Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság

EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM

Egészségügyi szakmai irányelv

A praxisközösségekben végzett, felnőtteket érintő prevenciós rendelésről

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002138
Megjelenés dátuma:	2023. március 31.
Érvényesség időtartama:	2026. március 31.
Kiadja:	Belügyminisztérium
Megjelenés helye	
Nyomtatott verzió:	Egészségügyi Közlöny
Elektronikus elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu

TARTALOMJEGYZÉK

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK 3

II. ELŐSZÓ 4

III. HATÓKÖR 4

IV. MEGHATÁROZÁSOK 4

1. Fogalmak 4

2. Rövidítések 5

3. Bizonyítékok szintje 6

4. Ajánlások rangsorolása 7

V. BEVEZETÉS 8

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása 8

2. Felhasználói célcsoport 12

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel 12

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE 18

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ 33

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban 33

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája 34

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok 35

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE 37

IX. IRODALOM 37

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE 43

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja 43

2. Irodalomkeresés, szelekció 43

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”) bizonyítékok szintjének meghatározási módja 44

4. Ajánlások kialakításának módszere 44

5. Véleményezés módszere 44

6. Független szakértői véleményezés módszere 44

XI. MELLÉKLET 44

1. Alkalmazást segítő dokumentumok 44

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Háziorvostan Tagozat
Dr. Szabó János háziorvostan szakorvos, foglalkozás-orvostan szakorvos, elnök, társszerző

2. Megelőző orvostan és népegészségügy, kórház higiénia Tagozat
Dr. Stánitz Éva közegészségtan-járványtan, megelőző orvostan és népegészségtan szakorvos, elnök, társszerző

Fejlesztő munkacsoport
Dr. Sándor János közegészségtan-járványtan szakorvos, megelőző orvostan és népegészségtan szakorvos, társszerző
Dr. Paulik Edit társadalomorvostan szakorvos, megelőző orvostan és népegészségtan szakorvos, társszerző
Dr. Cserni István Szabolcs háziorvostan szakorvos, foglalkozás-orvostan szakorvos, társszerző
Dr. Dózsa Katalin Mária háziorvostan szakorvos, társszerző
Dr. Garay Erzsébet Mária általános orvostan szakorvos, üzemorvostan szakorvos, társszerző
Dr. Kolozsvári László Róbert háziorvostan szakorvos, foglalkozás-orvostan szakorvos, társszerző
Dr. Kozma Gábor Imre háziorvostan szakorvos, belgyógyászat szakorvos, kardiológia szakorvos, társszerző
Dr. Mester Lajos háziorvostan szakorvos, üzemorvostan szakorvos, társszerző
Dr. Móczár Csaba Mihály háziorvostan szakorvos, belgyógyászat szakorvos, társszerző
Dr. Papp Magor Csongor háziorvostan szakorvos, társszerző
Dr. Princz János háziorvostan szakorvos, társszerző
Dr. Rurik Imre általános orvostan szakorvos, üzemorvostan szakorvos, urológia szakorvos, andrológia szakorvos, társszerző
Dr. Vajer Péter háziorvostan szakorvos, társszerző

Véleményező egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozatok

1. Dietetika, humán táplálkozás Tagozat
Zentai Andrea dietetikus, okleveles népegészségügyi szakember, elnök, véleményező

2. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat
Dr. Kovács Péter klinikai szakpszichológus, elnök, véleményező

3. Mozgásterápia, fizioterápia Tagozat
Zaletnyik Zita gyógytornász, elnök, véleményező

4. Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) Tagozat
Csősz Katalin védőnő, 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:
Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:
1. Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesülete – NKE
2. Háziorvosok Online Szervezete – HAOSZ
3. Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete – MÁOTE
4. Családorvos Kutatók Országos Szervezete – CSAKOSZ

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 sajátságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektor semleges 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:	Prevenciós szolgáltatások az alapellátásban.
Ellátási folyamat szakasza(i):	Elsődleges, másodlagos és harmadlagos megelőzés.
Érintett ellátottak köre:	Felnőttek
Érintett ellátók köre **Szakterület:**	6301 háziorvosi ellátás 6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás 9400 megelőző orvostan és népegészségtan 7307 körzeti közösségi szakápolás 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia 7600 dietetika 5700 fizioterápia-gyógytorna 7108 alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológia
Ellátási formák:	A1 alapellátás, alapellátás E3 egyéb szolgáltatás, önálló megelőző egészségügyi ellátások
Progresszivitási szint:	I.
Egyéb specifikáció:	Nincs

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Csomagév: a csomagév a kumulatív dohányzás expozíciót fejezi ki. Figyelembe veszi a naponta elszívott cigaretta mennyiségét (a naponta elszívott cigaretta mennyiségét 20 cigarettás csomagban kifejezve) és a

rendszeres dohányzás években számított időtartamát is. Napi 20 cigaretta (1 csomag) elszívása 10 éven keresztül 10 csomagévet eredményez. Napi 10 cigaretta (fél csomag) 10 éven keresztül 5 csomagévet eredményez.

Krónikus betegségek gondozása: a háziorvosi team/alapellátási praxisközösség által végzendő tervezett ellátási folyamat, amelynek feladata a krónikus beteg egészségi állapotának megőrzése és a tercier prevenció a mindenkor érvényes egészségügyi szakmai irányelvek alapján.

Kockázat: annak a valószínűsége, hogy egy esemény bekövetkezik.

Metabolikus szindróma: hasi elhízás (derékkörfogat ≥94 cm férfiak, ≥80cm nők esetében hazai populációban; ha a BMI >30 kg/m², akkor központi elhízás a derékbőségtől függetlenül feltételezhető) és a következő négy tényező közül bármelyik kettő fennállása:

- Emelkedett triglicerid szint: ≥1,7 mmol/L, vagy az emelkedett triglicerid szint specifikus kezelése.
- Alacsony HDL koleszterinszint: <1,03 mmol/L férfiaknál, <1,29 mmol/L nőknél, vagy az alacsony HDL koleszterin szint specifikus kezelése.
- Emelkedett vérnyomás: szisztolés vérnyomás ≥130 Hgmm vagy diasztolés vérnyomás ≥85 Hgmm, vagy hypertonia kezelése.
- Emelkedett éhomi plazma glükóz szint: ≥5,6 mmol/L, vagy 2-es típusú cukorbetegség kezelése.

Népegészségügy: szervezett társadalmi tevékenység, melynek célja az egészség megőrzésével és a betegségek, illetve azok komplikációinak megelőzésével javítani a lakosság egészségi állapotát.

Praxisközösség: a háziorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátást nyújtó fogorvosi, védőnői szolgáltatók feladatainak ellátására létrejött működési forma, ami lehetőséget ad arra, hogy bővítsék az alapellátás szintjén elérhető szolgáltatásokat, azaz arra, hogy több praxis megosztva alkalmazzon gyógytornászt, dietetikust, egészségpszichológust, szakpszichologus, népegészségügyi szakembert, mediátort, illetve együttesen vegye igénybe a szakorvosok segítségét.

Prevenciós rendelés: a háziorvosi tevékenység körébe tartozó preventív feladatok elvégzésére szánt dedikált rendelési idő.

Szűrővizsgálat: a rejtett betegségek, az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, valamint az arra hajlamosító kockázati tényezők korai - lehetőleg panaszmentes - szakaszban történő aktív felkutatása és felismerése.

Tanácsadás: olyan kapcsolat, amelyben egy szakember vagy képzett egyén megpróbál segíteni a másikon, hogy megértse és megoldja az egészségét veszélyeztető magatartása mögött álló problémáit; a tanácsadók tanácsot is adhatnak, véleményt nyilváníthatnak és utasíthatnak annak érdekében, hogy mások magatartását irányítsák. A tanácsadó egy magasan képzett személy, aki képes tudományosan megalapozott tanácsadási módszereket alkalmazni ügyfeleinél.

2. Rövidítések

AAA: Abdominal aortic aneurysm (hasi aorta aneurizma)
ABPM: Ambulatory blood pressure monitoring (ambuláns vérnyomásmonitorozás)
ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (alkohol, dohányzás, drog használatot felmérő teszt)
ATC: Anatomical Therapeutic Chemical classification system (gyógyszervegyületek anatómiai, gyógyászati és kémiai osztályozási rendszere)
AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test (az alkoholfogyasztás mértékét felmérő teszt)
AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality (USA Egészségügyi Kutatási és Minőségi Ügynöksége)
BMI: Body mass index (testtömeg index)
CT: Computed Tomography (komputertomográfia)
CV: Cardiovascular (kardiovaszkuláris)
DASH: Dietary Approaches to Stop Hypertension (diéta a magas vérnyomás megállítására)
DE ÁOK: Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar

DEXA: Dual Energy X-ray Absorptiometry (kettős sugárabszorpció)
EPC: Evidence-based Practice Center
EFOP: Erőforrás Fejlesztési Operatív Program
EESZT: Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér
FINDRISK: Finnish diabetes risk score (finn diabétesz kockázati teszt)
FIT: Fecal immunochemical test (székletvér kimutatása immunkémiai módszerrel)
FRAX: Fracture Risk Assessment Tool (törési kockázatot felmérő teszt)
GBP: Angol font (Great Britain Pound Sterling)
HAA: Hasi aorta aneurysma
HBPM: Home blood pressure monitoring (otthoni vérnyomásmonitorozás)
HCV: Hepatitis C virus
HDL: High density lipoprotein (magas denzitású lipoprotein)
HIV: Humán immundeficiencia vírus
hrHPV: High-risk Human Papillomavirus (magas kockázatú humán papillomavírus)
MMSE: Mini–Mental State Examination (a mentális állapot felmérésére szolgáló teszt)
NEAK: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
NEFMI: Nemzeti Erőforrás Minisztérium
NICE: National Institute for Health and Care Excellence (Országos Egészségügyi és Gondozási Kiválósági Intézet)
NG: NICE guideline (Országos Egészségügyi és Gondozási Kiválósági Intézet ajánlása)
NHS: National Health Service (az angol állami egészségügyi szolgálat)
NIDA: National Institute on Drug Abuse (nemzeti kábítószer használattal foglalkozó intézet az Egyesült Államokban)
NM: Népjóléti Minisztérium
OTC: Over the counter (vény nélkül kiadható gyógyszer)
PCR: Polymerase chain reaction (polimeráz láncreakció)
PH: Public health guideline (népegészségügyi ajánlás)
SCORE: Systematic Coronary Risk Evaluation (koszorúér esemény kockázatát becslő pontrendszer)
sDNS-FIT: vizsgálat: Stool DNA fecal immunochemical test (széklet DNS immunhisztokémiai teszt)
SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Skót Multidiszciplináris Irányelvek Hálózata)
TYM: Test Your Memory (memória teszt)
USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force (az Egyesült Államok Megelőző Egészségügyi Szolgáltatások Munkacsoportja)
UV: Ultraviola sugárzás
V4 országok: A Visegrádi együttműködés országai (Magyarország, Csehország, Lengyelország, Szlovákia)
VEKOP: Versenyképes Közép-Magyarország Operatív Program

3. Bizonyítékok szintje

A szakirodalomban leginkább hivatkozott módszer került figyelembevételre a bizonyítékok szintjének és az ajánlások erősségének a meghatározásakor. A preventív szolgáltatásokkal kapcsolatos bizonyítékok szintjének megállapításakor a U. S. Preventive Services Task Force módszerét vettük figyelembe. [1]

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. Ajánlások rangsorolása

A bizonyítékok rangsorolása alapján történt az ajánlások A, B, C, D és I szintű rangsorolása az alábbi táblázat alapján, ahol az A és a B fokozatú beavatkozás erősen ajánlott, a D fokozatú ajánlás szerint az adott eljárás, beavatkozás nem végezhető, illetve C esetén szakértői ajánlás fogalmazható meg [1]. Az ajánlást készítő fejlesztő csoport közös megegyezéssel szakértői szintű ajánlást is megfogalmaz, amely azt jelenti, hogy az adott ajánlás ugyan nincs bizonyítékokkal alátámasztva, de az ajánlás szerzői javasolják a tevékenység elvégzését. (Szakértői szintű ajánlás, SZ).

Ajánlás rangsorolása	**Definíció**	**Javasolt gyakorlati alkalmazás**
A	A USPSTF ajánlja a szolgáltatást. Nagy valószínűséggel jelentős egészségnyereséget eredményez az alkalmazása.	Általában alkalmazandó a szolgáltatás.
B	A USPSTF ajánlja a szolgáltatást. Nagy valószínűséggel eredményez mérsékelt egészségnyereséget az alkalmazása, vagy mérsékelt annak a valószínűsége, hogy jelentős egészségnyereséget eredményez az alkalmazása.	Általában alkalmazandó a szolgáltatás.
C	A USPSTF azt javasolja, hogy a szolgáltatást a szakmai megítélés és a páciens preferenciái alapján szelektíven ajánlják fel vagy biztosítsák az egyes betegeknek. Legalább közepes bizonyosság van arra nézve, hogy a szolgáltatás alkalmazása csekély egészségnyereséggel jár.	Egyes betegek számára, az egyéni körülményektől függően alkalmazandó ez a szolgáltatás.
D	A USPSTF nem javasolja a szolgáltatást. Közepes vagy nagy a bizonyossága annak, hogy a szolgáltatás egészségnyereséget eredményez.	Nem alkalmazandó ez a szolgáltatást.

I	A USPSTF arra a következtetésre jutott, hogy a jelenlegi bizonyítékok nem elegendőek a szolgáltatás előnyei és kárai közötti egyensúly felmérésére. Hiányoznak a bizonyítékok, rossz minőségűek vagy ellentmondóak, és az előnyök és a károk egyensúlya nem határozható meg.	Ha a szolgáltatást alkalmazzák, akkor a beteggel meg kell értetni az egészségnyereséggel kapcsolatos bizonytalanságokat. Ehhez a USPSTF ajánlás klinikai megfontolások című részében foglaltakra kell támaszkodni.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

Az Európai Unió országai közül Magyarországon a második legmagasabb a megelőzhető halálozás az EUROSTAT utolsó elérhető évre, 2019-re vonatkozó adatai alapján. A szlovákiai, a lengyel és a csehországi megelőzhető halálozás a magyarországinál lényegesen alacsonyabbak (81%, 72% és 63%). A lengyel-cseh-szlovák súlyozott átlaghoz viszonyítva 13746 volt az megelőzhető többlethalálozás Magyarországon 2019-ben. [2, 3]

A hazai alapellátás szintjén jelentős a megelőző szolgáltatások fejlesztése révén elérhető egészségnyereség. Egy átlagos angliai háziorvosi körzetben 2,589 halálesetet előznek meg és potenciálisan 3,409 halálesetet előzhetnének meg 1000 főre számítva a háziorvosok preventív szolgáltatásai révén évente. Ha feltételezzük, hogy Magyarországon az angliaihoz hasonló hatékonyságúak jelenleg az ilyen jellegű szolgáltatások, akkor a magyar háziorvosok 28335 halálesetet előzhetnének meg preventív szolgáltatásaikkal, amiből 21519 életet meg is tudnak menteni minden évben és 6816 életet nem. Vélhetően kevesebb, mint 21519 halálesetet tudnak megelőzni a hazai háziorvosok (és 6816 halálesetnél többet nem), hiszen az Egyesült Királysághoz képest a magyarországi 65 év alatti kardiovaszkuláris halálozás 298%-os, az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozás 275%-os, a cerebrovaszkuláris halálozás 332%-os, a cukorbetegség okozta halálozás 375%-os. Márpedig ezeken a végpontokon jelentkeznek elsősorban az alapellátás preventív szolgáltatásaiból származó megnyert életévek. [4]

A hazai alapellátásban nyújtott preventív szolgáltatások igénybevétele jelentősen elmarad az ajánlásoktól. (1. táblázat)

1. táblázat A preventív szolgáltatásokkal kapcsolatos rendeletben felsorolt beavatkozások igénybevételi gyakorisága felnőttek esetében (a megfelelő célcsoportokban) [5, 6]

Beavatkozások	**Igénybevételi gyakoriság***
Családi anamnézis (3 éven belül)	36% [33,1 - 39]
Méhnyakrák szűrés (3 éven belül, 25-65 éves nők körében)	63,8% [59 - 68,6]
Emlőrák szűrés (2 éven belül, 45-65 éves nők körében)	51,1% [43,9 - 58,3]
Prosztatarák szűrés (65 év feletti férfiak körében)	41,1% [29,8 - 52,4]
Colorectalis carcinoma szűrés (2 éven belül, 50-75 évesek körében)	14,6% [10,9 - 18,2]
Szájüregi daganatszűrés (3 éven belül)	15,8% [13,6 - 18]
Látásvizsgálat (65 év felettiek körében)	27,4% [21,5 - 33,2]
Hallásvizsgálat (65 év felettiek körében)	13% [8,6 - 17,4]

Beavatkozások	**Igénybevételi gyakoriság***
Érelmeszesedés vizsgálata (3 éven belül a 40 évnél idősebbek körében)	19,1% [16 - 22,2]
Testsúlymérés (3 éven belül)	49,6% [46,5 - 52,6]
Haskörfogat mérés (3 éven belül)	24,9% [22,3 - 27,6]
Táplálkozás értékelése (3 éven belül)	24,7% [22,1 - 27,4]
Alkoholfogyasztás felmérése (3 éven belül)	16,3% [14 - 18,6]
Dohányzás felmérése (3 éven belül)	25% [22,4 - 27,7]
Vérnyomásmérés (2 éven belül)	86,3% [84,1 - 88,4]
Koleszterinszint mérés (2 éven belül)	57,6% [54,5 - 60,7]
Vércukorszint mérés (2 éven belül)	64% [61 - 67]
Szérum-kreatininszint mérés (2 éven belül)	37,1% [34,1 - 40,1]
Vizeletvizsgálat (2 éven belül)	45,2% [42,1 - 48,3]

*95%-os megbízhatósági tartomány

A Svájci Hozzájárulás SH/8/1 Alapellátás-fejlesztési Modellprogramjának praxisközösségeiben alkalmazott többletszolgáltatások hatékonysága jelentős mértékben javult az alap- és végállapot-felmérés alapján. (2. táblázat) [5, 6]

2. táblázat A Svájci Hozzájárulás Alapellátási-fejlesztési Modellprogramjának praxisközösségeiben alkalmazott többletszolgáltatások hatékonysága [5, 6]

Preventív szolgáltatás	**EH***
Családi anamnézis	**2,993**
Szájüregi daganatszűrés	**2,672**
Hallásvizsgálat	**2,112**
Érelmeszesedés vizsgálata	**3,758**
Testsúlymérés	**2,443**
Haskörfogat mérés	**4,262**
Táplálkozás értékelése	**4,354**
Alkoholfogyasztás felmérése	**5,699**
Dohányzás felmérése	**4,129**
Vizeletvizsgálat	**1,246**

*Nemre, életkorra, képzettségre, roma etnicitásra, közgyógyellátási jogosultságra, dohányzásra, problémás alkoholfogyasztásra, testtömeg indexre és centrális elhízásra korrigált esélyhányados.

Az indikátor alapú háziorvosi teljesítményértékelési rendszer adatai alapján a praxisközösségi szolgáltatások hatékonysága a praxisok elhelyezkedésére (megyéjére, településtípusára) és az ellátottak szocio-demográfiai jellemzőire (életkori és nemi összetételére, relatív képzettségére) korrigált indikátorok változásai alapján kedvező volt magasvérnyomás szűrése, hipertóniás betegek szérum kreatininszint meghatározás gyakorisága,

diabeteszes és/vagy hipertóniás betegek lipid státusz ellenőrzésének gyakorisága, ischaemiás szívbetegek béta-blokkoló kezelésének gyakorisága és a beutalási gyakoriság vonatkozásában. [5, 6]

Az elsődleges gyógyszerfogyasztási adherencia (felírt receptek kiváltási gyakorisága) jelentős mértékben javult a Svájci Hozzájárulás SH/8/1 Alapellátás-fejlesztési Modellprogramjának praxisközösségeiben. (3. táblázat) [7, 8]

3. táblázat Az elsődleges gyógyszerfogyasztási adherencia (felírt receptek kiváltási gyakorisága) a Svájci Hozzájárulás Alapellátás-fejlesztési Modellprogramjának praxisközösségeiben. [7, 8]

ATC csoport	**Recept kiváltási részarány javulása (95%-os megbízhatósági tartomány)**
Tápcsatorna és anyagcsere	1,072 (1,049–1,097)
Vér és vérképzőszervek	1,077 (1,044–1,111)
Kardiovaszkuláris rendszer	1,062 (1,048–1,077)
Bőrgyógyászati készítmények	1,031 (0,950–1,118)
Urogenitális rendszer és nemi hormonok	1,062 (0,959–1,176)
Szisztémás hormonkészítmények (a nemi hormonok és az inzulin kivételével)	1,025 (0,952–1,104)
Szisztémás fertőzés elleni szerek	1,041 (0,994–1,089)
Váz- és izomrendszer	1,041 (1,010–1,074)
Idegrendszer	1,082 (1,047–1,118)
Légzőrendszer	0,983 (0,949–1,019)
Érzékszervek	1,017 (0,886–1,167)
Egyéb	0,993 (0,801–1,230)
Mind	1,064 (1,054–1,073)

A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló népjóléti miniszteri rendelet adja a jogi alapját a korcsoportokhoz kötött alapellátásban folyó felnőttkori szűrővizsgálatoknak. [9] Ez meghatározza minden biztosított számára ingyenesen, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által finanszírozott módon, elérhető szűrő jellegű vizsgálatokat, illetve az alapellátás dolgozóinak ellátási és dokumentációs kötelezettségeit. A rendeletben felsorolt módszerek alapvetően a nemzetközi ajánlásokat tükrözik, azoktól csak néhány ponton térnek el. Ennek megfelelően, a magas színvonalú, alapellátásra épített szűrések jogi háttere tulajdonképpen rendezett. A rendelethez kapcsolódó módszertani részleteket a jelen egészségügyi szakmai irányelv foglalja össze annak érdekében, hogy a gyakorlati megvalósítás hatékony lehessen Magyarországon, és az általános teljesítménynövekedésen túl csökkenjen a hazai alapellátás praxisonként rendkívül variábilis jellege.

