igen	0 pont
Be tudja venni a gyógyszereit?	nem/csak segítséggel	1 pont
	igen	0 pont
Tud sétálni egy utcaközt?	nem vagy talán	2 pont
	könnyedén	0 pont
Korlátozott az ismerősökkel való kapcsolattartás?	igen	1 pont
	nem vagy csak időnként	0 pont
Összesített pontszám:		

A CARG modell a 3–5. fokozatú – azaz súlyos – kemoterápiás szövődmény kockázatát adja meg.

Értékelés:

0–5 pont között az esély alacsony, átlagosan 30%;

6–9 pont esetén közepes, átlagosan 52%;

10–19 pont között magas, átlagosan 83%.

10. számú kérdőív: CRASH kérdőív a kemoterápia várható toxicitásának becslésére [196]

	Válasz	Pontszám
Diasztolés vérnyomás (Hgmm)	>72	1 pont
	<72	0 pont
IADL pontszám	10–25	1 pont
	26–27	0 pont
LDH (g/L)	>459	2 pont
	0–459	0 pont
Általános állapot (ECOG)	3–4	2 pont
	1–2	1 pont
	0	0 pont
Mini Mental Status	<30	2 pont
	30	0 pont
MNA	<28	2 pont
	28–30	0 pont
Kemotoxicitási érték*	>0,57	2 pont
	0,45–0,57	1 pont
	0–0,44	0 pont
Összesített pontszám:		

IADL=independent activities of daily living.

LDH=laktát dehidrogenáz.

MNA Mini Nutritional Assessment

*Az egyes kemoterápiás készítmények/kombinációk toxicitási értéke online található

Értékelés:

Grade 3–4 toxicitás esélye az alacsony kockázatú csoportban 50%,

a legmagasabb kockázatú csoportban 79%.

11. számú kérdőív: Norton-skálához kérdőív a decubitus rizikójának felméréséhez [231]

Kérdés	Válasz	Pontszám
Fizikai állapot	jó	4 pont
	elfogadható	3 pont
	gyenge	2 pont
	nagyon rossz	1 pont
Tudatállapot	éber	4 pont
	apatikus	3 pont
	zavart	2 pont
	eszméletlen	1 pont
Aktivitás	járóképes	4 pont
	segítséggel jár	3 pont
	székhez kötött	2 pont
	rossz	1 pont
Mozgásképesség	teljes	4 pont
	kissé korlátozott	3 pont
	nagyon korlátozott	2 pont
	mozgásképtelen	1 pont
Inkontinencia	nincs	4 pont
	alkalomszerű	3 pont
	vizelet	2 pont
	mindkettő	1 pont
Összesített pontszám:		

Értékelés:

20 pont a decubitus valószínűsége csekély;

15 pont a decubitus veszélye fennáll;

10 pont a nagy a decubitus veszélye;

5 pont decubitus

(Maximális pontszám: 20 pont.)

12. számú kérdőív: Órajzolás teszt a kognitív hanyatlás gyors szűrésére [232]

A vizsgáló kört rajzol egy papírlapra. Megkéri a beteget, képzelje el, hogy a rajzolt kör egy óra számlapja, és rajzolja be a körbe a számokat, majd a kis- és nagymutatót úgy, hogy az óra például $\frac{3}{4}$ 3-at mutasson.

Szemponatok az értékeléshez, egy lehetséges pontozási rendszerrel:

- 10 A számok és a mutatók helyzete pontos
- 9 A nagymutató helyzete nem pontos (pl. a 11-re mutat)
- 8 Nagyobb pontatlanság a mutatók elhelyezésében
- 7 A mutatók elhelyezése egyértelműen helytelen
- 6 A mutatók nem megfelelőek, vagy digitális idő kijelzés
- 5 A számok összezsúfolása, keverése, sorrendjük eltévesztése
- 4 Súlyos hiba a számsorrendben, lapon kívüli számok
- 3 A számok és a számlap nincsenek kapcsolatban, mutató nincs
- 2 Megkísérelte a feladatot, de nincs értékelhető produktum
- 1 Nem tett kísérletet a végrehajtásra

Nincs jól definiált határvonal a mentálisan egészségesek és a kognitív hanyatlásban szenvedők között, ezért a teszt eredményét leghelyesebb egyszerűen a „normális” és a „kóros” kategóriák egyikébe sorolni.

1.3. Táblázatok

1. táblázat: A malnutrició súlyosságának diagnosztikus kritériumai [5, módosítva]

SÚLYOSSÁGI SZINTEK	TESTTÖMEG ÉS IZOMTÖMEG			ETIOLÓGIAI PARAMÉTEREK	
	Testtömegvesztés 6 hónap alatt (%-ban)	Alacsony BMI	Alacsony izomtömeg (validált módszerrel felmérve)	Tápanyagbevitel-csökkenés	Gyulladás súlyossága
Közepes malnutrició	5–10%	2 <20,0 kg/m ² (<70 év) 2 <22,0 kg/m ² (>70 év)	Közepes deficit	Szükséglet kb. 50%-a kerül elfogyasztásra	Közepes gyulladás
Súlyos malnutrició	>10%	2 <18,5 kg/m ² (<70 év) 2 <20,0 kg/m ² (>70 év)	Súlyos deficit	Szükséglet kb. 25%-a kerül elfogyasztásra	Súlyos gyulladás

2. táblázat: Szarkopénia diagnosztizálása [10, módosítva].