Az alapellátás szintjén nyújtható preventív jellegű szolgáltatásokkal (szűréssel, tanácsadással, kemoprevencióval) kapcsolatos új ismeretek rendszeres értékelésére és azok alapján ajánlások kidolgozására működteti az Egyesült Államok Kongresszusa a U.S. Preventive Services Task Force-ot (USPSTF), ami 1984 óta ezen a területen a legmegbízhatóbb forrása a preventív szolgáltatásokra vonatkozó ajánlásoknak. [1] A háziorvosi praxisban ajánlottan alkalmazandó beavatkozások száma ma 15 (intervenciós célpontok: alkoholfogyasztás, aszpirin profilaxis, cukorbetegség, családon belüli erőszak, depresszió, dohányzás, drog addikció, elesés, elhízás, fizikai aktivitás, hasi aorta aneurizma, hypertonia, zsíranyagcserezavar, osteoporosis, táplálkozás) az onkológiai, az infektológiai és a terhesgondozással kapcsolatos ajánlásokat nem tekintve.

Számos vizsgálat bizonyította, hogy alapvetően nem a háziorvos, hanem a nővér tevékenységébe illesztett eljárások gyakorlati alkalmazása során valóban elérhető egészségnyereség. Az eljárásokhoz kapcsolódó költségek azonban jelentősnek bizonyultak, azaz ezeknél a preventív szolgáltatásoknál sem igaz, hogy költséget takarítanak meg. Ebben a rendszerben az 1 éven belüli koronária kockázat 1%-os csökkenésének a közvetlen költsége 5,5 GBP, az 1 megmentett életévhez szükséges kezelési költségek pedig az alkalmazott kezelési protokolltól függően 1000 GBP-os nagyságrendben voltak. [10]

A szervezett prevenció szűkebb célcsoportokra fókuszálása tekinthető annak a megoldásnak, ami az egészségnyereség-előállító képességet és a költség-haszon viszonyokat is kedvező irányba befolyásolhatja, illetve feloldhatja azt az ellentmondást, ami az egyes eljárások igazolt hatásossága és a gyakorlatban nem észlelt hatékonysága között feszül. [11] A preventív beavatkozások szempontjából ez azt jelenti, hogy a USPSTF ajánlásokat fontos abból a szempontból is értékelni, hogy azok milyen mértékűnek írják le az intervenciók hasznát. Az ajánlások erősségének kategorizálását ehhez az igényhez igazodva változtatta meg a USPSTF 2007-ig a biztosan (A-kategória) és a nagy valószínűséggel (B-kategória) egészségnyereséget eredményező eljárásokat ajánlott alkalmazásra (azaz csak a hatásosságra vonatkozó bizonyíték megalapozottságát vette figyelembe). 2007-től az elért hatás nagyságát is figyelembe veszi: a biztosan jelentős egészségnyereséget eredményező A-kategória mellett, a B-kategóriát azokra az eljárásokra alkalmazza, amelyek vagy nagy bizonyossággal, de kis egészségnyereséget eredményeznek, vagy kis bizonyossággal, de nagy egészségnyereséget eredményeznek. A fentebb felsorolt intervenciós célpontokkal kapcsolatos ajánlásokat is ebbe a két kategóriába rendezik 2007 óta. A hypertonia és a zsíranyagcserezavarok szűrése kapott csak A-minősítést, mutatva, hogy a többi intervencióval kapcsolatban vagy hiányoznak még egyes kérdések tisztázásához a kutatási eredmények, vagy a meglevő eredmények szerint az intervenció nem képes komoly hatást kifejteni.

A Svájci Hozzájárulási Program keretében végrehajtott Alapellátás-fejlesztési Modellprogram részeként a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) és a Debreceni Egyetem munkacsoportjai kidolgozták azokat a módszereket, amik segítségével az alapellátásban nyújtott preventív szolgáltatásokról havi rendszerességgel lehet, lényeges területekre fókuszáló indikátorokat előállítani. A NEAK által rendszeresen használt alapellátási indikátorok standardizált változatainak értékelésének módszertanát alakították ki. Kidolgozták azt az informatikai rendszert, ami a háziorvos és munkatársai által nyújtott teljesítményt a praxis földrajzi elhelyezkedéséből és az ellátottak szocio-demográfiai összetételétől független módon tudja értékelni. [12-18]

Az alkalmazható indikátorok számának jelentős bővítésére (12 helyett 128 indikátor) került sor az „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” program „Lakóhelyközeli ellátás fejlesztése” alprojektjének keretein belül. Az indikátorrendszer és annak eredményeit elérhetővé tevő internetes szolgáltatás a „Szegregált telepeken élő roma felnőttek rutin egészségstatisztikai rendszerbe építhető egészségmonitorozása” projekt keretében került gyakorlati alkalmazásra. [19]

A háziorvosi praxisokban rendkívül eltérő módon történik az egyes preventív szolgáltatások biztosítása. Vannak modern gyakorlatot folytató praxisok, amik azt szemléltetik, hogy hazai viszonyok közt is lehetséges a szolgáltatások megszervezése, illetve biztosítása. A praxisközösségekben nyíló új szervezeti keretek lehetőséget adnak a jó gyakorlatok kiterjedtebb alkalmazására.

A Svájci Hozzájárulási Program keretében végrehajtott Alapellátás-fejlesztési Modellprogram részeként és az „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” program „Lakóhelyközeli ellátás fejlesztése” alprojektjének keretein belül kidolgozásra kerültek a preventív szolgáltatásokról szóló tananyagok. A háziorvosok, a megelőző orvostan és népegészségtan szakorvosok számára közös továbbképző tanfolyam is kidolgozásra/kipróbálásra került már. A Semmelweis Egyetem Egészségfejlesztési Központja pedig 2021-ben készítette el a prevenció fő témaköreiről szóló interaktív egészségfejlesztő könyvét. [20, 21]

A praxisközösségekről megjelent kormányrendelet nevesíti a prevenciós rendelést. Ennek a tevékenységnek a szakmai tartalmát foglalja össze a jelen egészségügyi szakmai irányelv. [22]

Az egyes szűrésekkel kapcsolatos ajánlások alkalmazására vonatkozóan általában érvényes az az etikai alapelv, hogy akkor végezhető a szűrés, ha a kiszűrtek további ellátásához szükséges kapacitások rendelkezésre állnak.

2. Felhasználói célcsoport

- Háziorvosi ellátás.
- Prevenciós tevékenységet végző egészségügyi szakellátás.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

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

A praxisközösségek megalakítása 2021-ben történt. Emiatt a praxisközösségek preventív szolgáltatásaira vonatkozó egészségügyi szakmai irányelv nem volt még érvényben Magyarországon.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelvekkel:
Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelvek ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Abdominal Aortic Aneurysm: Screening 2019 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/abdominal-aortic-aneurysm-screening
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Prediabetes and Type 2 Diabetes: Screening 2021 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-for-prediabetes-and-type-2-diabetes
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force BRCA-Related Cancer: Risk Assessment, Genetic Counseling, and Genetic Testing 2019 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/brca-related-cancer-risk-assessment-genetic-counseling-and-genetic-testing
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Breast Cancer: Medication Use to Reduce Risk 2019 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/breast-cancer-medications-for-risk-reduction
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Breast Cancer: Screening 2016 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/breast-cancer-screening
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Cervical Cancer: Screening 2018 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/cervical-cancer-screening

Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Colorectal Cancer: Screening 2021 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/colorectal-cancer-screening
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Depression in Adults: Screening 2016 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/depression-in-adults-screening
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Falls Prevention in Community-Dwelling Older Adults: Interventions 2018 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/falls-prevention-in-older-adults-interventions
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: Behavioral Counseling Interventions 2020 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/healthy-diet-and-physical-activity-counseling-adults-with-high-risk-of-cvd
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Hypertension in Adults: Screening 2021 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/hypertension-in-adults-screening
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Screening 2018 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/intimate-partner-violence-and-abuse-of-elderly-and-vulnerable-adults-screening
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Lung Cancer: Screening 2021 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/lung-cancer-screening
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:**	U.S. Preventive Services Task Force Osteoporosis to Prevent Fractures: Screening 2018

Megjelenés adatai: **Elérhetőség:**	https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/osteoporosis-screening
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Perinatal Depression: Preventive Interventions 2019 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/perinatal-depression-preventive-interventions
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Preeclampsia: Screening 2017 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/preeclampsia-screening
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Skin Cancer Prevention: Behavioral Counseling 2018 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/skin-cancer-counseling
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: Preventive Medication 2022 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/statin-use-in-adults-preventive-medication
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Interventions 2021 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/search_results?searchterm=smoking
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Screening and Behavioral Counseling Interventions 2018 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/unhealthy-alcohol-use-in-adolescents-and-adults-screening-and-behavioral-counseling-interventions
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Unhealthy Drug Use: Screening 2018 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/unhealthy-alcohol-use-in-adolescents-and-adults-screening-and-

	behavioral-counseling-interventions
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	U.S. Preventive Services Task Force Weight Loss to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: Behavioral Interventions 2018 https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/search_results?searchterm=23._Weight%20Loss%20to%20Prevent%20Obesity-Related%20Morbidity%20and%20Mortality%20in%20Adults%3A%20Behavioral%20Interventions
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Alcohol-use disorders: prevention (PH24) 2010 https://www.nice.org.uk/guidance/ph24
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Behaviour change: general approaches (PH6) 2007 https://www.nice.org.uk/guidance/ph26
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Cardiovascular disease prevention (PH25) 2010 https://www.nice.org.uk/guidance/ph25
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Cardiovascular disease: identifying and supporting people most at risk of dying early (PH15) 2008 https://www.nice.org.uk/guidance/ph15
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Domestic violence and abuse: multi-agency working (PH50) 2014 https://www.nice.org.uk/guidance/ph50
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Drug misuse prevention: targeted interventions (NG64) 2017 https://www.nice.org.uk/guidance/ng64
Szerző(k)/Tudományos szervezet:	National Institute for Health and Care Excellence

Cím: **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	Obesity: working with local communities (PH42) 2012 https://www.nice.org.uk/guidance/ph42
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Oral health: local authorities and partners (PH55) 2014 https://www.nice.org.uk/guidance/ph55
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Physical activity and the environment (NG90) 2018 https://www.nice.org.uk/guidance/ng90
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Physical activity: brief advice for adults in primary care (PH44) 2013 https://www.nice.org.uk/guidance/ph44
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Physical activity: exercise referral schemes (PH54) 2014 https://www.nice.org.uk/guidance/ph54
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Physical activity: walking and cycling (PH41) 2012 https://www.nice.org.uk/guidance/ph41
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Preventing excess weight gain (NG7) 2015 https://www.nice.org.uk/guidance/ng7
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Smoking: harm reduction (PH45) 2013 https://www.nice.org.uk/guidance/ph45
Szerző(k)/Tudományos	National Institute for Health and Care Excellence

szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	 Smoking: preventing uptake in children and young people (PH14) 2014 https://www.nice.org.uk/guidance/ph14
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Stop smoking interventions and services (NG92) 2018 https://www.nice.org.uk/guidance/ng92
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Type 2 diabetes prevention: population and community-level interventions (PH35) 2011 https://www.nice.org.uk/guidance/ph35
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Type 2 diabetes: prevention in people at high risk (PH38) 2017 https://www.nice.org.uk/guidance/ph38
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Vitamin D: supplement use in specific population groups (PH56) 2017 https://www.nice.org.uk/guidance/ph56
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Weight management: lifestyle services for overweight or obese adults (PH53) 2014 https://www.nice.org.uk/guidance/ph53
Szerző(k)/Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NG97) 2018 https://www.nice.org.uk/guidance/ng97

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel:

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

Cím: **Azonosító:** **Érvényességi ideje:** **Elérhetősége:**	Egészségügyi szakmai irányelv – A terápiás/klinikai dietetikus tevékenységeiről az alap- és szakellátásban 001485 2020. augusztus 5. - 2023. július 18. https://kollegium.aeek.hu
Cím: **Azonosító:** **Érvényességi ideje:** **Elérhetősége:**	Egészségügyi szakmai irányelv – A diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbetegek antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban 002029 2020. július 16. - 2023. július 16. https://kollegium.aeek.hu
Cím: **Azonosító:** **Érvényességi ideje:** **Elérhetősége:**	Egészségügyi szakmai irányelv - A demencia kórismézése, kezelése és gondozása 002104 2022. június 14. - 2025. május 31. https://kollegium.aeek.hu

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Ajánlás1

Influenza elleni védőoltást kell kapnia minden magas kockázati csoportokba tartozó felnőtteknek. (A) [23]

Magas kockázati csoportba tartoznak a:

- krónikus légzőszervi betegségben szenvedők, asztmás betegek;
- súlyos elhízás vagy neuromusculáris betegség miatt korlátozott légzési funkciójú betegek;
- szív-, érrendszeri betegségben szenvedők (kivéve a kezelt magasvérnyomás betegséget);
- veleszületett vagy betegség/kezelés révén szerzett immunhiányos állapotban szenvedő betegek (beleértve a HIV-pozitív személyeket, daganatos betegségben szenvedőket is).
  Esetükben javasolt az egy háztartásban élő hozzátartozók és a gondozó személyzet oltása a fészekimmunitás kialakítása céljából;
- krónikus máj- és vesebetegek;
- anyagcsere-betegségben szenvedők (pl. diabetes);
- 60 éven felüliek, egészségi állapotuktól függetlenül;
- ápolást, gondozást nyújtó, rehabilitációs, átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben, lakóotthonokban, vagy egészségügyi intézményekben huzamosabb ideig ápolt személyek;
- várandós nők;
- azok a nők, akik a gyermekvállalást az influenza szezonális időszakára tervezik;
- egészségügyi dolgozók,
- ápolást, gondozást nyújtó egészségügyi/szociális intézmények dolgozói.

Ajánlás2

Pneumococcus elleni védőoltást kell kapnia minden 50 éves kor feletti felnőttnek; tüdő-, szív-, vese-, máj- és cukorbetegeknek; immunszupprimáltaknak; dohányosoknak; belsőfül műtéten átesetteknek; koponyasérülteknek és léphiányosoknak. (A) [23]

Akik korábban még nem részesültek pneumococcus elleni védelemben, azoknak az oltását a 13 szerotípust tartalmazó konjugált oltóanyaggal javasolt kezdeni. A védelmet - legalább 2 hónap, de optimálisan 6-12 hónap eltelte után- ki lehet szélesíteni a 23 szerotípust tartalmazó poliszacharid vakcinával.

A 65 éves kor felettieknek a 23 szerotípust tartalmazó poliszacharid oltóanyagból 1 emlékeztető oltás javasolt, ha legalább 5 év telt el az előző poliszacharid oltás óta.

Aki korábban poliszacharid oltóanyaggal kapott védőoltást, 1 év múlva a 13 szerotípust tartalmazó konjugált oltóanyagot is megkaphatja egy alkalommal.

Sérült immunitásúak és léphiányosok ismételt oltásairól kezelőorvos vagy védőoltási szaktanácsadó dönt.

Ajánlás3

Felnőtteknél fel kell mérni a dohányzási szokásokat, és tanácsolni kell a dohányzás abbahagyását. A dohányzóknak fel kell ajánlani a leszokást segítő intervenciókat (nem gyógyszeres és gyógyszeres segítséget). (A) [24-31, 34]

Minden alapellátásban dolgozó szakember feladata, hogy a pácienssel történő találkozáskor rákérdezzen dohányzási szokásaira, dokumentálja azt, és ha a kliens dohányzik, akkor tanácsolja a dohányzás abbahagyását, illetve tárja fel és erősítse meg a leszokási szándékot.

A minimálintervenció hatékony eszköz a leszokás-támogatásban [28], időtartama minimálisan 3-5 perc, a következő elemekből épül fel:

a.) a dohányzás tényére történő rákérdezés / a dohányzási státusz felmérése és az eredmény dokumentálása a releváns ellátási dokumentációban;

b.) a dohányzás abbahagyásának javaslata;

c.) a leszokás szándékára való rákérdezés, motiváció felkeltése vagy megerősítése;

d.) nyomtatott információs anyagok átadása;

e.) a gyógyszeres terápia és/vagy pszichés támogatás felajánlása, elfogadás esetén a leszokást támogató centrumba történő irányítás.

A leszokási folyamatot a nikotinfüggőség, a dohányzás abbahagyása után bekövetkező megvonási tünetek nehezítik meg. Bizonyított, hogy a viselkedésterápiás és farmakoterápiás kezelés kombinációja a leghatékonyabb, ezért minden esetben fel kell ajánlani a dohányos számára a farmakoterápiát is (kivéve, ha ennek kontraindikációja van). Magyarországon OTC kategóriába tartozó nikotinpótló készítmények illetve vényköteles készítmények (cytisine) érhetők el.

Arra nincs megfelelő bizonyíték, hogy az e-cigaretták esetében hasonlóan hatékony a dohányzás leszoktatás.

Ajánlás4

Minden felnőtt esetén, beleértve a várandósokat is, ajánlott az alkoholfogyasztási szokások felmérése. A felmérést AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) kérdőív segítségével lehet elvégezni. Túlzott alkoholfogyasztás esetében a felnőttet tanácsadásban kell részesíteni. (B) [32-36]

Az alkoholfogyasztási szokások felmérésére azért van szükség, hogy a problémás alkoholfogyasztás korai stádiumban felderítésre kerüljön és célzott intervenció segítségével a szövődmények kialakulása megelőzhető legyen. Cél az, hogy a kockázatos mértékű, illetve problémás alkoholfogyasztók kiszűrésre kerüljenek és a viselkedésváltozásuk támogatásra kerüljön.

Az AUDIT kérdőív első része 3 kérdésből álló teszt. Ha a kliens ezen 0–4 pontot ér el, akkor a kockázatos alkoholfogyasztás valószínűsége alacsony. Amennyiben legalább 5 pontot ért el, akkor az AUDIT kérdőív (7 pontból álló) második részének kitöltése szükséges. (1. melléklet: AUDIT kérdőív az alkohol dependencia szűrésére) Ez alkalmas az alkoholhasználat zavarainak pontosabb felmérésére.

A szűrőteszt alapján az alábbi teendő következik:

- 0–7 pont: alacsony kockázatú kliens – pozitív visszajelzés, edukáció.
- 8–19 pont: rövid intervenciót és utánkövetést igénylő kliens; a minimál intervenció hatásos, amit több országban nagy elemszámú vizsgálat igazolt, fokozott figyelmet érdemel az, aki 16–19 pontot ért el. Ez utóbbi csoportban érdemes külön felmérni az ivás motivációit is.
- 20 pont és afelett: a kliens krónikus gondozást és szoros utánkövetést igényel; ha a kiszűrtek további ellátásához szükséges kapacitások rendelkezésre állnak, akkor feltétlenül addiktológiai szakrendelésre is irányítandó.

Ajánlás5

Minden 18 év feletti, ismert hipertóniával nem rendelkező felnőttnek rendszeres hypertonia szűrésen kell részt vennie. (A) [37-40]

A szűrést jelentő vérnyomásmérést első alkalommal rendelés során kell elvégezni, aminek pozitív eredményét [≥140 és/vagy ≥90 Hgmm (higanyos mérő); ≥135 és/vagy ≥85 Hgmm (ambuláns éber)] a beteg napi tevékenységébe illesztett módon kivitelezett vérnyomásméréssel kell megerősíteni. Kezelést csak pozitív megerősítő vizsgálat esetén lehet megkezdeni.

A vérnyomásmérést vagy oscillometriás elven működő félautomata és automata vérnyomásmérővel, vagy validált monometriás készülékkel auszkultációs technikával végezzük, standard körülmények biztosításával:

- a beteg 30 perccel a mérés előtt ne egyen, ne fogyasszon alkoholt, ne dohányozzon,

- a mérés alatt ne beszéljen,

- legalább 5 perces nyugalmi állapot után,

- ülő helyzetben, megtámasztott háttal, az alkar a szív magasságában legyen,

- megfelelő mandzsettával és megfelelő felhelyezéssel.

A rendelői vizit során legalább három mérésnek kell történnie 1-2 perces időközökkel.

A mérés eredményét rögzíteni kell a betegdokumentációba és közölni kell a beteggel.

3. fokozatú vérnyomás kivételével ismételt rendelői vizitek, vagy rendelőn kívüli mérések (ABPM, HBPM) alapján állítjuk fel a diagnózist.

Utóbbira alkalmasak (1) 12, illetve 24 órás ambuláns vérnyomásmérő műszerek (ABPM), melyek 20-30 percenként mérik a napi tevékenység és az alvás idejére jellemző vérnyomást. (2) Az otthoni vérnyomásmérések, amikor a felnőtt naponta több alkalommal méri a saját vérnyomását (egy héten keresztül, napi 2 alkalommal, reggel és este). A megerősítő vizsgálat pozitív eredménye esetén tekinthető a felnőtt hipertóniásnak.

Bár az optimális szűrési gyakoriságra vonatkozóan nincsenek erős evidenciák, az észszerű megközelítés (1) az évenkénti szűrés 40 év fölöttiek, illetőleg fokozott kardiovaszkuláris kockázattal bírók (túlsúlyos, vagy emelkedett-normál vérnyomással bírók) esetében, és (2) a 40 évnél fiatalabb optimális (<120 és <80 Hgmm) vérnyomásúak 5 évenkénti, a normális (120-129 és/vagy 80-84 Hgmm) vérnyomásúak 3 évenkénti, az emelkedett-normális vérnyomásúak (130-139 és/vagy 85-89 Hgmm) évenkénti szűrése.

Ajánlás6

35 és 70 év közti, túlsúlyos (BMI>25) vagy elhízott (BMI>30) felnőttek esetében prediabetes, illetve 2-es típusú diabetes szűrővizsgálatot kell végezni (kivéve várandósokat, akikre külön ajánlások vonatkoznak). (B) [41-53]

A szűréshez szükséges a felnőttek életkorának, testmagasságának és aktuális testtömegének ismerete. „A diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbetegek antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban" egészségügyi szakmai irányelv ajánlása szerint ennél pontosabb kockázati csoportba sorolásra is sort kell keríteni a diabetes mellitus szempontjából egészséges felnőttek körében a FINDRISK kérdőív szervezett kitöltésével. (2. melléklet: FINDRISK kérdőív a diabetes mellitus szempontjából veszélyeztetettek szűrésére) A 12 FINDRISK pont feletti eredményt elérőknél ajánlott a szűrés elvégzése.

Gyakorlatban használt szűrővizsgálatok: éhomi glükóz meghatározás, illetőleg orális glükóz-tolerancia teszt. „A diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbetegek antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban" egészségügyi szakmai irányelv ajánlása szerint 12 vagy magasabb FINDRISK pontszámnál orális glükóz-tolerancia teszt az ajánlott szűrési módszer. A szűrővizsgálatok ajánlott gyakoriságára egyelőre nincs nemzetközileg elfogadott ajánlás. Ha a vizsgálati eredmények kedvezőek (normál tartományban vannak), akkor minden harmadik évben javasolt a szűrővizsgálat elvégzése.

Arra nincs bizonyíték, hogy a szűrés révén csökkenthető a halálozás. A szűrés haszna a prediabetes felfedezése és a diabetes mellitus kialakulásának megelőzése vagy késleltetése, illetve a diabetes mellitus korán megkezdett gondozásától várható szövődmény megelőzés, illetve késleltetés. 12-nél magasabb FINDRISK score szűkebb szűrési célcsoportot definiál, mint a nemzetközi ajánlások 35-70 év közötti legalább túlsúlyos populációja. Mivel az életmód változtatásra vagy a gyógyszeres (metformin, tiazolidindionok, alfa-glukozidáz-gátlók) beavatkozásra alapozott intervenció a prediabetes esetében a tágabb célcsoportban is késlelteti vagy megelőzi a diabetes mellitus kialakulását, a tágabb célcsoport szűrése is szükséges.

Ajánlás7

A prediabeteses felnőtteknek fel kell kínálni a preventív tanácsadást, vagy tovább kell irányítani őket életmódbeli tanácsadóhoz. (B)

Prediabetes fennállása esetén az érintett egyéneknek diétával és fizikai aktivitással kapcsolatos életmód-terápiás támogatásban kell részesíteni a 2-es típusú diabetes megelőzése, illetve késleltetése érdekében, mert az ilyen intervenció kedvezően befolyásolja a testsúlyt, a vérnyomást, a HDL koleszterinszintet és a triglicerid szintet is, és az intervenció hatása hosszú időn keresztül is fenntartható.

A szervezett intervenció kezdetén tájékoztatást kell adni a prevenció céljairól. Majd 16 találkozóra alapozott 24 hétig tartó programban vesznek részt a betegek, akiknek ezalatt el kell érni 7%-os testsúlycsökkenést és a heti 150 perc mérsékelt fizikai aktivitás szintjét. Ezt követően havonta kell támogató tanácsadásokat tartani, illetve negyedévente 4-6 hetes képzési programokat, valamint heti két alkalommal alacsony intenzitású testedzési lehetőséget (pl. séta, aerobic) kell szervezni a betegeknek. A beavatkozások általában egy-egy intervenciós szakemberrel történnek. Az alapellátásban dolgozó orvosok, valamint a speciálisan képzett szakemberek széles köre (pl. ápolók, dietetikusok, gyógytornászok) végezheti ezeket a beavatkozásokat.

A prediabeteses betegeknek támogatást kell adni a dohányzás leszokás (Ajánlás3) és a túlzott alkoholfogyasztás mérséklésére (Ajánlás4).

Ajánlás8

Életmód-terápia mellett a (hazai alkalmazási előírás alapján egyedül) metformin adása ajánlott súlyosan elhízott (BMI>35 kg/m2), vagy 60 év alatti vagy pozitív gesztációs diabetesre vonatkozó anamnézissel rendelkező, vagy 6,11 mmol/l éhomi vércukorszinttel rendelkező prediabeteses felnőttek esetében. (B) [43]

Az életmód tanácsadás és a metformin alkalmazás kombinálásakor figyelembe kell venni, hogy a megfelelően kivitelezett életmód intervenció hatásosabb, mint a (csak testsúlyra ható) metformin kezelés.

Ajánlás9

65 év feletti nőknek, illetve a 65 év alatti, menopauza utáni, fokozott osteoporosis hajlamú nőknek (akik saját vagy szülői anamnézisében előfordult combnyaktörés, vagy dohányoznak, vagy sok alkoholt fogyasztanak, vagy sóványak, vagy szteroid kezelésben részesülnek, vagy reumatoid artritiszük van) rendszeres DEXA szűrővizsgálaton kell résztvenni. (B) [54-60]

A csípőlapát vagy lumbális csigolyák DEXA vizsgálat helyettesíthető azzal azonos pontosságú alkar vagy sarok DEXA vizsgálattal, vagy kvantitatív ultrahang vizsgálattal.

A 65 évnél fiatalabb nők esetében a fokozott osteoporosis kockázat megállapítására kérdőívek- többek között a hazánkban is elterjedt FRAX tool – használhatók. (3. melléklet: FRAX-score - a törési kockázat felmérésére) Ha esetükben a FRAX alapján a törések 10 éven belüli kockázata meghaladja a kockázati tényezőktől mentes 65 éves nők kockázatát, a szűrés elvégzése mindenképpen indokolt.

A férfiak szűrését nem támogatják evidenciák.

A kiszűrt osteoporosis kezelése révén az elesésekhez kapcsolódó törések több módon is megelőzhetők (biszfoszfonátok, parathyroid hormon, raloxifen, ösztrogénpótlás, denosumab). A megfelelő gyógyszert egyénre szabottan kell kiválasztani mérlegelve a beteg igényeit, a lehetséges kockázatokat és a várható előnyöket.

Nincs evidencia arra vonatkozóan, hogy a D-vitamin és kalcium-pótlás, illetve az ezeket megalapozó D-vitamin hiány szűrés hatásos lenne az elesésekhez kapcsolódó törések megelőzése szempontjából. Viszont azoknak az intézetekben élő 65 év felettieknek a körében, akiknél fokozott az elesés kockázata, a rendszeres tornáztatás csökkenti az elesések gyakoriságát.

Ajánlás10

Valamennyi felnőttre vonatkozóan (beleértve a várandósokat, gyermekágyi időszakban lévő anyákat, akik szűrésével más irányelvek foglalkoznak) ajánlott a depresszió szűrése. (B) [61-63]

A Magyarországon elfogadott és standardizált rövidített (4 kérdésből álló) Reménytelenség kérdőívet (4. melléklet: Reménytelenség skála rövidített változat) és a rövidített (9 kérdésből álló) Beck-féle depresszió kérdőívet (5. melléklet: Beck-féle depresszió skála rövidített változat) kell kitöltetni a felnőttekkel. Törekedni kell rá, hogy a rövid kérdőívek kitöltése önállóan történjen, segítséget csak a páciens kérésére szabad nyújtani.

Ha a Reménytelenség score 0, akkor tekinthető a szűrővizsgálat negatívnak. Ha a Reménytelenség score 2-5, akkor a Beck score alapján kell értékelni a felnőtt állapotát. Enyhe és középsúlyos esetben (Beck score: 14-24), amennyiben öngyilkossági veszélyeztetés nem áll fenn (nincs öngyilkossági gondolat vagy nem volt öngyilkossági kísérlet), a háziorvos elkezdheti a beteg kezelését a számára engedélyezett antidepresszívumok alkalmazásával, és a kezelés folytatása mellett kell kérni a pszichiátriai szakvizsgálatot. Súlyos depresszió (Beck score: 25-36) vagy öngyilkossági veszélyeztetettség esetén (Reménytelenség score: 6-12) sürgősséggel pszichiátriai szakvizsgálatra kell küldeni a beteget.

Nem ismert a depresszió szűrésének optimális gyakorisága. A szűrést érdemes a kockázati státusz súlyosbodásakor (betegségek kialakulása, illetve az egészségi állapot súlyos romlása után, az élethelyzet romlása után) megismételni. Gyakoriságuk miatt elsősorban a kardio- és cerebrovaszkuláris, a malignus betegségek és a diabetes mellitus esetében ajánlott ez a megközelítés.

A kiszűrtek körében a háziorvos javítani tudja a gondozás eredményességét a dohányzás leszokás támogatással (Ajánlás3), a problémás alkoholfogyasztás minimál intervenciójával (Ajánlás4), a táplálkozási hibák korrekcióinak támogatásával, valamint a fizikai aktivitás rendezésének segítésével (Ajánlás18).

Ajánlás11

18 éves kor felettieknél az egészségkárosító drogfogyasztás szűrése ajánlott (az illegális drogokon túlmenően a felírt gyógyszerek abúzusáról is tájékozódni kell). A szűrővizsgálatok kérdésekkel történnek, nem laboratóriumi vizsgálatokkal. A szűrés előnyei akkor realizálhatóak, ha van lehetőség a kiszűrt esetek megfelelő kezelésére. (B) [64]

A rövid, 4 kérdésből álló NIDA (National Institute on Drug Abuse) Quick Screen – alkoholfogyasztási, dohányzási szokásokról, nem orvosilag indikált gyógyszerhasználatról, illetve illegális drogokról gyűjt adatokat az elmúlt egy évre vonatkozóan. (6. melléklet: NIDA gyorsteszt az egészségkárosító készítmények fogyasztásának szűrésére)

Ajánlás12

40-74 éves, nem fokozott kockázati csoportba tartozó nőknél (akiknek nem ismert kockázatnövelő genetikai mutációjuk, akiket fiatal korban nem ért mellkasi besugárzás) 2 évente szűrővizsgálatot kell végezni mammográfiával. (B) [65]

Az emlőrák szűrésére jelenleg a mammográfia az alkalmas módszer. A kétévenkénti szűrés az 50-74 éves korosztályban a leghatékonyabb. A 40-49 évesek körében is csökkenti az emlőrák miatti halálozás kockázatát, de ez a hatás lényegesen elmarad az 50-74 évesek halálozás csökkenésétől, ráadásul a fals pozitív szűrési eredmények miatti biopsziák gyakorisága is nagyobb ebben a korosztályban.

A vonatkozó hazai jogszabály jelenleg hazánkban a 45 és 65 év között népegészségügyi céllal kétévenként az emlő lágyrész röntgenvizsgálatán alapuló emlőszűrést (mammográfiát) írja elő. [9]

Ajánlás13

A méhnyakrák szűrése 21 és 65 év közti nők körében 3 évente ajánlott citológiai mintavétellel, vagy 5 évente nagy kockázatú humán papillomavírus (hrHPV) teszteléssel, vagy szintén 5 évente kombinált módszerrel (hrHPV teszt és citológia). (A) [66]

A vonatkozó hazai jogszabály jelenleg a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról a népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatok között szerepelteti a 25 és 65 év között népegészségügyi céllal egyszeri negatív eredményű szűrővizsgálatot követően háromévenként méhnyakszűrés, különös figyelemmel a méhnyakelváltozások sejtvizsgálatára (citológia), amely vizsgálatot nőgyógyász szakorvosok végzik.

HPV-szűrés nőgyógyászati vizsgálattal egyszerre történik, ehhez is a mintavételt leggyakrabban nőgyógyász végzi el. Pozitivitás és kóros citológiai lelet esetén lehetőség van további, a HPV fertőzéssel kapcsolatos, a HPV által beindított kóros sejttani folyamatok során termelődő fehérjék kimutatására, melyek jelenléte esetén szinte egyértelmű válasz adható a műtéti beavatkozás szükségességével kapcsolatos kérdésekre.

Ajánlás14

Az 50-75 éves korosztályba tartozóknak colorectális carcinoma szűrésen kell részt venni. (A) [67]

A szűrés célcsoportjába tartozik valamennyi, 50-75 éves, tünetmentes felnőtt, akiknek nincs többletkockázata colorectalis carcinomára, azaz anamnézisük negatív vastagbéldaganatra és adenomatosus polipra, nem szenvednek gyulladásos bélbetegségekben, és nincs colorectalis carcinoma szempontjából kockázat növelő genetikai eltérésük.

A fenti korcsoportban kétévente székletvér meghatározása két különböző időpontban vett székletmintából. Nem negatív vizsgálati eredmény esetén colonoscopia, szakmai megítélés szerint gasztroszkópiával kiegészítve javasolt.

A nemzetközi irodalom alapján elfogadott szűrési módszerek még az alábbiak:

- kombinált sDNS-FIT vizsgálat 1-3 évente,
- CT colonographia 5 évente,
- flexibilis sigmoidoscopia: 5 évente, vagy 10 évente széklet immunokémiai vizsgálat éves elvégzése esetén,
- colonoscopia 10 évente.

Ajánlás15
A 45-49 éves korosztályba tartozóknak is colorectális carcinoma szűrésen kell részt venni. (B) [67]

A szűrés célcsoportjába tartozik valamennyi, 45-49 éves, tünetmentes felnőtt, akiknek nincs többletkockázata colorectalis carcinomára, azaz anamnézisük negatív vastagbéldaganatra és adenomatosus polipra, nem szenvednek gyulladásos bélbetegségekben, és nincs colorectalis carcinoma szempontjából kockázat növelő genetikai eltérésük.

A fenti korcsoportban kétévente székletvér meghatározása két különböző időpontban vett székletmintából. Nem negatív vizsgálati eredmény esetén colonoscopia, szakmai megítélés szerint gasztroszkópiával kiegészítve javasolt.

A nemzetközi irodalom alapján elfogadott szűrési módszerek még az alábbiak:

- kombinált sDNS-FIT vizsgálat 1-3 évente,
- CT colonographia 5 évente,
- flexibilis sigmoidoscopia: 5 évente, vagy, 10 évente széklet immunokémiai vizsgálat éves elvégzése esetén,
- colonoscopia 10 évente.

Ajánlás16
Alacsony dózisú CT vizsgálat segítségével végzett évenkénti tüdőrák szűrés ajánlott azoknak az 50 és 80 év közti felnőtteknek, akik legalább 20 csomagév dohányzás anamnézissel rendelkeznek és jelenleg is dohányoznak, vagy 15 éven belül hagyták abba a dohányzást. A rendszeres szűrést nem kell folytatni, ha a dohányzásról való leszokás ideje meghaladja a 15 évet, vagy ha a felnőtt várható élettartamát jelentősen csökkentő betegség alakul ki, vagy ha a kiszűrt eset ellátását jelentő sebészeti beavatkozás a felnőtt általános állapota vagy együttműködési hajlandósága miatt nem adott. (B) [68-71]

Az 50-80 éves felnőttek dohányzási anamnézisét kell felvenni első lépésben. Ha ez meghaladja a 20 csomagévet, akkor a felnőttel egyeztetni kell a lehetőségekről. Ennek részeként kell arról tájékoztatni, hogy a kiszűrt betegek ellátásával javítani lehet a túlélést a nem szűrés során felfedezett tüdőrák prognózisához képest.

Abban az esetben, ha a felnőtt szeretne részt venni a szűrésen, akkor a megfelelő vizsgáló intézménybe kell utalni. Mindemellett a dohányzás leszokás támogatást is meg kell kapnia a felnőttnek.

Az alacsony dózisú CT az egyetlen hatékony szűrési eszköz. Más szűrési módszerek (mellkasröntgen, köpet citológia, biomarkerek) hatékonyságáról nem állnak rendelkezésre bizonyítékok.

Ajánlás17
Hasi aorta aneurizmák szűrését el kell végezni hasi duplex ultrahanggal egyszeri vizsgálatként tünetmentes, valaha rendszeresen dohányzó, 65-75 év közti férfiak körében. (B) [72, 73]

A fel nem ismert, magas letalitású rupturát eredményező hasi aorta aneurysma (HAA) szűrését követő elektív műtét csökkenti a halálozás kockázatát a betegek körében. A HAA legfontosabb rizikófaktora a férfi nem, a magas életkor és a dohányzás.

Azoknál a 65-75 év közötti férfiaknál, akik sohasem dohányoztak, valamint a 65-75 év közötti akár dohányzó, akár nem dohányzó nőknél nincs bizonyíték arra, hogy a szűrővizsgálat egészségnyereséget eredményez.

Az AAA szűrésének elsődleges módszere a hagyományos hasi duplex ultrahang vizsgálat.

A szűrővizsgálatot csak egy alkalommal ajánlott elvégezni, ismétlésére nincs szükség.

Javasolt a háziorvos licenc-képzés keretében a rendelői ultrahang vizsgálati licenc részévé tenni a szűrés módszertanának elsajátítását.

Ajánlás18

Alacsony dózisú sztatinkezelést kell biztosítani primer prevenciós célzattal a 40-75 év közti, szív-érrendszeri megbetegedéstől mentes (kórelőzményében nincs tünetekkel járó koszorúér-megbetegedés vagy ischaemiás stroke), de legalább egy kardiovaszkuláris kockázati tényezővel (dyslipidaemia, diabetes, hypertonia, dohányzás) és legalább 10%-os 10 évre számított kardiovaszkuláris megbetegedési kockázattal rendelkező felnőtteknek. (B) [74]

A kockázatbecslést a HeartScore Europe High Risk segítségével lehet elvégezni. (7. melléklet: Kockázatbecslő tábla (SCORE2)) A sztatinkezelés előnye függ attól, hogy milyen szinten számít CV-történésekre veszélyeztetettnek. Kisebb kockázatú betegeknél kevesebb várható haszna van a lipidcsökkentő terápiáknak. Mivel jelenlegi klinikai kalkulátorok inkább túlbecsülik a tényleges kockázatot, így a kezelést minden esetben ajánlott a beteggel megbeszélni és egyénre szabni.

Ajánlás19

A 35 évnél idősebb, emlőrák szempontjából nagy kockázatú betegeknek fel kell ajánlani a kockázatcsökkentő, megelőző jellegű farmakoterápiát (például tamoxifen, raloxifen, aromatáz-gátló kezelést). (B) [75-78]

A családi anamnézisben legalább két generációban ismert emlő-, gyomor-, pancreas-, prosta-és petefészek rák esetén javasolt a páciens onkológiai szakvizsgálatra irányítása.

Ajánlás20

Táplálkozásról és fizikai aktivitásról szóló életmód-tanácsadásban kell részesíteni azokat a felnőtteket, akiknek emelkedett a szív-érrendszeri kockázata. (B) [34,79-81]

Ez az ajánlás azokra vonatkozik, akik 18 évesek vagy idősebbek és az alábbiak közül legalább egyikben szenvednek:

- Hypertonia vagy emelkedett vérnyomás
- Dyslipidemia
- Metabolikus szindróma
- Becsült 10 éves kardiovaszkuláris (szívinfarktus, stroke) betegség-kockázat ≥ 7,5%

Ez az ajánlás nem vonatkozik azokra a felnőttekre, akiknek egyéb ismert és módosítható kardiovaszkuláris kockázati tényezői vannak (mint kóros vércukorszint, elhízás, dohányzás). Ezekre a helyzetekre más ajánlások vonatkoznak (Ajánlás3, 6, 7, 22).