Izomtömeg (vagy zsírintes testtömeg)			Izomerő			Teljesítőképesség	
Mérési módszerek	Férfiak	Nők	Mérési módszerek	Férfiak	Nők	Mérési módszerek	Férfiak és nők
Antropometria: CAMA:	<21,6 cm ²	<21,4 cm ²	Ökölszorító erő:	<30 kg BMI-től függően: BMI ≤24≤29 kg BMI 24,1–26≤30 kg BMI 26,1–28≤30 kg BMI >28≤32 kg	<20 kg BMI-től függően: BMI ≤23≤17 kg BMI 23,1–26≤17,3 kg BMI 26,1–29≤18 kg BMI >29≤21 kg	SPPB teszt:	<8 pont
BIA: FFMI: FFMI without bone: SMI:	<17 kg/m ² <14,6 kg/m ²	<15 kg/m ² <11,4 kg/m ²				Székéből felállás:	>15 s öt felállás esetén
DXA: ASM ASMI ALM ALM/BMI	<20 kg <7 kg/m ² <24,4 kg <0,725	<15 kg <6 kg/m ² <14,1 kg <0,591					
CT/MRI: LSMI	<55 cm ² /m ²	<39 cm ² /m ²					

Rövidítések: CAMA (corrected-arm-muscle area (is calculated from triceps skinfold thickness (TSF) and mid-upper arm circumference (MUAC) as follows: $MUAC - \pi \times (TSF/10)^2 / (4 \times \pi) - i$. Where $i = 10$ for men and $6,5$ for women)); BIA (Bioelectrical impedance analysis); FFMI (fat-free mass index); SMI (skeletal muscle index); DXA (dual-energy X-ray absorptiometry), ASM (appendicular skeletal muscle mass); ASMI (appendicular skeletal muscle mass index); ALM (appendicular lean mass); BMI (body mass index); CT (computed tomography), MRI (magnetic resonance imaging); LSMI (lumbar skeletal muscle index (3rd lumbar vertebra)); SPPB (Short physical performance battery); TUG (timed-up-and-go test).

3. táblázat: Az osteoporosis klinikai kockázati tényezői [99]

Az osteoporosis klinikai kockázati tényezői
Életkor
Nem
Alacsony testtömeg index
Megelőző kis-traumás csonttörés, különösen: csípőtáji, könyök- és csigolyatörés (utóbbi közé tartozik a tünetmentesen kialakult ún. morfometriás csigolyatörés is)
A fiatalkori testmagassághoz képest 4 cm-t meghaladó magasságcsökkenés
Háti kyphosis
Egyik szülő csípőtáji törése
Három hónapot meghaladó, 5 mg prednizolon-ekvivalensnél nagyobb napi dózisu glükokortikoid kezelés
Dohányzás (jelenleg is)
Rendszeres alkoholfogyasztás (naponta > 3 egység)
Szekunder osteoporosis
Rheumatoid arthritis
Kezeletlen hypogonadismus (mindkét nemben)
Gyulladásos bélbetegség
Tartós immobilizáció
Szervtranszplantáció
Diabetes mellitus (1-es, 2-es típus)
Kezeletlen hyperthyreosis, T4-szuppressziós kezelés
Krónikus obstruktív légúti betegség
HIV-fertőzés

4. táblázat: Osteoporoticus beteg kivizsgálása során elvégzendő laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok [100]

Rutinszerűen elvégzendő vizsgálatok
teljes vérkép, vvt-süllyedés vagy CRP
szérum kalcium, foszfát, albumin, kreatinin, alkalikus foszfatáz és transzaminázok
TSH
DEXA
Kiegészítő vizsgálatok
oldalirányú dorsális és lumbalis rtg-felvétel vagy DEXA-alapú oldalirányú gerincvizsgálat
szérumfehérjék elektroforézise
25-hydroxy-D-vitamin
szérum parathormon
vizelet kalciumürítés
prolaktin
férfiakban: tesztoszteron, SHBG, LH, FSH
szérum/vizelet kortizol, dexamethason teszt
endomysium elleni vagy transzglutamináz elleni antitest
csontforgalom markerei
csontszcintigraphia

5. táblázat: A FRAX rendszerben szereplő csonttörési kockázati tényezők [101]

Életkor	40–90 év közötti adat bevitele lehetséges
Nem	férfi/nő
Testsúly	(kg)
Testmagasság	(cm)
Csonttörés az egyéni anamnézisben	Felnőttkorban bekövetkezett spontán vagy olyan enyhe traumára bekövetkezett csonttörés, ami egészséges egyénben rendszerint nem okoz törést. A klinikai tünetek nélkül bekövetkezett (rendszerint radiológiai vizsgálat során diagnosztizált) csigolyatörés is igen a válasz. A klinikai tüneteket okozó, illetve többszörös csigolyatörések még kifejezettebben növelik a jövőben bekövetkező törés esélyét.
Csípőtáji törés valamelyik szülő(k) anamnézisében	igen/nem
Dohányzás (jelenleg)	igen/nem
Glükokortikoid használat	Igen, ha a beteg jelenleg 5 mg-nál több prednizolont vagy prednizolon-ekvivalens dózisú egyéb glükokortikoidot használ.
Rheumatoid arthritis	Igen, ha laboratóriumi/szerológiai vizsgálat igazolja az RA-t. Ha laboratóriumi bizonyíték nincs, a válasz nem.
Szekunder osteoporosis	Igen, ha az alábbiak közül legalább egy jelen van: 1-es típusú diabetes mellitus, osteogenesis imperfecta, régóta fennálló kezeletlen hyperthyreosis, hypogonadismus vagy korai menopausa (<45 év), krónikus alultápláltság vagy malabszorpció, idült májbetegség.
3 egységnél több alkohol-fogyasztás/nap	Egy egység 8–10 gramm tiszta alkoholnak felel meg (kb. 3 dl sör, 0,3 dl töményital, 1,2 dl bor).
Csontsűrűség (BMD)	Meg kell adni a combnyakon mért csontsűrűséget (BMD, gramm/cm ²), valamint a mérőeszköz gyártójának a nevét (rendszerint: Hologic vagy Lunar). Alternatív módon a combnyakon BMD alapján számított t-score is megfelel. Ha nem történt csontsűrűségmérés, a mezők üresen hagyandók.