A viselkedés megváltozását célzó beavatkozás általában az egészséges táplálkozással és a fizikai aktivitással kapcsolatos. Az egyéni vagy csoportos tanácsadás általában több találkozás során valósul meg, ami hosszabb időszakra kiterjedő együttműködést igényel. A beavatkozások általában átlagosan 12 kapcsolatfelvételt foglalnak magukban, 6-18 hónapon keresztül, összesen 6 óra kapcsolattartási idővel. A beavatkozások általában egy-egy intervenciós szakemberrel történnek, és motivációs interjút és viselkedésmódosítási technikákat foglalnak magukban, például célmeghatározást, problémamegoldást és önellenőrzést. Az alapellátásban dolgozó orvosok, valamint a speciálisan képzett szakemberek széles köre (pl. ápolók, dietetikusok, gyógytornászok) végezheti ezeket a beavatkozásokat.

Az általános táplálkozási tanácsadás magában foglalja a telített zsírok, a nátrium és az édességek/cukrok bevitelének ajánlott tartományba hozását/tartását (általában csökkentését), valamint a gyümölcsök, zöldségek, egészséges zsírsavak (pl. omega-3 zsírsavak), halak és teljes kiőrlésű gabonák fogyasztásának ajánlott tartományba hozását/tartását (általában növelését). A DASH és a mediterrán diéta, illetve a hazai viszonyokhoz adaptált OKOSTÁNYÉR valamint 60 éves kor felett az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet által kidolgozott „60+ Egészség” ajánlás követését kell javasolni. (108,109) A fizikai aktivitással kapcsolatban arra kell törekedni, hogy a programban résztvevő érje el a heti 90-180 perces közepes vagy erőteljes mozgást.

Az ilyen módon működtetett intervenció képes javítani a táplálkozási szokásokat és a fizikai aktivitást. Ennek következtében a résztvevők vérnyomása és BMI-je csökken, lipid profilja és glikémiás státusza javul.

Az egészséges táplálkozással és fizikai aktivitással kapcsolatos tanácsadás a kardiovaszkuláris betegségek kockázati tényezőitől mentes felnőttek körében kis mértékben képesek csökkenteni a betegségek kockázatát, de korlátozottak a bizonyítékok arra, hogy ezek a pozitív hatások tartósak. Ezért nincs kellő bizonyíték arra, hogy ezt a célpopulációt érdemes egészséges táplálkozással és fizikai aktivitással kapcsolatos tanácsadásban részesíteni. Egyéb szempontokat figyelembe véve kell egyénileg mérlegelni ebben a körben a tanácsadást.

Ajánlás21

A ≥65 éves, nem idősotthonban élők körében fel kell mérni az elesés kockázatát az elesések és azok következményeinek megelőzése érdekében, akik részére fel kell ajánlani preventív célú tornázást. (B) [82]
Fokozottan veszélyeztetett, akinek már volt elesése, vagy a mozgása korlátozott Timed Up and Go teszt alapján (12 másodpercnél hosszabb a feladat végrehajtása). (8. melléklet)

A fokozott kockázatú pácienseket a praxisközösség mozgásterápiás szakemberéhez kell irányítani, aki a beteg állapotának megfelelő gyógytornát javasol a páciensnek.

Ajánlás22

A 18-24-éves felnőttek számára az UV-sugárzás minimalizálását kell tanácsolni, ha magas kockázatú csoportba tartoznak, azaz világos bőrűek, kékszeműek, szőkék, szeplősek, hajlamosak leégésre, szoláriumhasználók, atípusos anyajegyük van, immunszupprimált állapotban vannak és saját vagy családi anamnézisük pozitív bőrdaganatra. (B) [83, 84]

Tanácsolni kell legalább 15-ös faktorú napozószerek használatát, a testet fedő ruházat viselését, árnyékban tartózkodást 10 és 14 óra között és a szoláriumok használatának a mellőzését.

Ajánlás23

A felnőttek testtömeg-indexét fel kell mérni. Elhízott felnőtteknél (BMI≥30) intenzív életmódbeli viselkedésváltozást célzó változásokat célzó intervenciót kell kezdeményezni. (B) [85-88]

A magyar felnőtt lakosság több mint kétharmada a túlsúlyos (BMI>25 kg/m^2), kb. ezek fele, tehát a populáció egyharmada elhízott. A BMI meghatározása egyszerű feladat és informatív a betegek számára is, a testtömeg változással együtt monitorozva jó indikátor. Fontos, hogy a háziorvosnak legyen információja a lakóhelyközeli testmozgási lehetőségekről, azok elérhetőségéről, esetleg áráról, ha vannak betegklubok, azokról is. A praxisközösségben ki lehetne alakítani egy testmozgatási protokollt, gyógytornász, esetleg testnevelő segítségével, klubfoglalkozások keretében, ahol az érintettek egymást is motiválhatnák, ahogyan erre már korábban voltak eredményes hazai kísérletek.

Ajánlás24

Az egyébként tünetmentes, ismert májbetegséggel nem rendelkező, 18-79 éves korosztályba tartozóknak hepatitisz C szűrésen kell részt venniük. (B)

A célpopuláció előszűrése javasolt a Magyar Gasztroenetrológiai Társaság hepatitis kérdőívével. (9. melléklet: Hepatitis C szűrőlap Hepatitis-C fertőzés szempontjából veszélyeztetettek szűrésére) Meghatározott pontszám esetén további vizsgálatok javasoltak.

A javasolt módszer anti-HCV ellenanyag teszt megerősítő PCR vizsgálattal. A szűrés kivitelezésekor tájékoztatni kell a résztvevőt a megfertőződés és a HCV infekció elkerülésének lehetőségéről, valamint a szűrés önkéntes jellegéről. A szűrés gyakorisága a felnőtt életmódjától, a megfertőződés kockázatától függ.

Ajánlás25

Ha felmerül az enyhe kognitív zavar, vagy demencia gyanúja egyébként egészséges, idősebb felnőtt esetében, akkor ajánlott egy rövid, strukturált, kognitív funkciókat felmérő teszt elvégzése. [I] [88]

A demencia szűrése vonatkozásában az USPSTF ajánlása szerint nincs elegendő bizonyíték az egyértelmű ajánlás megfogalmazásához. A jelen egészségügyi irányelv fejlesztő munkacsoportja véleménye azonban az, hogy a kérdés szakmai, társadalmi jelentőségénél fogva a szűrés szakértői vélemény alapján javasolt.

50 éves kor felett jelentkezhetnek olyan neurokognitív zavarok, melyek figyelmet igényelnek, mert követésük és időben történő felismerésük esetén a kórállapotok követése és életmódbeli változtatások javasoltak, és ezeknek a zavarok megjelenési valószínűsége az életkorral nő. Ezen neurokognitív zavarok közé tartozik az enyhe kognitív zavar, melynek amnesztikus formájának kb. 50%-a 5 éven belül a másik kór- állapotba, Alzheimer típusú demenciába transzformálódik. [89]

Ezért tehát az 55 év feletti lakosság szűrése javasolt mind enyhe kognitív zavar, mind demencia szempontjából. Tekintetbe véve a rendkívüli betegforgalmat és az egy páciensre jutó időt a praxisközösségekben, preferálandók azok a tesztek, melyek minimális kezelői idő igénybevételével megbízhatóan szűrik ki a kognitív hanyatlásban szenvedőket. A jelenleg javasolt tesztek (MMSE, órarajzolási teszt) kevésbé szenzitívek lehetnek az enyébb kognitív funkció csökkenésének megállapításához, vagy a kitöltetésükhöz képzett egészségügyi dolgozó közreműködése (egy ápoló vagy orvos) is szükséges (pl. Mini-Cog, KMT), akik eközben nem tudnak más munkát végezni, ez az alapellátás szintjén sokszor nem megoldható.

Ebből a célból egy olyan magyar nyelvű, önkitöltős tesztet ajánlunk, mely mind enyhe kognitív zavarra, mind enyhe demenciára validálva van. Ez a teszt a Test Your Memory, vagy röviden TYM. (10. melléklet: Teszteld a memóriád (TYM-HUN) teszt) A hazai validáló tanulmányok alapján enyhe kognitív zavarban 44/45-ös vágópontot alapul véve 80%-os szenzitivitással és 96%-os specificitással, míg enyhe demencia esetén 35/36-os vágópontot használva 94%-os szenzitivitással és specificitással képes jelezni az adott kórállapotok fennállását. [90]

Ezen igen optimális tulajdonságok mellett fontos azt is megjegyezni, hogy a teszt instrukciói, amelyek a standardizálás érdekében egységesek kellenek, hogy legyenek, és a teszt kiértékelésének elsajátítása, és maga a teszt kiértékelése csupán perceket vesz igénybe a kezelőszemélyzet részéről. Ezek a folyamatok a teszt kifejlesztője által készített videók segítségével könnyűszerrel megtanulhatók a teszt honlapjáról.

Ezen kiemelkedő értékek mellett az angol ajánlások közé már bekerült a teszt, így a NICE guideline azok esetében, akiknél felvetődik a lehetősége a kórfolyamatoknak, és egyelőre nem került specialista látókörébe, javasolja szűrésre a tesztet.

Ajánlás26

Az egyes preventív szolgáltatások célcsoportját minden évben meg kell határozni, a célcsoportokat a háziorvosi nyilvántartásban dokumentálni kell. A célcsoport tagjai esetében regisztrálni kell, hogy a felnőtt milyen preventív szolgáltatásokban részesült, azoknak mi lett az eredménye, illetve következménye. (SZ)

Az adott praxisközösséghez tartozó lakosság számára biztosítani kell a prevenciós szolgáltatásokhoz való egyenletes hozzáférést a szolgáltatások indokoltságának megfelelően. A szolgáltatás célcsoportját részben a páciensnél az állapotfelmérés során észlelt rizikóstátusz és sok esetben, különösen szűrések esetén a páciens életkora határozza meg. A praxiskoordinátorok a praxisközösségben dolgozó háziorvosokkal közösen a háziorvosi nyilvántartások alapján évről-évre felülvizsgálják, hogy kik azok a páciensek, akik egy-egy prevenciós szolgáltatás indikációs körébe bekerültek ezáltal meghatározzák a célcsoportot. Ezt rögzítik a praxisközösségi nyilvántartásban. A célcsoporton elvégzett prevenciós szolgáltatásokat és azok eredményeit is rögzítik. Ennek a nyilvántartásnak a felülvizsgálata és összevetése a célcsoporttal biztosítja, hogy a páciensek egyenlő eséllyel vegyék igénybe a szolgáltatásokat.

Ajánlás27

A prevenciós rendelésen megjelent páciens előző vizsgálati leleteit át kell tekinteni, további vizsgálatok indikálásához figyelembe kell venni az előzőek eredményeit. Meg kell óvni a felesleges vizsgálatokkal járó veszélyektől. (SZ)

A feleslegesen ismételt vizsgálatok terhet jelentenek a páciensek és az egészségügyi ellátórendszer számára is. Ennek az elkerülése fontos szempont éppen ezért a páciens kórelőzményét, vizsgálati leleteit minden prevenciós rendelésen át kell tekinteni a fölösleges ismétlődések elkerülése érdekében. Adott esetben szükség lehet bizonyos vizsgálatok megismétlésére, de ezek csak alapos klinikai indikációk alapján történjenek. Ebben a munkában az EESZT megfelelő jogosultsággal való használata segítséget jelent.

Ajánlás28

A praxisközösség háziorvosai által felügyelt prevenciós rendelésen a feladatokat a szakképzés során megszerzett kompetenciák alapján szakorvosoknak, vagy a képzési és kimeneti követelmények alapján felsőfokú végzettséggel rendelkező nem orvos egészségügyi szakembereknek kell ellátniuk. (Sz)

A háziorvosi alapgyakorlat során megszerzett kompetenciákra támaszkodva a szakvizsgázott háziorvosok és az 1. részvizsgát teljesítő háziorvosi rezidensek, valamint a Megelőző orvostan és népegészségtan szakképzés Megelőző orvoslás és prevenció részvizsgájának megszerzésével tanúsított kompetenciákra támaszkodva megelőző orvostan és népegészségtan szakorvosok és ezt a részvizsgát teljesítő rezidensek láthatják el ezeket a feladatokat. Mindazon szakorvosok is el tudják látni az Ajánlás1-27 szerinti feladatokat, akik rendelkeznek a háziorvosi alapgyakorlat prevencióra vonatkozó kompetenciáihoz vagy a „Megelőző orvoslás és prevenció” részvizsgához igazodó licensszel. [104, 105]

Az ápolás és betegellátás, illetve az egészségügyi gondozás és prevenció alapképzési szakok, valamint a kiterjesztett hatáskörű ápoló, egészségpszichológia, fizioterápia, komplex rehabilitáció, népegészségügyi, táplálkozástudományi mesterképzési szakok egyes (a képzési és kimeneti követelményeikben meghatározott) preventív szolgáltatásokkal kapcsolatban megfelelő kompetenciákat biztosítanak. Az ilyen képesítéssel rendelkező szakembereknek delelgálhat preventív szolgáltatásokkal kapcsolatos Ajánlás3-26 szerinti feladatokat a prevenciós rendelést felügyelő háziorvos. [106]

Az ajánlásokban megfogalmazott tevékenységek összefoglalását a 4. táblázat tartalmazza.

4. táblázat Tevékenységek összefoglalása

Tevékenység	**Célcsoport**		**Szűrési módszer**	**Intervenció**
	életkor	**egyéb**		
Influenza védőoltás	**>60 év**	**vagy** **- krónikus légzőszervi betegségben szenvedők, asztmás betegek;** **- súlyos elhízás vagy neuromusculáris betegség miatt korlátozott légzési funkciójú betegek;** **- szív-, érrendszeri betegségben szenvedők (kivéve a kezelt magasvérnyomás betegséget);** **- veleszületett vagy betegség/kezelés révén szerzett immunhiányos állapotban szenvedő betegek (beleértve a HIV-pozitív személyeket, daganatos betegségben szenvedőket is);**		**Évenkénti védőoltás**

		- krónikus máj- és vesebetegek; **- anyagcsere-betegségben szenvedők (pl. diabetes);** **- ápolást, gondozást nyújtó, rehabilitációs, átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben, lakóotthonokban, vagy egészségügyi intézményekben huzamosabb ideig ápolt személyek;** **- várandós nők;** **- azok a nők, akik a gyermekvállalást az influenza szezonális időszakára tervezik;** **- egészségügyi dolgozók;** **- ápolást, gondozást nyújtó egészségügyi/szociális intézmények dolgozói.**		
Pneumococcus ellenes védőoltás	**>50 év**	**vagy tüdő-, szív-, vese-, máj- és cukorbetegeknek; immunszupprimáltaknak; dohányosoknak;** **belsőfül műtéten átesetteknek; koponyasérülteknek és léphiányosoknak.**		**Védőoltás:** **- conjugált oltás+6-12 hónap múlva polysacharid oltás** **- 5 év múlva polysacharid oltással emlékezető oltás**
Dohányzás	**>18 év**		**Anamnézis**	**Dohányzóknál minimál intervenció.**
Alkohol	**>18 év**		**AUDIT kérdőív**	**Túlzott alkoholfogyasztás esetén felvilágosítás.**
Hypertonia	**>18 év**		**Rendelői vérnyomásmér és standardizált körülmények között**	**Ismételt mérésekkel megerősítés és/vagy ABPM, HBPM**
Diabetes	**35-70 év**	**Túlsúlyos: 25<BMI<30** **Elhízott: BMI >30**	**FINDRISK+12 pont felett OGTT**	**Életmódváltás, kezelés elkezdése**
Prediabetes				**Életmódtanácsadás**
Osteoporosis	**65 év feletti**	**65 év alatti nők, ha** **- saját vagy szülői**	**FRAX score**	**Magas törési kockázat esetén**

	nők	**anamnézisében előfordul combnyaktörés, vagy** **- dohányoznak, vagy** **- sok alkoholt fogyasztanak, vagy** **- soványak, vagy** **- szteroid kezelésben részesültek**		**DEXA elvégézése.**
Depresszió	**>18 év**		**Beck depresszió kérdőív**	**Antidepresszáns elkezdése, pszichiátriára irányítás elektíven vagy sürgősséggel.**
Drogfogyasztás	**>18 év**		**Anamnézis, tesztek pl. NIDA**	**Felvilágosítás, szükség esetén addiktológia**
Mammográfia	**45-65 év közötti nők**		**Mammográfia 2 évente**	
Méhnyakrák szűrés	**25-65 év közötti nők**		**3 évente citológia**	
Colorectalis rák	**50-75 év**		**2 évente székletvér kimutatása**	
Tüdőrák	**50-80év**	**+ legalább 20 csomagév dohányzás anamnézissel rendelkeznek és jelenleg is dohányoznak,** **vagy 15 éven belül hagyták abba a dohányzást.**	**Alacsony dózisú CT**	**2 évente** **vagy dohányzás abbahagyása esetén egyszer**
Hasi aneurizma	**65-75 év**	**+ dohányzás az anamnézisben**	**Hasi ultrahang**	
Statin adása	**45-75 év**	**kardiovaszkuláris betegségtől mentes+** **legalább egy CV rizikófaktor**	**SCORE 10% feletti**	
Emlőrák prevenció	**>35 év**	**a családi anamnézisben legalább két generációban ismert emlő-, gyomor-, pancreas-, prostata- és petefészek rák.**		**Onkológiai gondozóba irányítandó**
Életmódtanács-	**>18 év**		**SCORE > 7,5%**	**Táplálkozási és**

adás szívérrendszeri betegségre veszélyeztetett populációban				**fizikai aktivitásról tájékoztatás**
Elesés prevenció	**>65 év**	**nem szociális intézményben lakó**	**- Anamnézis** **- Timed to Go teszt**	**Gyógytorna**
Bőrrák prevenció	**18-24 év**	**+ világos bőrűek, kékszeműek, szőkék, szeplősek, hajlamosak leégésre, szoláriumhasználók, atípusos anyajegyük van, immunszupprimált állapotban vannak és saját vagy családi anamnézisük pozitív bőrdaganatra**	**Felvilágosítás az UV sugárzás ártalmairól**	
Elhízás szűrése	**>18 év**		**Testsúly mérése**	**>30 BMI esetén intenzív életmódváltást célzó intervenció**
Hepatitis szűrés	**>18 év**		**Hepatitis kérdőív**	**Pozitív esetben kivizsgálás**
Demencia szűrés	**>50 év**		**Test your memory kérdőív**	**Pozitív esetben kivizsgálás**

(Saját szerkesztés)

Ellátási folyamat algoritmusa (ábrák)

A tevékenységek életkor szerinti összegzése

	Életkor (év)													
Beavatkozás	**18**	**20**	**25**	**30**	**35**	**40**	**45**	**50**	**55**	**60**	**65**	**70**	**75**	**80**
Influenza oltás1										x	x	x	x	x
Pneumoccocus								x	x	x	x	x	x	x
Dohányzás	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Alkohol	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hypertonia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Diabetes3					x	x	x	x	x	x	x	x		
Osteoporózis4											x	x	x	x
Depresszió	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Drogfogyasztás	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Mammográfia							x	x	x	x	x	x	x	
Méhnyakrák szűrés			x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Colorectális rák								x	x	x	x	x	x	
Tüdőrák szűrés5								x	x	x	x	x	x	x
Hasi aneurizma6											x	x	x	
Statin7							x	x	x	x	x	x	x	
Emlőrák prevenció8					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Életmódtanácsadás	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Eleséprevenció9											x	x	x	x
Bőrrák prevenció10	x	x	x											
Elhízás szűrése	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hepatitis szűrés	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Demencia szűrés								x	x	x	x	x	x	x

(Saját szerkesztés)

Az összegzés megjegyzései:

1/ vagy

- krónikus légzőszervi betegségben szenvedők, asztmás betegek;
- súlyos elhízás vagy neuromusculáris betegség miatt korlátozott légzési funkciójú betegek;
- szív-, érrendszeri betegségben szenvedők (kivéve a kezelt magasvérnyomás betegséget);
- veleszületett vagy betegség/kezelés révén szerzett immunhiányos állapotban szenvedő betegek (beleértve a HIV-pozitív személyeket, daganatos betegségben szenvedőket is);
- krónikus máj- és vesebetegek;
- anyagcsere-betegségben szenvedők (pl. diabetes);
- ápolást, gondozást nyújtó, rehabilitációs, átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben, lakóotthonokban, vagy egészségügyi intézményekben huzamosabb ideig ápolt személyek;
- várandós nők;
- azok a nők, akik a gyermekvállalást az influenza szezonális időszakára tervezik;
- egészségügyi dolgozók.

2/ vagy tüdő-, szív-, vese-, máj- és cukorbetegeknek; immunszupprimáltaknak; dohányosoknak; belsőfül műtéten átesetteknek; koponyasérülteknek és léphiányosoknak;

3/ túlsúlyos: 25<BMI<30; elhízott: BMI >30

4/ 65 év alatti nők, ha a saját vagy szülői anamnézisében előfordul combnyaktörés, vagy dohányoznak, vagy sok alkoholt fogyasztanak, vagy soványak, vagy szteroid kezelésben részesültek;

5/ + legalább 20 csomagév dohányzás anamnézissel rendelkeznek és jelenleg is dohányoznak, vagy 15 éven belül hagyták abba a dohányzást;

6 / + dohányzás az anamnézisben;

7/ kardiovaszkuláris betegségtől mentes+legalább egy CV rizikófaktor;

8/ A családi anamnézisben legalább két generációban ismert emlő-, gyomor-, pancreas-, prosta-és petefészek rák;

9/ nem szociális intézményben lakó;

10/ + világos bőrűek, kékszeműek, szőkék, szeplősök, hajlamosak leégésre, szoláriumhasználók, atípusos anyajegyük van, immunszupprimált állapotban vannak és saját vagy családi anamnézisük pozitív bőrdaganatra.

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

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

A preventív ellátásokat végző háziorvosok rendelkeznek az ajánlások megvalósításához szükséges szakvizsgával. Nincs olyan tevékenység, amely további kompetenciák megszerzését (licenc, szakvizsga) igényelné. Az elvégzett szűrések eredményétől függően a beutalási rend szabályozott, az ajánlást alkalmazók számára elérhetőek. Tekintettel arra, hogy a prevenciós rendelésekhez szükséges kapacitásokkal a háziorvosok sok esetben nem rendelkeznek, a prevenciós rendelésen támaszkodni kell a megelőző orvostan és népegészségtan szakvizsga, vagy az ápolás és betegellátás, illetve az egészségügyi gondozás és prevenció alapképzési szakok, továbbá a kiterjesztett hatáskörű ápoló, egészségpszichológia, fizioterápia, komplex rehabilitáció, népegészségügyi és táplálkozástudományi mesterképzési szakok által biztosított kompetenciákra.

A védőnők, akik a méhnyakrákszűréshez szükséges képzésben részesültek, elvégezhetik a mintavételt, ezért a praxisközösségek javíthatják a szűrővizsgálathoz való hozzáférést, az azon történő részvételt megfelelően felkészült védőnő bevonásával. A mintavétel nem minősül teljes szűrővizsgálatnak.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)
Az egészségügyí szakmai irányelvet végrehajtó felnőtt háziorvosi praxisok rendelkeznek azokkal a tárgyi minimumfeltételekkel, amellyel az ajánlásban szereplő tevékenységeket el tudják látni. A páciensek állapotfelmérésekor végzett tesztek fogyószeköz-igényét biztosítani kell a praxisok számára. Ideálisnak tekintjük a tesztek beépítését a háziorvosi medikai szoftvereibe.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai
Az 2019-es Európai Uniós egészségfelmérés szerint a magyarok 98%-a gondolja úgy, hogy tud tenni az egészségéért: döntő többségük szerint nagyon sok (26%), illetve sok (58%) múlik rajtunk, 14%-uk azonban kevésbé tűnik bizakodónak, hiszen úgy vélik, keveset, 2,2%-uk szerint pedig semmit sem tudunk tenni egészségünk érdekében. A vizsgálat az egészségtudatosságot az egészséges táplálkozás a rendszeres testmozgás és az egészségkárosító életmód szemszögéből vizsgálta. A lakosság kb. 50%-a fogyaszt napi rendszereséggel zöldséget-gyümölcsöt, leginkább az idősebb korosztály. A lakosság 43%-a tölt legalább hetente egyszer minimum tíz percet folyamatos mozgással, sportolással. A férfiak nagyobb része végez legalább hetente ilyen jellegű testmozgást (45%), mint a nők (40%). Az életkor emelkedésével fokozatosan csökken a rendszeresen sportolók aránya: míg a 15–17 évesek 79, a 65 évesek és annál idősebbek 26%-a legalább hetente egyszer sportol. Ugyanakkor az ideális mozgásmennyiség heti 5*30 perc. [103]

A felmérés alapján elmondható, hogy van igény a lakosság részéről az egészségi állapot felmérésére és az egészséges életmód megismerésére.

1.4. Egyéb feltételek
Az ajánlások megvalósításának feltétele a rendelési időtől elkülönített prevenciós rendelés bevezetése az adott praxisban. A megvalósítás minőségét javítja a praxisközösségekbe szerveződött háziorvosi praxisok, amely lehetővé teszi a prevenciós tevékenységet elősegítő többletszolgáltatások bevezetését.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok
Nem készültek.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok
1. melléklet: AUDIT kérdőív az alkohodependencia szűrésére
2. melléklet: FINDRISK kérdőív a diabetes mellitus szempontjából veszélyeztetettek szűrésére
3. melléklet: FRAX score a törési kockázat felmérésére
4. melléklet: Reménytelenség skála rövidített változata
5. melléklet: Beck-féle depresszió skála rövidített változata
6. melléklet: NIDA (National Institute of Drug Abuse) gyorsteszt az egészségkárosító készítmények fogyasztásának szűrésére
7. melléklet: Kockázatbecslő tábla (SCORE2)
8. melléklet: Timed Up and Go Teszt
9. melléklet: Hepatitis C szűrőlap Hepatitis-C fertőzés szempontjából veszélyeztetettek szűrésére
10. melléklet: Teszteld a memóriád (TYM-HUN) teszt

2.3. Táblázatok
1. táblázat: A preventív szolgáltatásokkal kapcsolatos rendeletben felsorolt beavatkozások igénybevételi gyakorisága felnőttek esetében (a megfelelő célcsoportokban)
2. táblázat: A Svájci Hozzájárulás Alapellátási-fejlesztési Modellprogramjának praxisközösségeiben alkalmazott többletszolgáltatások hatékonysága
3. táblázat: Az elsődleges gyógyszerfogyasztási adherencia (felírt receptek kiváltási gyakorisága) a Svájci Hozzájárulás Alapellátás-fejlesztési Modellprogramjának praxisközösségeiben.
4. táblázat: Tevékenységek összefoglalása

2.4. Algoritmusok (olyan további folyamatábrák, amelyek a fő folyamaton túli alfolyamatokat írnak le)
- A tevékenységek életkor szerinti összegzése

2.5. Egyéb dokumentumok (a fenti kategóriákba nem sorolható dokumentum).
Nem készültek.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Ajánlás5
Minden 18 év feletti, ismert hipertóniával nem rendelkező felnőttnek rendszeres hypertonia szűrésen kell részt venni. (A) [37-40]

vonatkozásában megfogalmazott Indikátor
A háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett 18 év feletti, ismert hypertoniával nem rendelkező biztosítottak közül azok százalékos aránya, akik vérnyomásmérésen vettek részt a háziorvosuknál.

Indikátor leírása

- Indikátor neve (kódja): hypertonia szűrés (RR%).
- Célcsoport: a háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett 18 év feletti, ismert hypertoniával nem rendelkező biztosítottak.
- Indikátor jelentése: a háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett 18 év feletti, ismert hypertoniával nem rendelkező biztosítottaknál történő vérnyomásmérés aránya.
- Az indikátor magyarázata: a 18 év feletti, ismert hypertoniával nem rendelkező népesség körében a magas vérnyomás kiszűrése.
- Számláló: a praxishoz tartozó 18 év feletti, ismert hypertoniával nem rendelkező biztosítottak száma, akiknek a vérnyomását a háziorvos megmérte (RR).
- Nevező: az összes 18 év feletti, ismert hypertoniával nem rendelkező biztosított száma tárgyhóban ($BB_{18\text{-ismert hypertoniával nem rendelkezők}}$).
- Mérés egysége: %
- Az indikátor kiszámítási módja: $RR\%=(RR/BB_{18\text{ ismert hypertoniával nem rendelkezők}})* 100$
- Adatforrás: elektronikus betegdokumentáció, háziorvosi jelentés.

Cél, célérték: az indikátor magas értéke pozitív eredménynek tekinthető

Ajánlás10
Valamennyi felnőttre vonatkozóan (beleértve a várandósokat, gyermekágyi időszakban lévő anyákat, akik szűrésével más irányelvek foglalkoznak) ajánlott a depresszió szűrése (B) [61-63]

vonatkozásában megfogalmazott Indikátor
A háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett 18 év feletti biztosítottak közül (beleértve a várandósokat, illetve a gyermekágyi időszakban lévő anyákat) azok százalékos aránya, akiket a háziorvosuk depresszió szűrésben részesített.

Indikátor leírása

- Indikátor neve (kódja): depressziószűrés (DEPSZ%)
- Célcsoport: a háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett 18 év feletti biztosítottak (beleértve a várandósokat és a gyermekágyi időszakban lévő anyákat)
- Indikátor jelentése: a háziorvosi szolgáltatóhoz tartozó 18 év feletti biztosítottak szűrése depresszió szempontjából
- Az indikátor magyarázata: a 18 év feletti lakosságban azonosítani a depresszióval érintetteket
- Számláló: a praxishoz tartozó 18 év feletti biztosítottak száma, akiket a háziorvosuk szűrt depresszió szempontjából (DESZP)
- Nevező: az összes 18 év feletti biztosított száma ($BB_{>18}$)
- Mérés egysége: %

- Az indikátor kiszámítási módja: DESZP%=(DEPSZ/ $BB_{>18}$)* 100
- Adatforrás: elektronikus betegdokumentáció, háziorvosi jelentés

Cél, célérték: az indikátor magas értéke pozitív eredménynek tekinthető

Ajánlás14
Az 50-75 éves korosztályba tartozóknak colorectális carcinoma szűrésen kell részt venni. (A) [67]

vonatkozásában megfogalmazott Indikátor
A háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett 50-75 év közötti (colorectalis carcinoma, adenomatosus polip, gyulladásos bélbetegségek szempontjából negatív anamnézisű, és colorectalis carcinoma-ra hajlamosító genetikai eltérés nélküli) biztosítottak közül azok százalékos aránya, akiket a háziorvosuk colorectalis carcinoma szűrésre küldött.

Indikátor leírása

- Indikátor neve (kódja): vastagbélrák szűrés 50-75 évesek (old) körében (COLON-O%)
- Célcsoport: a háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett 45-75 év közötti (colorectalis carcinoma, adenomatosus polip, gyulladásos bélbetegségek szempontjából negatív anamnézisű, és colorectalis carcinoma-ra hajlamosító genetikai eltérés nélküli) biztosítottak
- Indikátor jelentése: a háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett 45-75 év közötti (colorectalis carcinoma, adenomatosus polip, gyulladásos bélbetegségek szempontjából negatív anamnézisű, és colorectalis carcinoma-ra hajlamosító genetikai eltérés nélküli) biztosítottak körében colorectalis carcinoma szűrése
- Az indikátor magyarázata: háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett 45-75 év közötti (colorectalis carcinoma, adenomatosus polip, gyulladásos bélbetegségek szempontjából negatív anamnézisű és colorectalis carcinoma-ra hajlamosító genetikai eltérés nélküli) biztosítottak körében colorectalis carcinoma szűrése
- Számláló: a praxishoz tartozó 45-75 év közötti (colorectalis carcinoma, adenomatosus polip, gyulladásos bélbetegségek szempontjából negatív anamnézisű, és colorectalis carcinoma-ra hajlamosító genetikai eltérés nélküli) biztosítottak, akiket a háziorvosuk colorectalis carcinoma szűrésre küldött (COLON)
- Nevező: a háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett 45-75 év közötti (colorectalis carcinoma, adenomatosus polip, gyulladásos bélbetegségek szempontjából negatív anamnézisű, és colorectalis carcinoma-ra hajlamosító genetikai eltérés nélküli) biztosítottak (BB_{45-75})
- Mérés egysége: %
- Az indikátor kiszámítási módja: COLON-O%=(COLON-O/ BB_{45-75}) * 100
- Adatforrás: elektronikus betegdokumentáció, háziorvosi jelentés

Cél, célérték: az indikátor magas értéke pozitív eredménynek tekinthető

Ajánlás18
Alacsony dózisú sztatinkezelést kell biztosítani primer prevenciós célzattal a 40-75 év közti, szív-érrendszeri megbetegedéstől mentes (kórelőzményében nincs tünetekkel járó koszorúér-megbetegedés vagy ischaemiás stroke), de legalább egy kardiovaszkuláris kockázati tényezővel (dyslipidaemia, diabetes, hypertonia, dohányzás) és legalább 10%-os 10 évre számított kardiovaszkuláris megbetegedési kockázattal rendelkező felnőtteknek. (B) [74]

vonatkozásában megfogalmazott Indikátor
A háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett 40-75 év közötti, szív-érrendszeri megbetegedéstől mentes, de legalább egy kardiovaszkuláris kockázati tényezővel (dyslipidaemia, diabetes, hypertonia, dohányzás), és legalább 10%-os 10 évre számított kardiovaszkuláris megbetegedési kockázattal rendelkező biztosítottak közül azok százalékos aránya, akiket a háziorvosuk alacsony dózisú sztatin kezelésben részesített.

Indikátor leírása

- Indikátor neve (kódja): alacsony dózisú sztatin kezelés (SZTATIN%)
- Célcsoport: a háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett szív-érrendszeri megbetegedéstől mentes 40-75 év közötti, legalább 10%-os 10 évre számított kardiovaszkuláris megbetegedési kockázattal rendelkező

biztosítottak közül azok, akik az alábbi kardiovaszkuláris kockázati tényezők közül legalább eggyel rendelkeznek:
  - dyslipidaemia
  - diabetes
  - hypertonia
  - dohányzás
- Indikátor jelentése: a háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett 40-75 év közötti, szív-érrendszeri megbetegedéstől mentes, de legalább egy kardiovaszkuláris kockázati tényezővel (dyslipidaemia, diabetes, hypertonia, dohányzás), és legalább 10%-os 10 évre számított kardiovaszkuláris megbetegedési kockázattal rendelkező biztosítottak körében történő alacsony dózisú sztatin kezelés
- Az indikátor magyarázata: a háziorvosi szolgáltatóhoz bejelentkezett 40-75 év közötti, szív-érrendszeri megbetegedéstől mentes, de legalább egy kardiovaszkuláris kockázati tényezővel (dyslipidaemia, diabetes, hypertonia, dohányzás), és legalább 10%-os 10 évre számított kardiovaszkuláris megbetegedési kockázattal rendelkező biztosítottak körében történő alacsony dózisú sztatin kezelés kardiovaszkuláris prevenció céljából
- Számláló: a praxishoz tartozó 40-75 év közötti, szív-érrendszeri megbetegedéstől mentes, de legalább egy kardiovaszkuláris kockázati tényezővel (dyslipidaemia, diabetes, hypertonia, dohányzás), és legalább 10%-os 10 évre számított kardiovaszkuláris megbetegedési kockázattal rendelkező biztosítottak közül azok, akiket a háziorvosuk alacsony dózisú sztatin kezelésben részesített (SZTATIN)
- Nevező: az összes 40-75 év közötti, szív-érrendszeri megbetegedéstől mentes, de legalább egy kardiovaszkuláris kockázati tényezővel (dyslipidaemia, diabetes, hypertonia, dohányzás), és legalább 10%-os 10 évre számított kardiovaszkuláris megbetegedési kockázattal rendelkező biztosított ($BB_{40\text{-}75CVDrisk}$)
- Mérés egysége: %
- Az indikátor kiszámítási módja: SZTATIN%=(SZTATIN/ $BB_{40\text{-}75CVDrisk}$) * 100
- Adatforrás: elektronikus betegdokumentáció, háziorvosi jelentés

Cél, célérték: az indikátor magas értéke pozitív eredménynek tekinthető

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Jelen egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata lehet tervezett, illetve soron kívüli. A felülvizsgálatot meghatározó tényező az adaptált nemzetközi irányelv aktualizálása. Az aktuális egészségügyi szakmai irányelv kidolgozásában részt vevő, fejlesztő munkacsoport tagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a hazai ellátókörnyezetben bekövetkező változásokat. A tudományos bizonyítékokban, valamint az ellátókörnyezetben bekövetkező jelentős változás esetén a fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt a hivatalos változtatás kezdeményezéséről és annak mértékéről. Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálatának kezdeményezéséért az Egészségügyi Szakmai Kollégium Háziorvostan Tagozata és a Megelőző orvostan és népegészségügy, kórház higiénia Tagozat felelős.

IX. IRODALOM

[1.]Recommendations for Primary Care Practice. U.S. Preventive Services Task Force. 2022. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations (Utolsó felkeresés 2022. 12. 04.)
[2.]Salmi LR, Barsanti S, Bourgueil Y, et al. AIR Research Group: Interventions addressing health inequalities in European regions: the AIR project. Health Promotion International, 2015 DOI: 10.1093/heapro/dav101
[3.]Daponte A, Bernal M, Bolívar J, et al. AIR Research Group: Criteria for implementing interventions to reduce health inequalities in primary care settings in European regions. European Journal of Public Health, 2014; 24: 980-90
[4.]Daltona ARH, Bottlea A, Okoroa C, et al. Implementation of the NHS Health Checks programme: baseline assessment of risk factor recording in an urban culturally diverse setting. Fam Pract 2011; 28: 34–40.

[5.] Sándor J, Tokaji I, Harsha N, Papp M, Ádány R, Czifra Á: Organized and opportunistic prevention in primary health care: estimation of missed opportunities by population based health interview surveys in Hungary. BMC Family Practice 2020; 21:120

[6.]Sándor János: Életkorhoz kötött ellenőrző és szűrővizsgálatok az alapellátásban felnőttek körében. In: Ádány R, Papp M. Prevenciós szolgáltatások az alapellátásban, Debrecen, Debreceni Egyetem, 2017. 117-146.

[7.]Harsha N, Papp M, Kőrösi L, et al. Enhancing primary adherence to prescribed medications by an organized health status assessment-based extension of primary health care services. Int. J. Environ. Res. Public Health 219; 16(20):3797

[8.]Harsha N, Papp M, Kőrösi L, Czifra Á, Ádány R, Sándor J: Determinants of Primary Nonadherence to Medications Prescribed by General Practitioners among Adults in Hungary: Cross-Sectional Evaluation of Health Insurance Data. Frontiers in Pharmacology 2019

[9.]51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700051.nm (Utolsó felkeresés 2022.12.22.)

[10.] Wonderling D, McDermott C, Buxton M, Kinmonth AL, Pyke S, Thompson S, Wood D: Costs and cost effectiveness of cardiovascular screening and intervention: the British family heart study. BMJ 312:1269-73, 1996.; Field K, Thorogood M, Silagy C, Normand C, O'Neill C, Muir J: Strategies for reducing coronary risk factors in primary care: which is most cost effective? BMJ 310: 1109-1112, 1995.

[11.] Móczár Cs, Rurik I. Comparison of cardiovascular risk screening methods and mortality data among Hungarian primary care population: Preliminary results of the first government-financed Managed Care Program. Zdrav Var (Slov J Public Health) 2015; 54(3):154-160.

[12.] Ádány R, Boncz I, Dózsa Cs és mtsai. Az egészség-monitor rendszer fejlesztésének szükségessége és lehetősége Magyarországon. Népegészségügy 2009;87: 284-290

[13.] Sándor János: A morbiditás monitorozásának lehetőségei. In: Megelőző Orvostan és Népegészségtan; 81-90, Ed: Ádány Róza; Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2012.

[14.] Pálinkás A, Kovács N, Sipos V, és mtsai. Az indikátor alapú teljesítmény-értékelésen alapuló forráselosztás hatékonysága Magyarországon a felnőtteket ellátó háziorvosi praxisokban. Orvosi Hetilap. 2019; 160 (39), 1542-1553

[15.] Kovács N, Pálinkás A, Sipos V, et al. Factors associated with practice-level performance indicators in primary health care in Hungary: a nationwide cross-sectional study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019; 16 (17), 1-15

[16.] Kovács N, Varga O, Nagy A, et al. The impact of general practitioners' gender on process indicators in Hungarian primary healthcare: a nation-wide cross-sectional study. BMJ Open. 2019; 9 (9), 1-9,

[17.] Kolozsvári LR, Rurik I. A háziorvosok teljesítményének minőségi értékelése. Mi a probléma a háziorvosi indikátorokkal? Orv Hetil. 2016 Feb;157(9):328-35.

[18.] Sándor J, Pálinkás A, Vincze F, et al.: Healthcare Utilization and All-Cause Premature Mortality in Hungarian Segregated Roma Settlements: Evaluation of Specific Indicators in a Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2018

[19.] Sándor J, Vincze F, Jenei T, és mtsai. Szegregátumokban élők egészségügyi ellátása. 404-433; in.: Társadalmi Riport 2020; szerk.: Kolosi Tamás, Szelényi Iván, Tóth István György; Budapest, 2020

[20.] Ádány Róza, Papp Magor: Prevenciós szolgáltatások az alapellátásban. Debreceni Egyetem, Debrecen 2017

[21.] Papp Magor: Egészség elvitelre, Semmelweis Kiadó, 2021, https://semmelweis.hu/egeszsegfejlesztes/elvitelre/

[22.] 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet a praxisközösségekről

[23.] A Nemzeti Népegészségügyi Központ módszertani levele a 2022. évi védőoltásokról https://www.antsz.hu/felso_menu/temaink/jarvany/modszertani_levelek (Utolsó elérés: 2022.12.22.)

[24.] Harris M. The role of primary health care in preventing the onset of chronic disease, with a particular focus on the lifestyle risk factors of obesity, tobacco and alcohol. Commissioned paper for National Preventative Health Taskforce, 2009

[25.] Fan T, Lee G: Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons, Am. Fam. Physician. 2021; 103:753–754. https://doi.org/10.1001/jama.2020.25019.

[26.] Krist AH, Davidson KW, Mangione CV, et al.: Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, Jama. 2021; 325: 265–279. https://doi.org/10.1001/jama.2020.25019.