6. táblázat: Az osteoporosis kezelésére hazánkban elfogadott hatóanyagok [233]

Antireszorptív készítmények
bisfoszgonátok
alendronat
risedronat
ibandronat
zolendronat
egyéb készítmények
ösztrogének
raloxifen
denosumab
calcitriol
alfacalcidol
Anabolikus kezelés
teriparatid

7. táblázat: A pszuedodemencia és a valódi demencia differenciálása [234]

	Pszuedodemencia	Valódi demencia
Tünetek:	Rövid ideje állnak fent	Hosszabb ideje
Panaszkodás a kognitív károsodásra:	Sokat panaszkodik	Keveset vagy nem panaszkodik
Figyelem, koncentráció:	Jól megőrzött	Majdnem válaszok gyakoriak
Orientációs tesztek:	Tipikus a „nem tudom”	Téveszt
Feladatmegoldás:	Alig tesz erőfeszítést	Erőlködik, küszködik
Kudarcc:	Hangsúlyoz	Az eredményeit hangsúlyozza
Affektivitás:	Mélyreható affektív változás	Labilis affektus
Magatartás:	Inkongruens a kognitív diszfunkció súlyosságával	Megfelel a súlyosságnak
Verbális IQ teljesítmény:	Nincs szignifikáns eltérés	Van szignifikáns eltérés

8. táblázat: Az átfogó onkogeriatríai értékeléshez minimálisan szükséges adatsor [187]

Az átfogó onkogeriatríai értékeléshez minimálisan szükséges adatsor
1. A kemoterápiás kezelés várható toxicitásának felmérése (CARG vagy CRASH tesztek)
2. A nem-daganatos betegségek által meghatározott várható élettartam becslése
3. A beteg funkcionális értékelése (Karnofsky index, ECOG-skála, IADL)
4. A társbetegségek felmérése
5. Elesések száma az utóbbi 6 hónapban
6. Depresszió szűrés, GDS vagy egyéb validált eszköz használatával
7. Kognitív hanyatlás vizsgálata Mini-Cog vagy Blessed Orientation-Memory- Concentration (BOMC) tesztekkel
8. Malnutritio szűrés: testsúlycsökkenés, testtömegindex

9. táblázat: A CDI kezelése [200-202, 204, 205, 207, 208]

Definíció	Klinikai jellemzők	Javasolt kezelés
Tünetmentes hordozó	<ul style="list-style-type: none"> – hasmenés nincs – egyéb tünet nincs – fizikális vizsgálat negatív – endoszkópos eltérés nincs 	Nem szükséges kezelés
Enyhe vagy közepes kezdeti epizód	<ul style="list-style-type: none"> – hasmenés – WBC szám <15.000 sejt/mm³ – SrCr < a beteg alapszintjének 1,5-szerese – albumin <3 g/dl – hasi érzékenység 	<ul style="list-style-type: none"> – metronidazol (per os, 3x500 mg, 10 napig) (A), vagy – vancomycin (per os, 4x125 mg, 10 napig, ha a Metronidazol kezelés sikertelen, vagy a beteg nem tolerálja) (B) [200]
Súlyos, kezdeti epizód	<ul style="list-style-type: none"> – hasmenés – WBC szám >15.000 sejt/mm³ – SrCr >beteg alapszintjének 1,5-szerese – albumin <3 g/dl – hasi érzékenység 	<ul style="list-style-type: none"> – vancomycin (4x125 mg, 10 napig) (A) vagy – vancomycin (3x500 mg, 10 napig) (B) vagy – fidaxomicin (2x200 mg, 10 napig) (B) [200]
Komplikált, súlyos, kezdeti epizód	<ul style="list-style-type: none"> – hasmenés és az alábbiak tünetek közül bármelyik: – WBC szám>35.000 sejt/mm³ – hypotenzió – láz (>38,5 oC) – ileus – megacolon – mentális státusz változás – shock 	<ul style="list-style-type: none"> – vancomycin (orálisan vagy nasogastricnasogastricus szondán keresztül, 4x125–500 mg, a dózis emelhető 4x500 mg-ig) és még metronidazol (IV 500 mg, minden 8 órában) és/vagy – vancomycin rektális beöntéssel (4x500 mg Vancomycin 500 mg sóoldatban (minden 4 órában ileus és megacolon esetén) és – metronidazol (per os, 3x500 mg, 10 napig) és – Szupportív terápia: – IV folyadék- és elektrolitpótlás – tromboembóliás profilaxis – sze.: sebésszel konzultáció
1. ismétlődés	8 héttel az első epizódot követően	<ul style="list-style-type: none"> – metronidazol (500 mg, 3x naponta) (C) vagy – vancomycin (4x125 mg, 10 napig) (B) vagy – vancomycin (3x500 mg, 10 napig) (C) vagy – fidaxomicin (2x200 mg, 10 napig) (B) [202]
Többszörös ismétlődés		<ul style="list-style-type: none"> – vancomycin (4x125 mg 1–2 hétig, majd fokozatosan leépítve 6–7 héten keresztül) (B) [200] vagy – fidaxomicin (2x200 mg, 10 napig) (B) [200] vagy – széklettranszplantáció [200-202, 204, 207, 208], (C) [209]

Rövidítések: IV = intravenous, intravénás; SrCr = serum creatinine, szérum kreatinin; WBC = white blood cell, fehérvérsejtszám.

10. táblázat: Bővített Norton-skála [231]

DECUBITUS RIZIKÓ FELMÉRÉS (Bővített Norton-skála)										
Állapotváltozás Dátumai	Kooperációs készség/ motiváció	Életkor	A bőr állapota	Kísérő betegségek	Általános állapot	Mentális státus	Aktivitás	Mobilitás	Inkonti- nentia	Összes pontszám:
	Jó (4)	10 év alatt (4)	ÉP> sértetlen (4)	Nincs (4)	Jó (4)	Éber (4)	Járóképes (4)	Teljes (4)	Nincs (4)	
	Kissé csökkent (3)	10–30 év között (3)	Száraz, hámzó (3)	Könnebb (3)	Kielégítő közepes (3)	Fásult (3)	Járás segítséggel (3)	Kissé akadályozott (3)	Alkalomszerű (3)	
	Részleges (2)	30–60 év között (2)	Nedves. nyirkos (2)	Középsúlyos (2)	Rossz (2)	Zavart (2)	Tolókocsi (2)	Nagyon akadályozott (2)	Gyakran (vizelet) (2)	
	Nincs (1)	60 év felett (1)	Sérült, repedezett, allergiás (1)	Súlyos (1)	Nagyon rossz (1)	Kábult, öntudatlan (1)	Ágyban fekvő (1)	Immobil (1)	Teljes (vizelet, széklet) (1)	
Felvétel napján:										
Ismételt felmérés										

11. táblázat: Decubitus súlyossági szintjeinek besorolása [47]

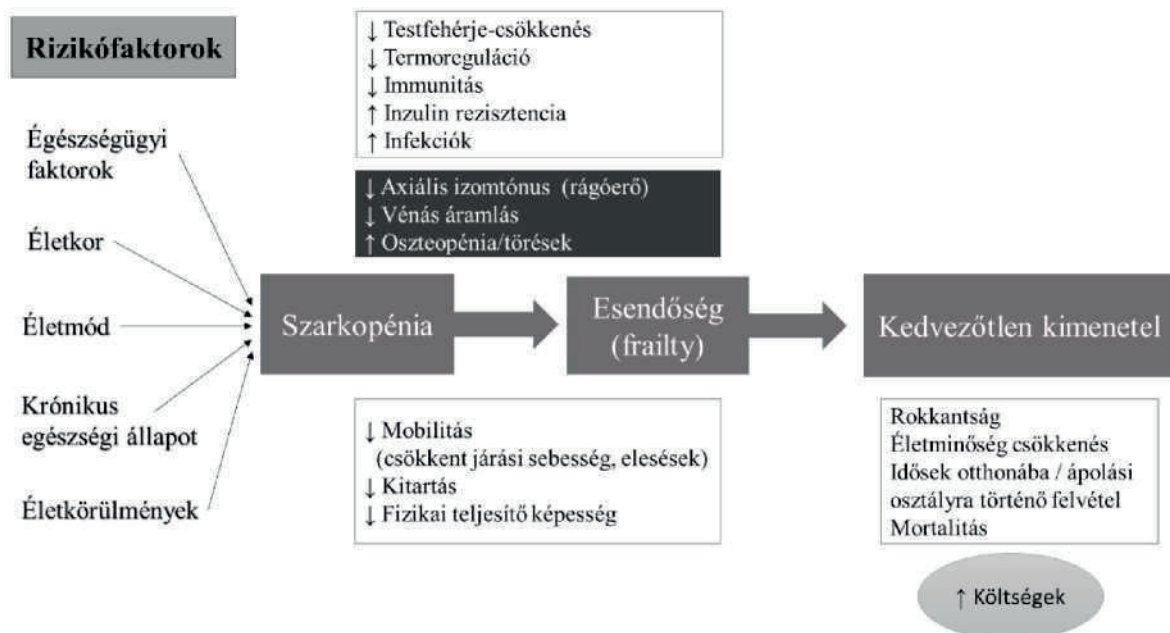
Súlyossági szintek	Megjelenés
I. stádium	Nem kifehéredő erythema az arteriolák dilatációja miatt, lokális ödéma alakul ki a megnövekedett kapilláris permeabilitás következtében, a bőr kívülről még intakt.
II. stádium	Hámhiány alakul ki, az ödéma fokozódik, epidermis alatt folyadékgyülem, hólyagképződés jellemző.
III. stádium	Hám- és szövetsérülés, mely a fasciáig elérhet, izmok és inak láthatóvá válnak, a seb felszínét baktériumtartalmú exudátum borítja.
IV. stádium	Kékes-fekete száraz necrosis, tasakképződés és a mélyen fekvő területeken gyakran a csontokat is érintő szövetpusztulás jellemző. Fatális szövödményként septicus arthritis, osteomyelitis alakulhat ki.

12. táblázat: Az ápolási szükséglet az egészségügyi és szociális ellátás szerint

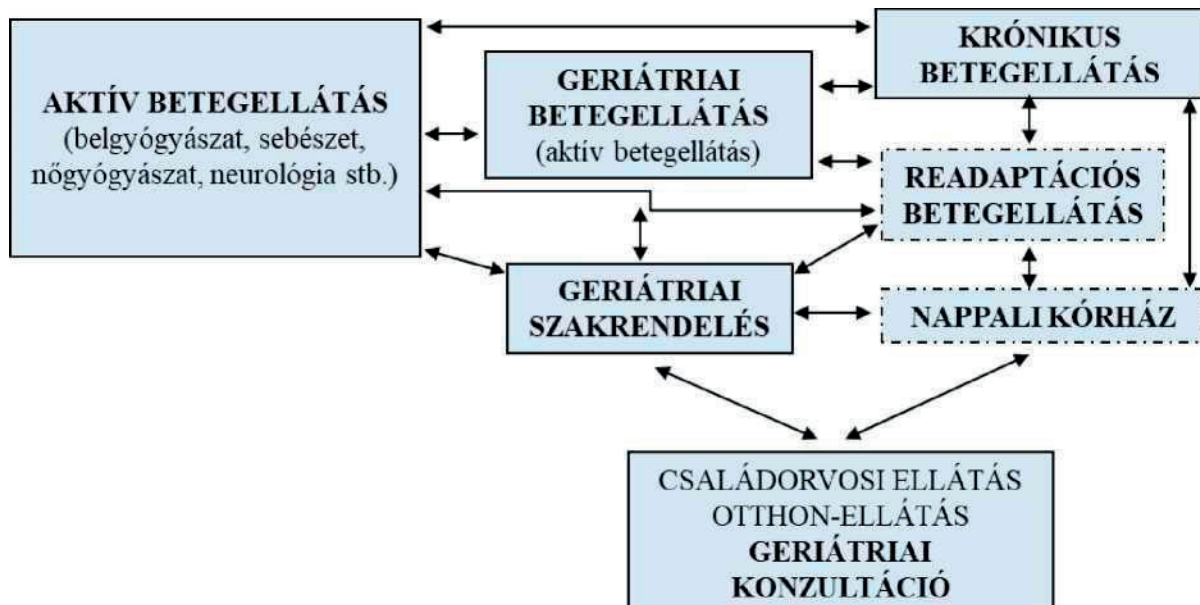
Egészségügyi ellátás	Szociális ellátás
Alapellátás, gondozás	Jelzőrendszeres
Házi szakápoló szolgálat	Otthoni gondozás
Hospice ellátás	Napközi otthonos
Szakellátás, gondozás	Intézményi
Fekvőbeteg ellátás	