[27.] Owens DK, Davidson KW, Krist AH, et al.: Primary Care Interventions for Prevention and Cessation of Tobacco Use in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, JAMA 2020;323:1590–1598. https://doi.org/10.1001/jama.2020.4679.

[28.] Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings, Public Health Intervention Guidance no.1, NHS, March 2006

[29.] Anthenelli, Robert M et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial The Lancet , 2016; 387 (10037): 2507 – 2520.

[30.] West R, Raw M, McNeill A, et al.: Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. Addiction. 2015;110(9):1388-403.

[31.] West R, Zatonski W, Cedzynska M, et al. Placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation. The New England Journal of Medicine. 2011;365(13):1193-1200. DOI: 10.1056/nejmoa1102035. PMID: 21991893.

[32.] Curry SJ, Krist AH, Owens DK, et al.: Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, JAMA, 2018; 320:1899–1909. https://doi.org/10.1001/jama.2018.16789.

[33.] Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Recommendations Statement, Am. Fam. Physician. 2019; 99.

[34.] https://apps.who.int/iris/handle/10665/364437 (Utolsó felkeresés: 2023. 02. 11.)

[35.] Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. Addiction. 2002; 97(3):279-92. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00018.x.

[36.] Magyar Addiktológiai Társaság. Korai kezelésbevétel az addiktológiai problémákkal küzdők körében. Elméleti és módszertani segédlet. Szakmai ajánlások a korai kezelésbevétel hazai gyakorlatának erősítéséhez. Szerk. Felvinczi K, Sebestyén E. 2018. Elérhető: http://www.mat.org.hu/dok/pdf/00134.pdf

[37.] Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, et al.: Screening for Hypertension in Adults: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement, JAMA.2021;325:1650–1656. https://doi.org/10.1001/jama.2021.4987.

[38.] Jin J.: Screening for Hypertension in Adults, JAMA 2021; 325:1688. https://doi.org/10.1001/jama.2021.5288.

[39.] A Magyar Hypertónia Társaság szakmai irányelve. A hypertónia betegség ellátásának irányelvei. 11. módosított, javított és kiegészített kiadás. 2018. Hypetonia és Nephrologia. 2018; 22(S5): 1-36.

[40.] http://www.hypertension.hu/upload/hypertension/document/mht_szakmai_iranyelv_2018_20190312.pdf?web_id=

[41.] Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, et al.: Screening for Prediabetes and Type 2 Diabetes, Jama. 2021; 326: 736. https://doi.org/10.1001/jama.2021.12531.

[42.] K. Love-Osborne, Prediabetes and Type 2 Diabetes, Glob. Perspect. Child. Obes. (2011) 95–105. https://doi.org/10.1016/b978-0-12-374995-6.10009-x.

[43.] Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyért Felelős Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium: Egészségügyi szakmai irányelv – A diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbetegek antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban (002029, érvényesség időtartama: 2020. július 16. – 2023. július 16.) https://kollegium.aeek.hu (Utolsó elérés: 2022.12.22.)

[44.] Simmons RK, Borch-Johnsen K, Lauritzen T, et al. A randomised trial of the effect and cost-effectiveness of early intensive multifactorial therapy on 5-year cardiovascular outcomes in individuals with screen-detected type 2 diabetes: the Anglo-Danish-Dutch Study of Intensive Treatment in People With Screen-

Detected Diabetes in Primary Care (ADDITION-Europe) study. Health Technol Assess. 2016;20(64):1-86. Medline:27583404 doi:10.3310/hta20640

[45.] Jonas DE, Crotty K, Yun JD, et al. Screening for prediabetes and type 2 diabetes: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. Published August 24, 2021. doi:10.1001/jama.2021.10403

[46.] Jonas D, Crotty K, Yun JD, et al. Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 207. Agency for Healthcare Research and Quality; 2021. AHRQ publication 21-05276-EF-1.

[47.] Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-Year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2008;359(15):1577-1589. Medline:18784090 doi:10.1056/NEJMoa0806470

[48.] Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, et al.: Screening for Prediabetes and Type 2 Diabetes, Jama. 2021; 326: 736. https://doi.org/10.1001/jama.2021.12531.

[49.] Love-Osborne K. Prediabetes and Type 2 Diabetes, Glob. Perspect. Child. Obes. 2011; 95–105. https://doi.org/10.1016/b978-0-12-374995-6.10009-x.

[50.] Diabetes Prevention Program: Protocol. 1996. https://repository.niddk.nih.gov/media/studies/dpp/Protocol.pdf

[51.] Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al; Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N ENGL J MED. 2002;346(6):393-403. Medline:11832527 doi:10.1056/NEJMoa012512

[52.] Diabetes Prevention Program Research Group. Long-term effects of metformin on diabetes prevention: identification of subgroups that benefited most in the Diabetes Prevention Program and Diabetes Prevention Program Outcomes Study. DIABETES CARE. 2019;42(4):601-608. Medline:30877090 doi:10.2337/dc18-1970

[53.] Jonas D, Crotty K, Yun JD, et al. Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 207. Agency for Healthcare Research and Quality; 2021. AHRQ publication 21-05276-EF-1.

[54.] Curry SJ, Krist AH, Owens DK, et al. Screening for osteoporosis to prevent fractures us preventive services task force recommendation statement, JAMA 2018; 319:2521–2531. https://doi.org/10.1001/jama.2018.7498.

[55.] Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, et al. Vitamin D, calcium, OR combined supplementation for the primary prevention of fractures in community-dwelling adults us Preventive Services Task Force recommendation statement, JAMA 2018; 319: 1592–1599. https://doi.org/10.1001/jama.2018.3185.

[56.] Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, et al.: Interventions to prevent falls in community-dwelling older adults us Preventive Services Task Force recommendation statement, JAMA 2018; 319:1696–1704. https://doi.org/10.1001/jama.2018.3097.

[57.] Jin J. Screening for Vitamin D Deficiency in Adults. JAMA. 2021; 325(14):1480. doi: 10.1001/jama.2021.4606.

[58.] US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, et al. Vitamin D, Calcium, or Combined Supplementation for the Primary Prevention of Fractures in Community-Dwelling Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2018; 319(15):1592-1599. doi: 10.1001/jama.2018.3185.

[59.] Viswanathan M, Reddy S, Berkman N, et al. Screening to Prevent Osteoporotic Fractures: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018 Jun. (Evidence Synthesis, No. 162.) Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532075/

[60.] US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, et al. Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2018; 319(16):1696-1704. doi: 10.1001/jama.2018.3097. PMID: 29710141.

[61.] Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, et al. Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement, JAMA 2016; 316: 380–387. https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392.

[62.] Rihmer Z, Torzsa P. A depresszió és öngyilkossági rizikó szűrésének rövid módszere a háziorvosi gyakorlatban. Háziorvosi Továbbképző Szemle 2016; 21: 667–673

[63.] Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyi Szakmai Kollégium, Egészségügyi szakmai irányelv: A major (unipoláris) depresszív zavar: diagnosztikai és terápiás irányelvek (002085, érvényesség időtartama: 2024. június 25.) 2021. https://kollegium.aeek.hu (Utolsó elérés: 2022.12.22.)

[64.] NIDA (National Institute on Drug Abuse) Quick Screen https://archives.drugabuse.gov/publications/resource-guide-screening-drug-use-in-general-medical-settings/nida-quick-screen

[65.] Siu AL. Screening for breast cancer: U.S. Preventive services task force recommendation statement, Ann. Intern. Med. 2016; 164: 279–296. https://doi.org/10.7326/M15-2886.

[66.] Curry SJ, Krist AH, Owens DK, et al. Screening for cervical cancer us preventive services task force recommendation statement, JAMA. 2018; 320: 674–686. https://doi.org/10.1001/jama.2018.10897.

[67.] Knudsen AB, Rutter CM, Peterse EFP, et al. Colorectal Cancer Screening: An Updated Modeling Study for the US Preventive Services Task Force, JAMA. 2021; 325: 1998–2011. https://doi.org/10.1001/jama.2021.5746

[68.] Reuland DS. Evidence Synthesis Number 198 Screening for Lung Cancer With Low-Dose Computed Tomography : An Evidence Review for the U . S . Preventive Services Task Force, (2020).

[69.] Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, et al. Screening for Lung Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, JAMA 2021; 325: 962–970. https://doi.org/10.1001/jama.2021.1117.

[70.] Jonas DE, Reuland DS, Reddy SM, et al. Screening for Lung Cancer With Low-Dose Computed Tomography: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2021 Mar. (Evidence Synthesis, No. 198.) Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568573/

[71.] Jonas DE, Reuland DS, Reddy SM, et al. Screening for Lung Cancer With Low-Dose Computed Tomography: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2021 Mar. (Evidence Synthesis, No. 198.) Chapter 1, Introduction. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568576/

[72.] Curry SJ, Krist AH, Owens DK, et al. Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, JAMA 2019; 322:2211–2218. https://doi.org/10.1001/jama.2019.18928.

[73.] Guirguis-Blake JM, Beil TL, Senger CA, et al. Primary Care Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2019 Dec. (Evidence Synthesis, No. es184.) Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551970/

[74.] Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, et al. Statin use for the primary prevention of cardiovascular disease in adults: US preventive services task force recommendation statement, JAMA 2016; 316: 1997–2007. https://doi.org/10.1001/jama.2016.15450.

[75.] Owens DK, Davidson KW, Krist AH, et al. Risk Assessment, Genetic Counseling, and Genetic Testing for BRCA -Related Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, JAMA 2019; 322: 652–665. https://doi.org/10.1001/jama.2019.10987.

[76.] Owens DK, Davidson KW, Krist AH, et al. Medication use to reduce risk of breast cancer: Us preventive services task force recommendation statement, JAMA 2019; 322: 857–867. https://doi.org/10.1001/jama.2019.11885.

[77.] Owens DK, Davidson KW, Krist AH, et al. Medication use to reduce risk of breast cancer: Us preventive services task force recommendation statement, JAMA 2019; 322: 857–867. https://doi.org/10.1001/jama.2019.11885.

[78.] Owens DK, Davidson KW, Krist AH, et al. Risk Assessment, Genetic Counseling, and Genetic Testing for BRCA -Related Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, JAMA 2019; 322: 652–665. https://doi.org/10.1001/jama.2019.10987

[79.] With C. Clinician Summary of USPSTF Recommendation Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors What does the USPSTF recommend ? To whom does t, (2020) 1–2.

[80.] Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, et al. Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults with Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, JAMA 2020; 324: 2069–2075. https://doi.org/10.1001/jama.2020.21749.

[81.] O'Connor EA, Evans CV, Rushkin MC, et al. Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020 May. (Evidence Synthesis, No. 195.) Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565468/

[82.] Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, et al. Interventions to prevent falls in community-dwelling older adults us Preventive Services Task Force recommendation statement, JAMA 2018; 319: 1696–1704. https://doi.org/10.1001/jama.2018.3097.

[83.] Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, et al. Screening for skin cancer US preventive services task force recommendation statement, JAMA 2016; 316: 429–435. https://doi.org/10.1001/jama.2016.8465.

[84.] Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, et al. Behavioral counseling to prevent skin cancer: US preventive services task force recommendation statement, JAMA 2018; 319: 1134–1142. https://doi.org/10.1001/jama.2018.1623.

[85.] Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, et al. Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults with Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, JAMA 2020; 324: 2069–2075. https://doi.org/10.1001/jama.2020.21749.

[86.] Curry SJ, Krist AH, Owens DK, et al. Behavioral weight loss interventions to prevent obesity-relatedmorbidity and mortality in adults US preventive services task force recommendation statement, JAMA 2018; 320: 1163–1171. https://doi.org/10.1001/jama.2018.13022.

[87.] Rurik, T, Ungvári J, Móczár C, et al. [Obese Hungary. Trend and prevalence of overweight and obesity in Hungary, 2015]., Orv. Hetil. 2016; 157: 1248–1255. https://doi.org/10.1556/650.2016.30389.

[88.] US Preventive Services Task Force, Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, Doubeni CA, Epling JW Jr, Kubik M, Landefeld CS, Mangione CM, Pbert L, Silverstein M, Simon MA, Tseng CW, Wong JB. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2020 Feb 25;323(8):757-763. doi: 10.1001/jama.2020.0435. PMID: 32096858.

[89.] Füredi, J., Németh, A. (2015) A pszichiátria magyar kézikönyve, 5. átdolgozott és bővített kiadás, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 410. oldal

[90.] Égerházi A, Kovács Z Gy, Magócs É, és mtsai. Teszteld a memóriád (Test your memory) Kérdőív magyar változatának (TYM-HUN) alkalmazhatósága, Magyar Gerontológia 2019; 11: 37-38 doi:10.47225/MG/11/37-38./7897

[91.] 83/2022. (XII. 30.) BM rendelete a háziorvosok és fogorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről

[92.] Sándor, János (2020) A felnőtteket ellátó háziorvosi alapellátás preventív szolgáltatásainak értékelése Magyarországon. Akadémiai nagydoktori thesis, DE Népegészségügyi Kar. http://real-d.mtak.hu/id/eprint/1275

[93.] Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB and Monteiro M. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization, 2001 (Second Edition).

[94.] Lindström J, Absetz P, Hemiö; K, et al. Reducing the risk of type 2 diabetes with nutrition and physical activity - efficacy and implementation of lifestyle interventions in Finland.Public Health Nutrition 2010; 13 (6A): 993-9

[95.] Kanis JA, Oden A, Johansson H, et al. FRAX® and its applications to clinical practice. Bone. 2009; 44: 734-743.

[96.] Rózsa, S., Szádóczky, E., Füredi, J. A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. Psychiatria Hungarica, 2001;16(4), 379-397.

[97.] Smith PC, Schmidt, SA, Allensworth-Davies D, et al. A Single-Question Screening Test for Drug Use in Primary Care, Arch Intern Med. 2010;170(13):1155-1160. doi:10.1001/archinternmed.2010.140

[98.] National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism súlyos alkoholisták kérdőíve: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm (Utolsó felkeresés 2022. 11. 12.)

[99.] Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. Physical therapy. 2000 ;80(9):896-903.Available from:https://academic.oup.com/ptj/article/80/9/896/2842520

[100.] https://www.hepreg.hu (Utolsó felkeresés 2023. 02. 11.)

[101.] Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, European Heart Journal 2021; 42. 3227-3337

[102.] Égerházi A, Kovács Z Gy, Magócs É, és mtsai. Teszteld a memóriád (Test your memory) Kérdőív magyar változatának (TYM-HUN) alkalmazhatósága, Magyar Gerontológia 2019; 11: 37-38 doi:10.47225/MG/11/37-38./7897

[103.] https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html#footnote-1 (Utolsó elérés 2023.01.16.)

[104.] 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről; https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200022.emm (Utolsó felkeresés 2023.01.17.)

[105.] 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről; https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200023.emm (Utoldó felkeresés 2023.01.17.)

[106.] A felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések, valamint hitéleti képzések a 2022/23-as tanévtől alkalmazandó képzési és kimeneti követelményei; https://kormany.hu/dokumentumtar/kepzesi-es-kimeneti-kovetelmenyek-1; (Utolsó felkeresés 2023.01.17.)

[107.] https://frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=27 (Utolsó elérés: 2023. 02. 11.)

[108.] https://www.okostanyer.hu (Utolsó elérés 2023. 03. 05.)

[109.] https://merokanal.hu/wp-ontent/uploads/2019/10/60pluszegeszseg_kiadvany_web.pdf (Utolsó elérés 2023. 03. 05.)

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Jelen egszségügyi szakmai irányelv fejlesztőcsoport tagjai a felkérést követően, a fejlesztést többszöri konzultáció, közös illetve egyéni munka során készítették el.

2. Irodalomkeresés, szelekció

A jelen egészségügyi szakmai irányelv fejlesztése az amerikai USPSTF irányelveinek hazai adaptációjával, valamint az egyéb releváns – a hivatkozásokban feltüntetett – hazai irányelvek feldolgozásával történt. A USPSTF irányelvei közül a “Published”, “Grade A, B”, “Adult” kategóriákra kerestünk és a keresési eredményből kizártuk az egészségügyi szakmai irányelv szempontjából nem releváns “Infectious disease”,”Injury prevention”, “Miscellaneous”, “Obstetric and Gynecologic Conditions” és ”Perinatal Care” kategóriákat. A USPSTF irányelveit felhasználás előtt alaposan áttanulmányoztuk, kritikusan értékeltük, és ajánlásaikat összevetettük a hazai gyakorlattal. Ugyanakkor az irodalomkeresést kiterjeszettük a jelenleg is hatályos és a témához kapcsolódó hazai egészségügyi szakmai irányelvekre is. Ezek bevonása a fejlesztésbe is a fejlesztő csoport közös megegyezésével történt.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix") bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A fejlesztőcsoport kritikusan értékelte az adaptációra kiválasztott és a hivatkozott egészségügyi szakmai irányelveket, döntően a USPSTF ajánlások kialakítása során alkalmazott módszertant és a munkacsoport által kialakított ajánlási szinteket alkalmaztuk. Az ajánlást készítő fejlesztőcsoport közös megegyezéssel szakértői szintű ajánlást is megfogalmaz, amely azt jelenti, hogy az adott ajánlás ugyan nincs bizonyítékokkal alátámasztva, de az ajánlás szerzői javasolják a tevékenység elvégzését.

4. Ajánlások kialakításának módszere

A különböző fejezetek megírása, valamint a részfolyamatok befejezése során a szerzők egymás munkáit többlépcsős folyamat során véleményezték és módosításokra tettek javaslatot, mely korrigálását követően újabb véleményezésre, majd pontosításra került sor, ezt követően került az egészségügyi szakmai irányelv véglegesítésre. A fejlesztőcsoport a döntéseit szavazással és informális megegyezéssel hozta meg.

5. Véleményezés módszere

Az egészségügyi szakmai irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően, a dokumentum megküldésre került az Egészségügyi Szakmai Kollégium véleményező tagozatainak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az irányelv szövegébe, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Nem került bevonásra.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készült.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. melléklet

AUDIT kérdőív [93]
ALKOHOL DEPENDENCIA SZŰRÉSE

Név: .....

TAJ: .....

Születési idő: .....

Életkor: .....

Vizsgálatot végző neve: .....

Vizsgálat dátuma: .....

1. Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt?
o Soha 0 pont
o Havonta vagy kevesebbszer 1 pont
o Kétszer vagy négyszer egy hónapban 2 pont
o Kétszer vagy háromszor egy héten 3 pont
o Négyszer vagy többször egy héten 4 pont

2. Hány egység alkoholtartalmú italt fogyaszt egy olyan napon, amikor iszik? *
o 1 vagy 2 0 pont
o 3 vagy 4 1 pont
o 5 vagy 6 2 pont
o 7 vagy 9 3 pont
o 10 vagy több 4 pont

3. Milyen gyakran iszik hat vagy annál több egységnyi alkoholtartalmú italt egy alkalommal?

o Soha 0 pont
o Kevesebbszer, mint havonta 1 pont
o Havonta 2 pont
o Hetente 3 pont
o Naponta 4 pont

4. Az elmúlt évben milyen gyakran érezte, hogy nem bírja abbahagyni az ivást, ha már elkezdte?
o Soha 0 pont
o Kevesebbszer, mint havonta 1 pont
o Havonta 2 pont
o Hetente 3 pont
o Naponta 4 pont

5. Az elmúlt évben milyen gyakran volt szüksége első italra reggel, hogy elkezdje a napot egy erős italozás után?
o Soha 0 pont
o Kevesebbszer, mint havonta 1 pont
o Havonta 2 pont
o Hetente 3 pont
o Naponta 4 pont

6. Az elmúlt évben milyen gyakran érezte, hogy nem bírta teljesíteni azt, amit Öntől elvártak, mert ivott?
o Soha 0 pont
o Kevesebbszer, mint havonta 1 pont
o Havonta 2 pont
o Hetente 3 pont
o Naponta 4 pont

7. Az elmúlt évben milyen gyakran érezte rosszul magát vagy volt bűntudata ivás után?
o Soha 0 pont
o Kevesebbszer, mint havonta 1 pont
o Havonta 2 pont
o Hetente 3 pont
o Naponta 4 pont

8. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy nem emlékezett arra, mi történt az előző este az italozás miatt?
o Soha 0 pont
o Kevesebbszer, mint havonta 1 pont
o Havonta 2 pont
o Hetente 3 pont
o Naponta 4 pont

9. Megsérült-e Ön vagy valaki más az italozása miatt?
o Nem 0 pont
o Igen, de nem az elmúlt évben 2 pont
o Igen a múlt évben 4 pont

10. Aggódott-e már rokon, barát, orvos, vagy egészségügyi dolgozó az ivása miatt és javasolta a csökkentését?
o Nem 0 pont
o Igen, de nem az elmúlt évben 2 pont
o Igen a múlt évben 4 pont

* 1 standard egység ital = 1 doboz sör (333 ml, 5%-os alkoholtartalommal) vagy 1 pohár bor (140 ml, 12% alkoholtartalommal vagy 1 kupica tömény szesz (40 ml, 40% alkoholtartalommal)

Összpontszám: .....

KIÉRTÉKELÉS
A minimális pontszám (az absztinensek esetén) 0, a maximális pontszám pedig 40.
Ha a **férfiak (60 éves korig) 8 vagy több pontot** érnek el, és ha a **nők, serdülőkorúak vagy 60 éven felüli férfiak 4 vagy több pontot** érnek el, ez pozitív szűrési eredménynek tekinthető.
Amennyiben a beteg pontszáma eléri a kritikus határt, a családorvosnak át kell tanulmányoznia a kérdésekre adott egyéni válaszokat, és a vizsgálat során tisztáznia kell azokat a beteggel.

A szűrés eredménye (pozitív/negatív): .....

2. melléklet

FINDRISK KÉRDŐÍV [94]
DIABETES MELLITUS SZEMPONTJÁBÓL VESZÉLYEZTETETTEK SZŰRÉSE

Név: .....

TAJ: .....

Születési idő: .....

Életkor: .....

Vizsgálatot végző neve: .....

Vizsgálat dátuma: .....

Jelölje be a megfelelő választ, és számolja ki az elért pontértéket!

Életkor

45 év alatt	0 pont
45–54 év között	2 pont
55–64 év között	3 pont
64 év felett	4 pont

Testtömegindex (BMI)
(A testsúly kg-ban, osztva a méterben mért testmagasság négyzetével.)
Pl.: 165 cm és 70 kg esetén a számítás: 70/[1,65×1,65]=25,7

kisebb, mint 25 kg/m^2	0 pont
25–30 kg/m2	1 pont
nagyobb, mint 30 kg/m^2	3 pont

Végez-e legalább 30 perces fizikai tevékenységet naponta?

Igen	0 pont
Nem	2 pont

Haskörfogat
(az alsó bordák és a csípőtövis közötti távolság felénél mérve – gyakorlatilag a köldök vonalában, közepes belégzés után)
• Férfiak

kisebb, mint 94 cm	0 pont
94–102 cm	3 pont
nagyobb, mint 102 cm	4 pont

• Nők

kisebb, mint 80 cm	0 pont
80–88 cm	3 pont
nagyobb, mint 88 cm	4 pont

Milyen gyakran fogyaszt zöldséget vagy gyümölcsöt?

Minden nap	0 pont
Nem minden nap	1 pont

Szed-e rendszeresen vérnyomáscsökkentő gyógyszereket?

Nem	0 pont
Igen	2 pont

Mértek-e Önnél valaha emelkedett vércukorértéket?

Nem	0 pont
Igen	5 pont

Van-e családtagjai között vagy közeli rokonságában cukorbeteg?

Nem	0 pont
Igen: nagyszülő, nagynéni, nagybácsi vagy elsőfokú unokatestvér	3 pont
Igen: szülő, testvér vagy saját gyermek	5 pont

Összpontszám: .....

KIÉRTÉKELÉS

Kockázat a cukorbetegség 10 éven belüli kialakulására:

Kevesebb, mint 7 pont: Alacsony.
Becslések szerint 100 főből 1 esetben lesz valaki cukorbeteg.

7–11 pont: Enyhén fokozott kockázat.
Becslések szerint 25 főből 1 esetben lesz valaki cukorbeteg.

12–14 pont: Fokozott kockázat.
Becslések szerint 6 főből 1 esetben lesz valaki cukorbeteg.

15–20 pont: Magas.
Becslések szerint 3 főből 1 esetben lesz valaki cukorbeteg.

Több mint 20 pont: Igen magas.
Becslések szerint 2 főből 1 cukorbeteg lesz.

3. melléklet

FRAX-SCORE [95]
A TÖRÉSI KOCKÁZAT FELMÉRÉSE

F R A X
k é r d ő í v

Kor: ____ / Születési dátum: _____ [év] ____ [hónap] ____ [nap]

Nem: nő **Testtömeg: ____ kg** **Testmagasság: ____ cm**

Korábbi csonttörés: **igen / nem**

Szülőnél csípőtáji törés: **igen / nem**

Jelenleg dohányzik: **igen / nem**

Glukokortikoid terápia: **igen / nem**

Rheumatoid arthritis: **igen / nem**

Másodlagos osteoporosis: **igen / nem**

Alkohol ≥3 egység naponta **igen / nem**

Combnyak BMD: _____ g/cm^2 / DXA típus: GE-Lunar Hologic Norland

vagy

Combnyak T-score: _____

Magyarázatok:

Korábbi csonttörés	**Korábbi csonttörés: felnőttkorban történt csonttörés, mely vagy spontán történt, vagy olyan fokú traumából, mely egészséges egyéneken nem okozott volna törést.**
Szülőnél csípőtáji törés	**Történt-e csípőtáji törés a beteg szüleinél?**
Glukokortikoid terápia	**Jelölje az „igen" választ, ha a beteg jelenleg szisztémás glukokortikoid terápiában részesül, vagy ha korábban glukokortikoid terápiában részesült 3 hónapnál hosszabb ideig legalább napi 5 mg prednizolon (vagy azzal ekvivalens) dózisban.**
Rheumatoid arthritis	**Jelölje az „igen" választ, ha a beteget rheumatoid arthritisszel diagnosztizálták.**
Másodlagos osteoporosis	**Jelölje az „igen" választ, ha a betegnél az osteoporosissal szorosan összefüggő betegség áll fenn. Ilyen pl. az I-es típusú (inzulin dependens) diabetes; osteogenesis imperfecta felnőttekben; hosszabb ideje fennálló, kezeletlen hyperthyreoidismus, hypogonadismus vagy korai menopauza (45 éves kor előtt); krónikus alultápláltság vagy felszívódási zavar; krónikus májbetegség.**
Alkohol ≥3 egység naponta	**Jelölje az „igen" választ, ha a beteg 3 vagy több egység alkoholt fogyaszt naponta. Egy egység kb. 8-10 g alkoholt jelent, ami megfelel egy pohár (3 dl) sörnek, 3 cl tömény italnak, vagy kb. 1 dl bornak.**
Combnyak BMD	**Írja be a combnyakon mért csontsűrűséget (g/cm^2-ben), majd jelölje a méréshez használt DXA műszer típusát.**

Értékelés: online módon a FRAX (Fracture Risk Assesement Tool) honlapjának magyar lakosságra validált kalkulátora alapján. [107]

4. melléklet

REMÉNYTELENSÉG SKÁLA RÖVIDÍTETT VÁLTOZATA [96]
ÖNKITÖLTŐ

A kérdőív négy állítást tartalmaz. Kérjük, gondosan olvassa el mindegyiket, és az alábbi skála alapján írjon mindegyik mellé egy számot, mennyire volt jellemző önre az állítás az elmúlt héten, a mai napot is beleértve:

0=egyáltalán nem igaz,
1=részben igaz,
2=nagymértékben igaz,
3=teljes mértékben igaz.

1. Sötéten látom a jövőmet.
2.Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom.
3. Fölösleges igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgy sem érem el.
4.Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni.

Értékelés:
6 pont vagy több: az öngyilkossági veszély valószínű,
9 pont vagy több: az öngyilkossági veszély nagyon valószínű,
Mindkét esetben pszichiátriai konzílium vagy pszichiáterhez való irányítás szükséges.

5. melléklet

BECK-FÉLE DEPRESSZIÓ SKÁLA RÖVIDÍTETT VÁLTOZATA [96]

Önértékelő kérdőív, a kliens tölti ki

Név: ……		
Dátum:……		
Kérjük, hogy a helyes válasz számát írja a négyzetbe az alábbiak szerint: **1.** Egyáltalán nem jellemző **2.** Alig jellemző **3.** Jellemző **4.** Teljesen jellemző		
1.	**Minden érdeklődésemet elveszítettem mások iránt.**	
2.	**Semmiben nem tudok dönteni többé.**	
3.	**Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.**	
4.	**Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.**	
5.	**Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.**	
6.	**Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni.**	
7.	**Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog változni.**	
8.	**Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.**	
9.	**Állandóan hibáztatom magam.**	
Értékelés: **0-9 normál** **10-18 enyhe** **19-25 közepes** **26< súlyos**		

6. melléklet

NIDA (National Institute of Drug Abuse) gyorsteszt az egészségkárosító készítmények fogyasztásának szűrésére [64]

Páciens neve: Neme: férfi ( ), nő ( ) Kora:

Kérdező neve: Vizsgálat dátuma:

Bevezető: (Legyen szíves felolvasni a páciensnek)

Jó napot kívánok, _____ vagyok, örülök a találkozásnak. Szeretnék feltenni néhány kérdést, amelyek az alkohollal, cigarettával és más drogokkal kapcsolatos tapasztalataira vonatkoznak. Egyes anyagokat, amelyekről beszélni fogunk, orvos írja fel (például a fájdalomcsillapítókat). De ezeket csak akkor jegyzem fel, ha más okból vagy az előírttól eltérő adagban szedte. Megkérdezem a tiltott vagy illegális kábítószer-használatról is – de csak a jobb diagnózis és kezelés érdekében.

Utasítások: Minden anyagnál jelölje be a páciens válaszának megfelelő oszlopot. Például, ha a páciens az elmúlt évben havonta fogyasztott kokaint, tegyen egy jelölést az „illegális drog" sor „Havi" oszlopába.

Az elmúlt évben milyen gyakran használta a következőket?	Soha	Egyszer-kétszer	Havonta	Hetente	Naponta vagy majdnem naponta
Alkohol férfi 5 vagy több ital naponta nő 4 vagy több ital naponta					
Dohánytermékek					
Receptköteles készítmények nem orvosi indikációval					
Illegális készítmények					

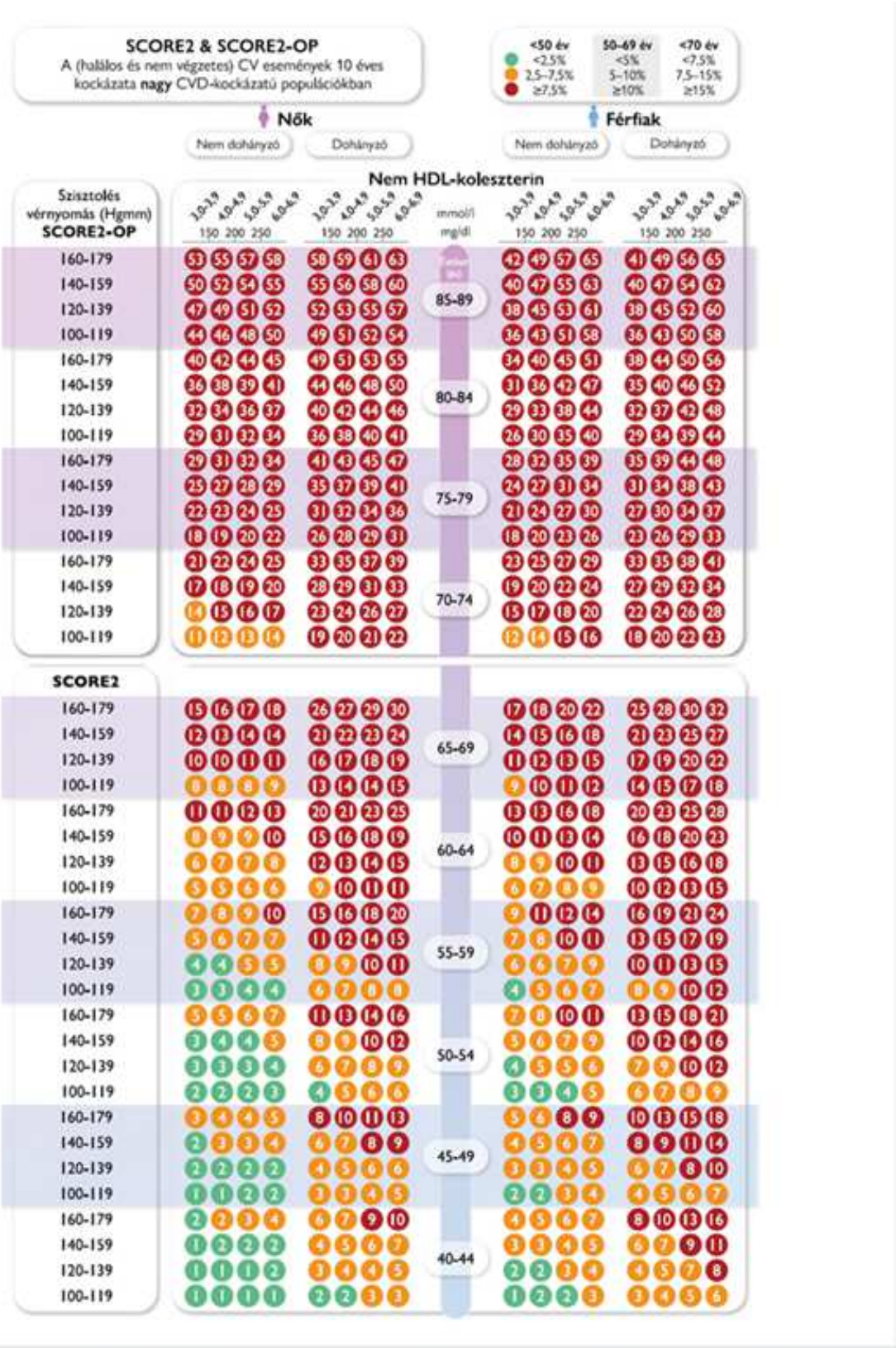
Értékelés:

- Ha a beteg „NEM"-et mond az összes gyógyszerre az absztinencia megállapítható. A szűrés befejeződött.
- Ha a beteg „Igen"-t mond egy vagy több napos erős ivásra, akkor a beteg veszélyeztetett ivó. Az ajánlás 4. pontja szerint járjon el.
- Ha a páciens „Igen"-t mond a dohányzásra: bármilyen jelenlegi dohányzás veszélyezteti a páciens egészségét. Az ajánlás 3. pontja alapján járjon el.
- Ha a páciens „Igen"-t mond az illegális vagy vényköteles gyógyszereket nem egészségügyi okokból használ kérdésre irányítsuk addiktológiai szakrendelésre.

7. melléklet

KOCKÁZATBECSLŐ TÁBLA (SCORE2)

Nem halálos és halálos szív- és érrendszeri események előfordulásának kockázata 10 éven belül [101]



8. melléklet

TIMED UP AND GO TESZT [99]

Célkitűzés:

Az esés kockázatának meghatározásához és az egyensúly állapotának mérése ülőhelyzetből való felállás és séta vizsgálatával.

Egyszerű szűrőteszt, amely érzékeny és specifikus mérőszáma az idősebb felnőttek elesési valószínűségének.

Célcsoport:
Ezt a tesztet eredetileg idős emberek számára tervezték, de más populációkban is használják, pl. Parkinson-kórban.

Szükséges eszközök:
Egy szék karfával
Stopperóra
Szalag (3 méter jelölésére)

Módszer:
A betegek szokásos lábbelijüket viselik, és szükség esetén járássegítőt is használhatnak.
A beteg ülő helyzetben indul.
A páciens a terapeuta utasítására feláll: 3 métert sétál, megfordul, visszamegy a székhez és leül.
Az idő megáll, amikor a beteg leül.
Feltétlenül dokumentálni kell a használt segédeszközt.

Figyelje meg a páciens testtartási stabilitását, járását, lépéshosszát és ingadozását.
Jegyezze meg az összes vonatkozó dolgot: lassú kísérleti tempó; az egyensúly elvesztése; rövid lépések; kevés vagy nincs karlendítés; támaszkodás a falakon; nem megfelelően használja a segédeszközt.
Ezek a változások neurológiai problémákra utalhatnak, amelyek további értékelést igényelnek.

Egy idősebb felnőtt, akinek ≥12 másodpercbe telik a TUG befejezéséhez, fennáll a leesés veszélye.

Az esések kockázatát jelző pontszámok csökkentése népesség szerint (másodpercben):
Közösségi lakásban élő felnőttek - 13.5
Idősebb stroke betegek - 14
Törékeny idősek - 32,6
LE amputáltak – 19
PD - 11.5
Csípő OA - 10 -
Vestibuláris rendellenességek – 11,1

Timed Up and Go Test (TUG) – Pontozólap

Dátum: _____
Idő (másodperc): _____
Használt segédeszköz:
egyik sem: ____
bot: ____
járóka:____
Egyéb: ____
Egyéb:
megállt pihenni: ____
csökkent kognitív képesség:____
Esés kockázata:
Magas kockázat (>13,5 másodperc): ____
Nincs/alacsony/közepes: (<13,5 másodperc):____

9. melléklet

HEPATITIS-C SZŰRŐLAP

HEPATITIS-C FERTŐZÉS SZEMPONTJÁBÓL VESZÉLYEZTETETTEK SZŰRÉSE [100]

Név: .....
TAJ: .....
Születési idő: .....
Életkor: .....
Vizsgálatot végző neve: .....
Vizsgálat dátuma: .....

A kérdőív nem validált, eredménye csak tájékoztató jellegű. Kérdés:	**Igen**	**Nem**	**Lehetséges**
Felállították-e már önnek a hepatitisz B vagy a hepatitisz C fertőzés diagnózisát?	**10**	**0**	**1**
Kapott-e vérátömlesztést, vérkészítményt (pl. szülés vagy műtét kapcsán) vagy esett-e át szervátültetésen 1993 előtt?	**2**	**0**	**1**
Használt-e valaha akár csak egyszer is injekciós vagy orron át felszippantható kábítószert?	**2**	**0**	**1**
Dolgozott-e egészségügyben hosszú ideig vagy most is ott dolgozik?	**2**	**0**	**0**
Előfordult-e, hogy hosszan tartó- vagy ismétlődő kórházi kezelésben részesült vagy nagy műtéten esett át?	**1**	**0**	**0**
Előfordult-e, hogy véradóként elutasították?	**2**	**0**	**1**
Részesült-e valaha művese kezelésben?	**2**	**0**	**1**
Voltak-e ismételten emelkedett májenzim értékei? (ALT/GPT)	**2**	**0**	**1**
Ön olyan területen született ahol nagy számban fordult elő a vírusos hepatitisz B vagy a hepatitisz C (pl. Afrika, Ázsia, Románia, Ukrajna, Közel- Kelet)?	**2**	**0**	**1**

1970 előtt született?	**1**	**0**	**0**
Van-e, volt-e édesanyjának hepatitisz B vagy a hepatitisz C fertőzése?	**2**	**0**	**1**
Van-e, volt-e édesanyjának ismeretlen eredetű májbetegsége?	**1**	**0**	**0**
Van-e, volt-e szexuális kapcsolata olyan személlyel, akiről tudja hogy hepatitisz B vagy a hepatitisz C fertőzött?	**2**	**0**	**1**
Kapott-e hepatitisz B elleni védőoltást?	**0**	**1**	**1**
Adott-e vért vagy plazmát vagy volt-e negatív eredetű hepatitisz B és hepatitisz C vírus vizsgálata az elmúlt 10 évben?	**-5**	**0**	**-1**

Összpontszám: .....

KIÉRTÉKELÉS
Amennyiben **összesen 10 vagy ennél több pont**ja van, és egy éven belül nem járt hepatológiai rendelésen, háziorvosi beutalóval, sürgősen keresse azt fel!
Összesen 2-9 pont esetén vérvizsgálat javasolt idült hepatitisz B és hepatitisz C irányában, keresse fel háziorvosát. Amennyiben a vizsgálat pozitív eredményt ad, háziorvosi beutalóval kérjen időpontot hepatológiai szakrendelésre!
1 vagy alacsonyabb összpontszám (vagy negatív eredmény) sem zárja ki a vírusos májgyulladás lehetőségét, ha szűrővizsgálaton szeretne részt venni, keresse fel háziorvosát!

10. melléklet

TESZTELD A MEMÓRIÁD (TYM-HUN) TESZT [102]

Ültesse le a beteget egy csendes helyen kényelmesen egy jó tollal. Segítsen neki, *ha szükséges* mindenben, de a válaszokban nem! Nincs időhöz kötve, de biztassa, hogy haladjon, és ne ragadjon le egy kérdésnél. A kérdésekhez nem térhet vissza még egyszer, vagy nem fordíthatja vissza a lapot, ha már megfordította. Bizonyosodjon meg róla, hogy a páciens nem nézi meg a dátumot vagy az időt, pl. az óráján.

Kérem, adjon neki egy tesztet és mondja el neki a menetét.

Ne engedje a hozzátartozókat túl közel leülni a páciensheZ.

Ha a páciens fizikai problémák miatt nem képes a TYM-HUN tesztet elvégezni, pl. nem képes írni stroke miatt, akkor írja le a válaszokat helyette. Ebben az esetben tegyen pipát a 2. oldal alján található négyzetbe.

Ha a vizsgált személynek van memória problémája, de nyilvánvalóan nehézséget okoz neki az írás, a vizsgáló írja le a beteg által adott válaszokat.

Kérem, figyelje a személyt és ellenőrizze a válaszokat, és ha félreértett egy kérdést, vagy kihagyott egy részt, jelezze neki. Ha kihagyná a 2. dobozt, figyelmeztesse, vagy ha az 5. dobozba nem állatneveket ír, mint pl. kocka, kanál, akkor udvariasan figyelmeztesse. A végén be kell majd számítani a pontozásnál az adott segítséget.