1.4. Algoritmusok

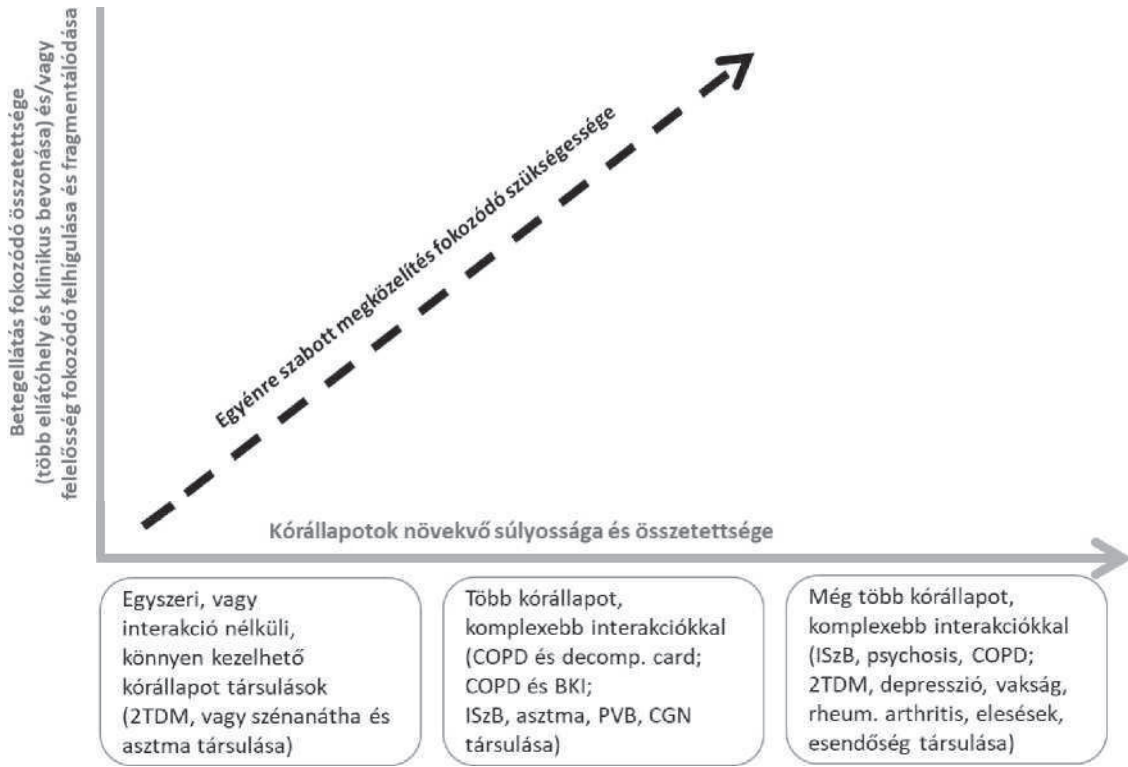
1. ábra: A szarkopénia és az esendőségi szindróma kapcsolata [9]



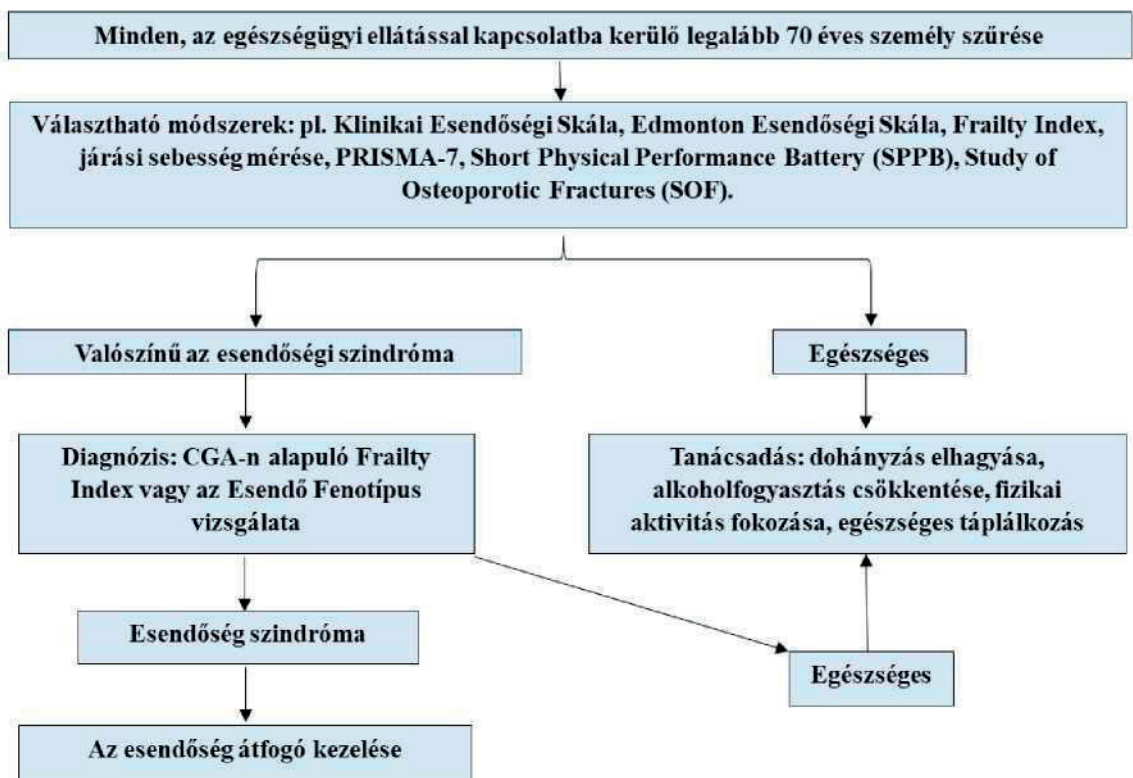
2. ábra: A geriátriai ellátás vázlata [235]



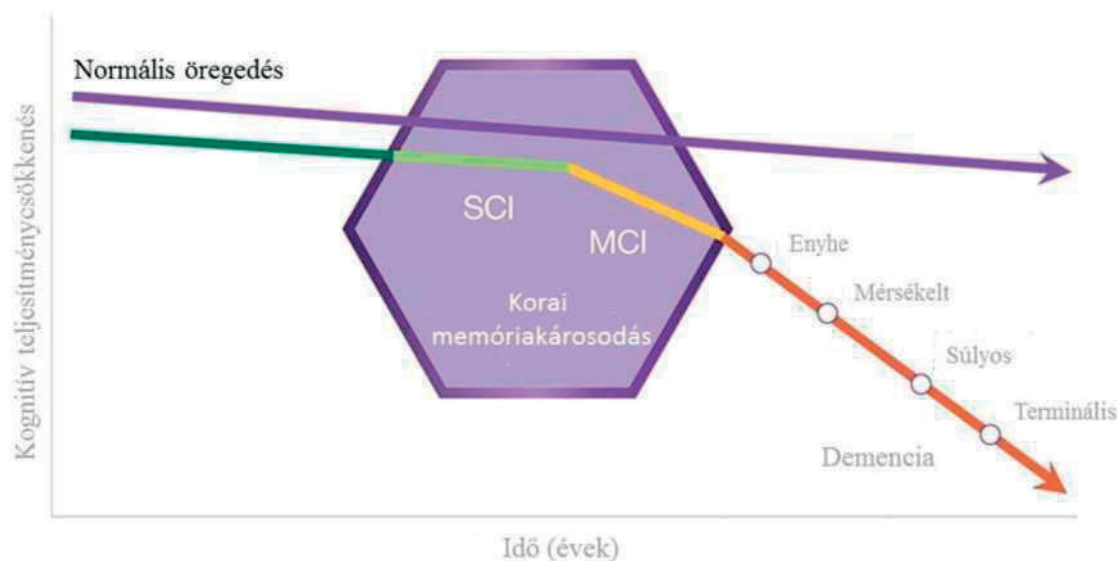
3. ábra: Az idős, több kór állapotban is szenvedő beteg klinikai értékelésének sajátossági foka, ellátásának egyénre szabottsága a kór állapotok számától és feltételezhető interakcióitól is függ (NICE 2016/National Guideline Center UK [48])



4. ábra: A frailty egyénre szabott kezelésének algoritmus [94]



5. ábra: A kognitív teljesítmény változása az életkorral egészséges öregedés és degeneratív betegségek során [236]



1.5. Egyéb dokumentumok

1. számú teszt: Tinetti-féle funkcionális teszt [237]

A teszthez szükséges: egy karfa nélküli szék, stopper, 15 méter hosszú szabad terület.

Kivitelezés

1. Egyensúly teszt: Felszólítjuk a széken ülő páciens arra, hogy álljon fel, álljon meg, forduljon teljesen meg (360 fokot), majd újra üljön le. Behúnyt szemmel és dinamikus is teszteljük az egyensúlyi állapotokat (a sternumra mért kis lökéssel).
2. Járás teszt: Felszólítjuk a páciens, hogy néhány métert járjon normál sebességgel, majd forduljon meg, és maximális biztonságos sebességgel térjen vissza, majd üljön le.

A lépések hosszát, magasságát, a szimmetriát, folyamatosságot, valamint a törzs pozícióját figyeljük. A beteg a teszt alatt segédeszközeit (járókeret, mankó, bot stb.) használhatja.

2. számú teszt: TUG (Timed Up and Go) járásteszt [238]

A teszt a beteg mobilitását méri föl. Ezen belül a betegnek több olyan feladatot kell végrehajtania, amiknek az önálló végzése fontos a mobilitáshoz: ülésből felállás, elindulás, járás, fordulás, megállás, leülés.

A teszt végzéséhez szükséges eszközök:

- Stopperóra.
- Karfával rendelkező karosszék.
- A széktől 3 m-re a fordulópont jelölése.
- A beteg által használt segédeszköz kéznél legyen.

A teszt kivitele: A beteg a karosszékben helyet foglal, segédeszköze kéznél legyen, járáshoz használt biztonságos lábbeliben legyen, kezei a karfán nyugodalomban legyenek. A betegnek el kell mondani, hogy

- az indulás szóra álljon fel, induljon el,
- a 3 m-re levő jel után forduljon meg,
- jöjjön vissza székhez és üljön le, segédeszközt tegye le, kezeit tegye a karfára,
- közlekedjen a lehetőleg minél gyorsabban, de biztonságosan.

Az időmérés az indulás szóra indul, és akkor fejeződik be, amikor kezei újra a karfán vannak.