A végén a következők szerint pontozza, hogy mennyi segítségre volt a személynek szüksége:

5 pont - SEMMI (semmilyen mértékben): a személy elvégezte a tesztet a megfelelő sorrenden segítség nélkül

4 pont - TRIVIÁLIS (jelentéktelen mértékben): egyszer volt szükség emlékeztetőre

3 pont - KEVÉS (kis mértékben): kétszer vagy többször kellett emlékeztetni

2 pont - MÉRSÉKELT (közepes mértékben): a személy csak úgy tudta megcsinálni a tesztet, ha végig vezetve volt TYM-HUN teszt elvégzése során

1 pont - NAGYMÉRTÉKŰ (jelentős mértékben): szinte mindent meg kellett a személy helyett csinálni a TYM-HUN teszt elvégzése során

A TESZTELD A MEMÓRIÁD (TYM-HUN) TESZT PONTOZÁSA

A helyesírás/rövidítések/írásjelek használatát nem kell figyelembe venni, amennyiben a leírt szavak értelmezhetőek (a 2. szövegdoboz kivételt képez ez alól).

Az egy kérdésre adható minimális pontszám: 0

1. Szövegdoboz: 2 pont jár a teljes név leírásáért, 1 a kezdőbetűkben ejtett/egyéb apró hibák esetén. A szövegdoboz fennmaradó részében 1 pont jár minden egyes kipontozott rész helyes kitöltéséért. A dátum megadásánál egy napnyi hibáért még jár a pont.

2. Szövegdoboz: 2 pont jár, ha minden szó helyes, 1 pont - ha 1 szóban van hiba, 0 pont – ha 2 szóban is hiba fordul elő

3. Szövegdoboz: 1 - 1pont jár a keresztnév és a vezetéknév helyes megadásáért. Az 1848-as évszám helyes megadása további 1 pontot ér, így összesen 3 pont adható.

4. Szövegdoboz: 1 pont jár minden egyes helyes számolási eredményért.

5. Szövegdoboz: Bármilyen élőlény: bogár, hal, madár, emlős, vagy növény stb. elfogadható. Kutya-/macskafajta (pl. komondor) szintén megfelel. Képzeletbeli élőlények (pl. küklopsz, kentaur), illetve a már megadott „keselyű” nem fogadható el.

6. Szövegdoboz: 2 pont jár az olyan precíz válaszért, mint a „zöldség”, illetve „állat/emlős/ragadozó/húsevő/falkában élő”. Az elfogadható, de kevésbé pontos válasz, mint pl.: „étel”, „négylábú”, „vad” 1 pontot ér. 2 olyan kijelentés, mint pl.: „földben terem”, „vadak és négy lábuk van” egyaránt 2 pontot ér.

A zakó-ábra bejelölt részeinek megnevezése. A következő válaszok mindegyike 1 pontot ér: gallér/hajtóka/nyakkendő/zseb/gomb. Az ing elfogadható az 1-esre adott válaszként, illetve a zakó/kabát megfelel (egyszer beírva) a 2-es, vagy a 4-es helyére.

„M” betűformálási feladat. A körök hibátlan összekötése, mely kiadja az „M” betűt, 3 pontot ér; 2 pont jár, ha egy másik betűt sikerül kirajzolni; 1 pontot ér, ha a feladat során húzott vonal minden kört érint.

Óra számlap berajzolási feladat. Minden szám beírása esetén 1 pont jár, további 1 pontot ér, ha a számok a megfelelő helyre kerülnek a számlapon, a mutatók precíz berajzolása még 1 pontot jelent.

Memóriát tesztelő feladat. Egy pont jár minden egyes emlékezett szóért (maximum 6 pont adható).

A feladatokkal elért pontszámhoz kérjük, adja hozzá a vizsgált személy által a teszt kitöltéséhez igényelt segítség mértékét az alábbi pontszámok szerint:

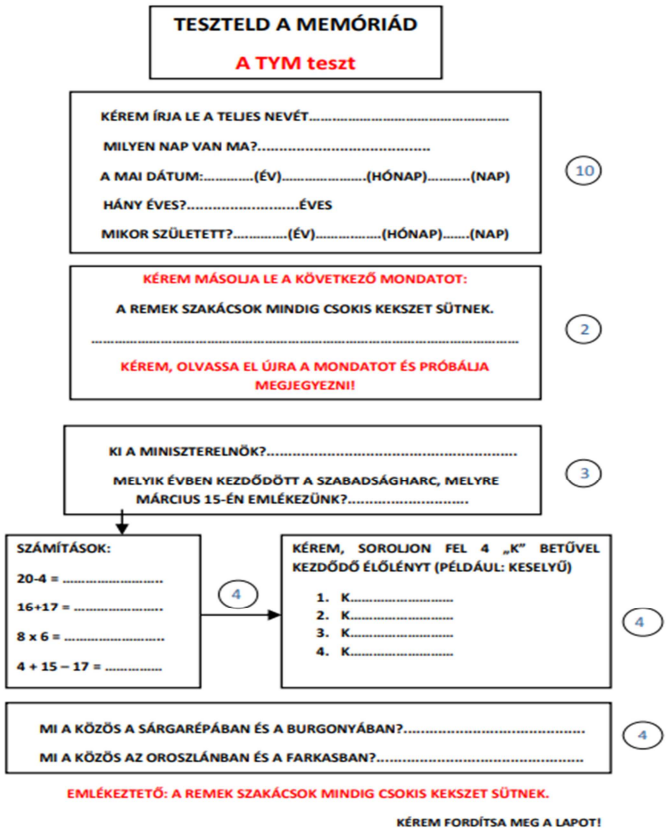
A „Jelentéktelen mértékben”, stb. definícióját megtalálja „A Teszteld a memóriád (TYM-HUN) teszt kivitelezése” lapon.

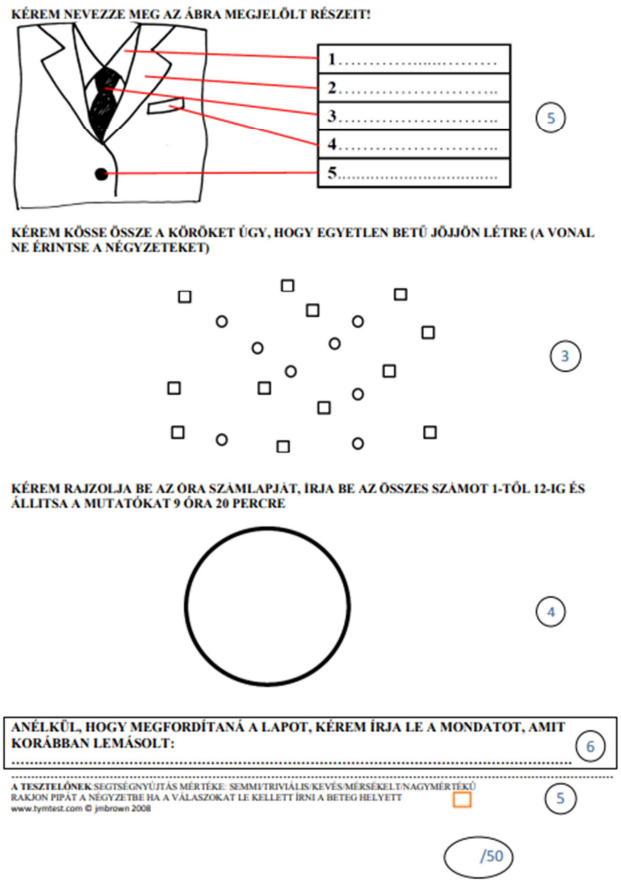
Semmilyen mértékben: +5 Pont
Jelentéktelen mértékben: +4 Pont
Kis mértékben: +3 Pont
Közepes mértékben: +2 Pont
Jelentős mértékben: +1 Pont

A pontozás részletesebb leírása elérhető a www.tymtest.com honlapon.

TESZTELD A MEMÓRIÁD (TYM-HUN) TESZT ÉRTELMEZÉSE
Magyarországon a következő ponthatárokat határozták meg
50-45 egészséges
44-36 enyhe kognitív zavar (EKZ)
35 és alatta demencia.
https://elitmed.hu/en/publications/clinical-neuroscience/validation-of-the-hungarian-version-of-the-test-your-memory
https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02982-6

HASZNÁLHATOM A TYM-HUN-T DIAGNOSZTIKUS TESZTKÉNT?
A TYM teszten elért alacsony pontszám azt jelzi, hogy a betegnek további szakorvosi (pszichiátriai) vizsgálatokra van szüksége, a demencia diagnózisának felállításához.





1.3. Táblázatok

1. táblázat A preventív szolgáltatásokkal kapcsolatos rendeletben felsorolt beavatkozások igénybevételi gyakorisága felnőttek esetében (a megfelelő célcsoportokban) [5, 6]

Beavatkozások	**Igénybevételi gyakoriság***
Családi anamnézis (3 éven belül)	36% [33,1 - 39]
Méhnyakrák szűrés (3 éven belül, 25-65 éves nők körében)	63,8% [59 - 68,6]
Emlőrák szűrés (2 éven belül, 45-65 éves nők körében)	51,1% [43,9 - 58,3]
Prosztatarák szűrés (65 év feletti férfiak körében)	41,1% [29,8 - 52,4]
Colorectalis carcinoma szűrés (2 éven belül, 50-75 évesek körében)	14,6% [10,9 - 18,2]
Szájüregi daganatszűrés (3 éven belül)	15,8% [13,6 - 18]
Látásvizsgálat (65 év felettiek körében)	27,4% [21,5 - 33,2]
Hallásvizsgálat (65 év felettiek körében)	13% [8,6 - 17,4]
Érelmeszesedés vizsgálata (3 éven belül a 40 évnél idősebbek körében)	19,1% [16 - 22,2]
Testsúlymérés (3 éven belül)	49,6% [46,5 - 52,6]
Haskörfogat mérés (3 éven belül)	24,9% [22,3 - 27,6]

Beavatkozások	**Igénybevételi gyakoriság***
Táplálkozás értékelése (3 éven belül)	24,7% [22,1 - 27,4]
Alkoholfogyasztás felmérése (3 éven belül)	16,3% [14 - 18,6]
Dohányzás felmérése (3 éven belül)	25% [22,4 - 27,7]
Vérnyomásmérés (2 éven belül)	86,3% [84,1 - 88,4]
Koleszterinszint mérés (2 éven belül)	57,6% [54,5 - 60,7]
Vércukorszint mérés (2 éven belül)	64% [61 - 67]
Szérum-kreatininszint mérés (2 éven belül)	37,1% [34,1 - 40,1]
Vizeletvizsgálat (2 éven belül)	45,2% [42,1 - 48,3]

*95%-os megbízhatósági tartomány

2. táblázat A Svájci Hozzájárulás Alapellátási-fejlesztési Modellprogramjának praxisközösségeiben alkalmazott többletszolgáltatások hatékonysága [5, 6]

Preventív szolgáltatás	**EH***
Családi anamnézis	2,993
Szájüregi daganatszűrés	2,672
Hallásvizsgálat	2,112
Érelmeszesedés vizsgálata	3,758
Testsúlymérés	2,443
Haskörfogat mérés	4,262
Táplálkozás értékelése	4,354
Alkoholfogyasztás felmérése	5,699
Dohányzás felmérése	4,129
Vizeletvizsgálat	1,246

*Nemre, életkorra, képzettségre, roma etnicitásra, közgyógyellátási jogosultságra, dohányzásra, problémás alkoholfogyasztásra, testtömeg indexre és centrális elhízásra korrigált esélyhányados.

3. táblázat Az elsődleges gyógyszerfogyasztási adherencia (felírt receptek kiváltási gyakorisága) a Svájci Hozzájárulás Alapellátás-fejlesztési Modellprogramjának praxisközösségeiben. [7, 8]

ATC csoport	recept kiváltási részarány javulása (95%-os megbízhatósági tartomány)
Tápcsatorna és anyagcsere	1,072 (1,049–1,097)
Vér és vérképzőszervek	1,077 (1,044–1,111)
Kardiovaszkuláris rendszer	1,062 (1,048–1,077)
Bőrgyógyászati készítmények	1,031 (0,950–1,118)
Urogenitális rendszer és nemi hormonok	1,062 (0,959–1,176)

ATC csoport	recept kiváltási részarány javulása (95%-os megbízhatósági tartomány)
Szisztémás hormonkészítmények (a nemi hormonok és az inzulin kivételével)	1,025 (0,952–1,104)
Szisztémás fertőzés elleni szerek	1,041 (0,994–1,089)
Váz- és izomrendszer	1,041 (1,010–1,074)
Idegrendszer	1,082 (1,047–1,118)
Légzőrendszer	0,983 (0,949–1,019)
Érzékszervek	1,017 (0,886–1,167)
Egyéb	0,993 (0,801–1,230)
Mind	1,064 (1,054–1,073)

4. táblázat Tevékenységek összefoglalása

Tevékenység	**Célcsoport**		**Szűrési módszer**	**Intervenció**
	életkor	**egyéb**		
Influenza védőoltás	**>60 év**	**vagy** **- krónikus légzőszervi betegségben szenvedők, asztmás betegek;** **- súlyos elhízás vagy neuromusculáris betegség miatt korlátozott légzési funkciójú betegek;** **- szív-, érrendszeri betegségben szenvedők (kivéve a kezelt magasvérnyomás betegséget);** **- veleszületett vagy betegség/kezelés révén szerzett immunhiányos állapotban szenvedő betegek (beleértve a HIV-pozitív személyeket, daganatos betegségben szenvedőket is);** **- krónikus máj- és vesebetegek;** **- anyagcsere-betegségben szenvedők (pl. diabetes);** **- ápolást, gondozást nyújtó, rehabilitációs, átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben, lakóotthonokban, vagy egészségügyi intézményekben huzamosabb ideig ápolt személyek;** **- várandós nők;**		**Évenkénti védőoltás**

Tevékenység	Célcsoport		Szűrési módszer	Intervenció
	életkor	egyéb		
		- azok a nők, akik a gyermekvállalást az influenza szezonális időszakára tervezik; - egészségügyi dolgozók, - ápolást, gondozást nyújtó egészségügyi/szociális intézmények dolgozói		
Pneumococcus ellenes védőoltás	>50 év	vagy tüdő-, szív-, vese-, máj- és cukorbetegeknek; immunszupprimáltaknak; dohányosoknak; belsőfül műtéten átesetteknek; koponyasérülteknek és léphiányosoknak		Védőoltás: - conjugált oltás+6-12 hónap múlva polysacharid oltás - 5 év múlva polysacharid oltással emlékezető oltás
Dohányzás	>18 év		Anamnézis	Dohányzóknál minimál intervenció.
Alkohol	>18 év		AUDIT kérdőív	Túlzott alkoholfogyasztás esetén felvilágosítás.
Hypertonia	>18 év		Rendelői vérnyomásmérés standardizált körülmények között	Ismételt mérésekkel megerősítés és/vagy ABPM, HBPM
Diabetes	35-70 év	Túlsúlyos: 25<BMI<30 Elhízott: BMI >30	FINDRISK+12 pont felett OGTT	Életmódváltás, kezelés elkezdése
Prediabetes				Életmódtanácsadás
Osteoporosis	65 év feletti nők	65 év alatti nők, ha - saját vagy szülői anamnézisében előfordul combnyaktörés, vagy - dohányoznak, vagy - sok alkoholt fogyasztanak, vagy - soványak, vagy szteroid kezelésben részesültek	FRAX score	Magas törési kockázat esetén DEXA elvégézése.

Tevékenység	Célcsoport		Szűrési módszer	Intervenció
	életkor	egyéb		
Depresszió	>18 év		Beck depresszió kérdőív	Antidepresszáns elkezdése, pszichiátriára irányítás elektíven vagy sürgősséggel.
Drogfogyasztás	>18 év		Anamnézis, tesztek pl. NIDA	Felvilágosítás, sze addiktológia
Mammográfia	45-65 év közötti nők		Mammográfia 2 évente	
Méhnyakrák szűrés	25-65 év közötti nők		3 évente citológia	
Colorectalis rák	50-75 év		2 évente székletvér kimutatása	
Tüdőrák	50-80év	+ legalább 20 csomagév dohányzás anamnézissel rendelkeznek és jelenleg is dohányoznak, vagy 15 éven belül hagyták abba a dohányzást.	Alacsony dózisú CT	2 évente vagy dohányzás abbahagyása esetén egyszer
Hasi aneurizma	65-75 év	+ dohányzás az anamnézisben	Hasi ultrahang	
Statin adása	45-75 év	kardiovaszkuláris betegségtől mentes+ legalább egy CV rizikófaktor	SCORE 10% feletti	
Emlőrák prevenció	>35 év	A családi anamnézisben legalább két generációban ismert emlő-, gyomor-, pancreas-, prosta-és petefészek rák.		Onkológiai gondozóba irányítandó
Életmódtanács adás szívérrendszeri betegségre veszélyeztetett populációban	>18 év		SCORE > 7,5%	Táplálkozási és fizikai aktivitásról tájékoztatás
Elesés prevenció	>65 év	nem szociális intézményben lakó	- Anamnézis - Timed to Go	Gyógytorna

Tevékenység	Célcsoport		Szűrési módszer	Intervenció
	életkor	egyéb		
			teszt	
Bőrrák prevenció	18-24 év	+ világos bőrűek, kékszeműek, szőkék, szeplősek, hajlamosak leégésre, szoláriumhasználók, atípusos anyajegyük van, immunszupprimált állapotban vannak és saját vagy családi anamnézisük pozitív bőrdaganatra	Felvilágosítás az UV sugárzás ártalmairól	
Elhízás szűrése	>18 év		Testsúly mérése	>30 BMI esetén intenzív életmódváltást célzó intervenció
Hepatitis szűrés	>18év		Hepatitis kérdőív	Pozitív esetben kivizsgálás
Demencia szűrés	>50 év		Test your memory kérdőív	Pozitív esetben kivizsgálás

(Saját szerkesztés)

1.4. Algoritmusok

A tevékenységek életkor szerinti összegzése

	Életkor (év)													
Beavatkozás	**18**	**20**	**25**	**30**	**35**	**40**	**45**	**50**	**55**	**60**	**65**	**70**	**75**	**80**
Influenza oltás[1]										x	x	x	x	x
Pneumoccocus oltás[2]								x	x	x	x	x	x	x
Dohányzás	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Alkohol	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hypertonia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Diabetes[3]					x	x	x	x	x	x	x	x		
Osteoporózis[4]											x	x	x	x
Depresszió	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Drogfogyasztás	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Mammográfia							x	x	x	x	x	x	x	
Méhnyakrák szűrés			x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Colorectális rák								x	x	x	x	x	x	
Tüdőrák szűrés[5]								x	x	x	x	x	x	x
Hasi aneurizma[6]											x	x	x	
Statin[7]							x	x	x	x	x	x	x	
Emlőrák prevenció[8]					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Életmódtanácsadás	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Eleséprevenció[9]											x	x	x	x
Bőrrák prevenció[10]	x	x	x											
Elhízás szűrése	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Hepatitis szűrés	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Demencia szűrés								x	x	x	x	x	x	x

(Saját szerkesztés)

Az összegzés megjegyzései:

1/ vagy

- krónikus légzőszervi betegségben szenvedők, asztmás betegek;
- súlyos elhízás vagy neuromusculáris betegség miatt korlátozott légzési funkciójú betegek;
- szív-, érrendszeri betegségben szenvedők (kivéve a kezelt magasvérnyomás betegséget);
- veleszületett vagy betegség/kezelés révén szerzett immunhiányos állapotban szenvedő betegek (beleértve a HIV-pozitív személyeket, daganatos betegségben szenvedőket is);
- krónikus máj- és vesebetegek;
- anyagcsere-betegségben szenvedők (pl. diabetes);
- ápolást, gondozást nyújtó, rehabilitációs, átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekben, lakóotthonokban, vagy egészségügyi intézményekben huzamosabb ideig ápolt személyek;
- várandós nők;
- azok a nők, akik a gyermekvállalást az influenza szezonális időszakára tervezik;
- egészségügyi dolgozók.

2/ vagy tüdő-, szív-, vese-, máj- és cukorbetegeknek; immunszupprimáltaknak; dohányosoknak; belsőfül műtéten átesetteknek; koponyasérülteknek és léphiányosoknak;

3/ túlsúlyos: 25<BMI<30; elhízott: BMI >30

4/ 65 év alatti nők, ha a saját vagy szülői anamnézisében előfordul combnyaktörés, vagy dohányoznak, vagy sok alkoholt fogyasztanak, vagy soványak, vagy szteroid kezelésben részesültek;

5/ + legalább 20 csomagév dohányzás anamnézissel rendelkeznek és jelenleg is dohányoznak, vagy 15 éven belül hagyták abba a dohányzást;

6 / + dohányzás az anamnézisben;

7/ kardiovaszkuláris betegségtől mentes+legalább egy CV rizikófaktor;

8/ A családi anamnézisben legalább két generációban ismert emlő-, gyomor-, pancreas-, prosta-és petefészek rák;

9/ nem szociális intézményben lakó;

10/ + világos bőrűek, kékszeműek, szőkék, szeplősek, hajlamosak leégésre, szoláriumhasználók, atípusos anyajegyük van, immunszupprimált állapotban vannak és saját vagy családi anamnézisük pozitív bőrdaganatra.

1.5. Egyéb dokumentumok

Nem készült.