Értékelés: 11–20 enyhe, 21–30 mért mobilitási probléma, 30 fölött súlyos mobilitási probléma. A tesztet optimális esetben a beteg kezelésében részt vevő gyógytornász/terapeuta végzi a felvételt követő és a távozáskor végzett funkcionális vizsgálat részeként. A sebességértékek mellett az alkalmazott segédeszköz is dokumentálandó.

3. Idősek esendőségi indexe (FIFE, frailty index for elders) [83]

Kérdés	Karikázza be a megfelelő választ!	
1. Igényel segítséget lefekvéshez, ágyból kikeléshez?	Igen	Nem
2. Igényel segítséget mosdáshoz, fürdéshez?	Igen	Nem
3. Nem szándékos 5 kg-os testtömeg-csökkenés az elmúlt fél évben?	Igen	Nem
4. Fogászati, vagy szájüregi problémák, melyek az étkezést akadályozzák?	Igen	Nem
5. Csökkent étvágy, gyors teltségérzés étkezéskor?	Igen	Nem
6. Fizikai, vagy emocionális problémák akadályozzák-e a társasági létet?	Igen	Nem
7. Egészségesnek, vagy betegnek érzi magát?	Igen	Nem
8. Gyorsan elfárad?	Igen	Nem
9. Volt kórházban ez elmúlt 3 hónap során?	Igen	Nem
10. Volt sürgősségi osztályon az elmúlt 3 hónap során?	Igen	Nem
Összesítés (igen válaszok száma):		

Értékelés:

0 pont nincs esendőség

1–3 pont az esendőség rizikója fennáll

>4 pont esendőség fennállását jelzi

4. számú index: Karnofsky-index [239]

A Karnofsky-index az adott beteg funkcionális teljesítőképességének jellemzésére használható, a betegségek széles körében

Funkcionális státusz	Értékelés
tünetmentes, nincs akadálya a normál napi aktivitásnak	100
képes a normál napi aktivitás fenntartására, a betegségnek kisebb jelei, tünetei vannak	90
erőfeszítésbe kerül a normál aktivitás elvégzése, jelen vannak a betegség egyes jelei vagy tünetei	80
önellátó, de a normál napi aktivitásra, aktív munkavégzésre nem képes	70
rendszeres segítséget igényel, de nagyrészt önellátó	60
jelentős segítséget és gyakori orvosi ellátást igényel	50
speciális kezelésre, segítségre szorul	40
súlyos beteg, kórházi ápolásra szorul, de nincs közvetlen életveszély	30
nagyon beteg, aktív orvosi kezelést, kórházi ápolást igényel	20
haldoklás, visszafordíthatatlan, végleges leépülés	10
halál	0

Értékelés:

A Karnofsky-index 0-tól 100-ig terjed (a skála egyik végpontja a halál, a másik végpont a tünetmentesség, normál napi aktivitás)

**A Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ közleménye
orvostechikai eszközök időszakos felülvizsgálatát végző szervezetek feljogosításáról**

Az orvostechikai eszközökről szóló 4/2009. (III. 17.) EüM rendelet 27. § (4) bekezdése alapján a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központhoz érkezett kérelem alapján az alábbi szervezetet a felsorolt eszközcsoport tekintetében az időszakos felülvizsgálatok elvégzésére feljogosította:

Hírsugár Szolgáltató Kft. (Hírsugár Kft.)

A cég címe: 7634 Pécs, Pellérdi út 36.

Tel.: 06 (30) 247-0679

e-mail: hirsugar@gmail.com

Az eszközcsoport megnevezése	A feljogosító határozat	
	száma	érvényességi ideje
03. Inkubátor	NNGYK/GYSZ/57505-6/2024/03.eszk	2025. december

**Budapest Főváros Kormányhivatala 6/2024. (EüK. 2025/1.) BFKH közleménye
elismert természetes ásványvíz nevének módosításáról.**

A népegészségügyi feladatkörében eljáró Budapest Főváros Kormányhivatala a **BP/FNEF/06710-4/2024.** iktatószámú határozatával az **Debrecen K-2510 OKK számú kút** természetes ásványvizének **kereskedelmi elnevezését** „Kék Gyémánt ásványvíz” névről **„LindAqua” névre módosította**, valamint a víznyerőhely nevét „1.sz.kút”-ról **a „LindAqua-kút”-ra módosította.**

**Budapest Főváros Kormányhivatala 7/2024. (EüK. 2025/1.) BFKH közleménye
elismert természetes ásványvíz nevének módosításáról.**

A népegészségügyi feladatkörében eljáró Budapest Főváros Kormányhivatala a **BP/FNEF/06817-2/2024.** iktatószámú határozatával a **Somogyvár B-7 OKK számú** kút természetes ásványvizének kereskedelmi elnevezését „AQUA BLU” névről **„Aquablu” névre módosította.**

VI. RÉSZ A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közleményei

VII. RÉSZ Vegyes közlemények

Pályázati hirdetmény betölthető állásokra

ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

Tisztelt Hirdetők, Olvasók!

A pályázati hirdetményeket terjedelmi okokból és a jobb áttekinthetőség érdekében táblázatos formában közöljük. Kérjük, hogy álláshirdetéseik szövegezésénél vegyék figyelembe, hogy a rovatok csak a legszükségesebb információk közlésére adnak *lehetőséget*. **A hirdetményeket külön ez irányú kérelemre legfeljebb 3 alkalommal ismételjük meg, további közlésre csak újabb kérés esetén van lehetőség.** A gyors megjelenés érdekében a pályázati hirdetményeket közvetlenül a szerkesztőségnek küldjük meg **levélben (1051 Bp., József Attila utca 2–4., vagy e-mailben a benedek.nadasdy-horvath@bm.gov.hu).**

Az Egészségügyi Közlöny szerkesztőségének telefonszáma 36 (1) 999-4515.

A közléssel kapcsolatban a fenti telefonszámon tudunk tájékoztatást adni.

Tájékoztatjuk tisztelt hirdetőinket, hogy a pályázati hirdetmények szövegéből kénytelenek vagyunk elhagyni azokat a pályázati feltételeket, amelyek közzététele jogszabályba ütközik, nem hatályos jogszabályon alapul, illetve indokolatlan diszkriminációt tartalmaz (pl. életkori, nemhez kötött, a magyar végzettséget vagy állampolgárságot preferáló előírások).

A jogszabály alapján kötelezően meghirdetendő pályázatok térítésmentes közzétételére egy alkalommal van lehetőség, az ismételt közzététel az általános hirdetési áron történik, amelyről az Egészségügyi Közlöny kiadója (az MKIFK Magyar Közlönykiadó és Igazságügyi Fordítóközpont Zártkörűen Működő Részvénytársaság, telefonszám: 266-9290 vagy 266-9294) ad felvilágosítást.

A pályázatoknál kérjük – a hatályos jogszabályokra is figyelemmel – feltüntetni, hogy a pályázati határidő kezdő időpontjának a hirdető a megjelenés melyik helyét tekinti. Eltérő közlés hiányában a pályázati határidő hirdetmény szerinti kezdő időpontja az Egészségügyi Közlönyben való megjelenés. A Közzolgálati Személyzetfejlesztési Főigazgatóság honlapján is megjelenő hirdetések esetén a honlapon feltüntetett határidők az irányadók, eltérő közlés esetén is.

Amennyiben a közlésnél más időpontot nem jelöltünk meg, úgy a hirdetett állás a pályázatok elbírálását követően azonnal betölthető. Az állások bérezése a hatályos jogszabályok alapján történik.

A szerkesztőség felhívja a hirdetők figyelmét arra, hogy a tévesen, hiányosan vagy félreérthető módon megfogalmazott és így megküldött hirdetésekből adódó esetleges hibákért felelősséget nem vállal. Az esetleges hibák elkerülése érdekében kérjük, hogy hirdetéseiket ne kézírásos formában juttassák el a szerkesztőség részére. Az olvashatatlanul megküldött hirdetések közzétételét nem vállaljuk.

PÁLYÁZATI HIRDETME NYEK EGÉSZSÉGÜGYI SZAKKÉPESÍTÉSHEZ KÖTÖTT VEZETŐI ÉS EGYÉB ÁLLÁSOKRA

A Vas Vármegyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely (9700 Szombathely, Markusovszky Lajos utca 5.) az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény alapján pályázatot hirdet **Vas Vármegyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház Kórházhyigiénés Osztálya** *epidemiológiai szakápoló/közegészségügyi-járványügyi felügyelő/népegészségügyi szakember* munkakör betöltésére.

A szolgálati jogviszony időtartama: határozatlan idejű egészségügyi szolgálati jogviszony.

Foglalkoztatás jellege: teljes munkaidő.

A munkavégzés helye: Vas vármegye, 9700 Szombathely, Markusovszky Lajos utca 5.

A munkakörbe tartozó lényeges feladatok: az Intézmény infektókontroll tevékenységében való aktív részvétel. Feladata az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések, járványok megelőzése, felismerése, azonosítása, járványügyi intézkedések végrehajtása. Ellátja az intézményben előforduló nosocomiális fertőzések aktív felügyelő (surveillance) tevékenységét, folyamatos adatgyűjtéssel. Munkája során képviseli az egészségügyi ellátási folyamatok, beavatkozások előírásainak, higiénés követelményeknek megfelelő szemléletet. Ellátja a környezeti infektókontroll felügyeletet.

Illetmény és juttatások: az illetmény megállapítására és a juttatásokra az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény, annak végrehajtási rendeletei és az OKFŐ utasításai az irányadóak.

Pályázati feltételek: epidemiológiai szakápolói végzettség vagy népegészségügyi ellenőr/közegészségügyi járványügyi felügyelő/okleveles népegészségügyi szakember végzettség,

A pályázat részeként benyújtandó iratok, igazolások:

- szakmai önéletrajz,
- szakmai végzettséget igazoló okiratok másolatai,
- működési nyilvántartás igazolása,
- 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány,
- nyilatkozat arra vonatkozóan, hogy pályázatát az illetékes bírálók véleményezzék és megismerjék.

A munkakör betölthetőségének időpontja: elbírálás után azonnal.

Pályázat benyújtásának határideje: 2025. február 14.

A pályázatok benyújtásának módja: jelentkezést Europass típusú önéletrajz, szakmai végzettséget igazoló okiratok másolatának benyújtásával postai úton: Vas Vármegyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, 9700 Szombathely, Markusovszky u. 5. vagy elektronikusan: titkarsag@markusovszky.hu (orvos igazgató) címre kell eljuttatni.

A pályázat elbírálásának határideje: 2025. február 28.

A pályázati kiírás további közzétételének helye, ideje:

- www.markusovszky.hu,
- OKFŐ honlap,
- Közzolgállás weblap.

Szerkeszti a Belügyminisztérium Humán Kodifikációs Főosztály Egészségpolitikai Jogi Osztálya.

Szerkesztőség: 1051 Bp., József Attila utca 2–4. Telefon: 36 (1) 999-4515.

Kiadja az MKIFK Magyar Közlönykiadó és Igazságügyi Fordítóközpont Zártkörűen Működő Részvénytársaság (1085 Bp., Somogyi Béla u. 6., www.mhk.hu).

Felelős kiadó: Németh Balázs Sándor vezérigazgató.

A pályázati hirdetésektől eltérő hirdetések felvétele az MKIFK Magyar Közlönykiadó és Igazságügyi Fordítóközpont Zártkörűen Működő Részvénytársaságnál (1085 Bp., Somogyi Béla u. 6.) történik.

Amennyiben a megrendelő a hirdetésében emblémát kíván megjelentetni, azt tartozik a megrendeléséhez fotózásra alkalmas módon mellékelni.

HU ISSN 2063-1146