

Hatezer elkerülhető gyermekhalál

Gyermekegészségügy Nyugat-Európában

A betegségek és a fogyatékoságok kezelhetőségének, a szociális körülményeknek a megváltozásával együtt módosulnak a gyermekek egészségügyi szükségletei, de ezekkel a változásokkal nem tartanak lépést Nyugat-Európa gyermek-egészségügyi rendszerei. Ez az üzenete a Lancet 2013-ban megjelent – Ingrid Wolfe és munkatársainak tollából származó – közleményének*. A European Centre on Health of Societies in Transition, a European Observatory on Health Systems and Policies, a London School of Hygiene and Tropical Medicine, a Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford és a Centro per la Salute del Bambino, Trieste kutatói 15, már a 2004-es bővítés előtt is uniós ország (EU15) gyermek-egészségügyi ellátását vizsgálták. Munkájuk során a szakirodalom, a WHO, az ENSZ, az Európai Unió és a különböző európai szakmai és tudományos társaságok 18 év alattiakra vonatkozó, releváns adatait tekintették át. Ezek az országok a történelmi okokból is különböző ellátószervezetű, eltérő finanszírozási rendszerű és egészségpolitikai döntéseik miatt más és más módon reagáltak a közös kihívásokra. Az alábbiakban a közlemény főbb megállapításait ismer-tjük.

ADATOK

A 14 év alattiak mortalitása az elmúlt három évtizedben mind a 15 országban jelentősen javult, ez elsősorban a közegészségügyi helyzet, az ellátás és az életkörülmények pozitív változásaira vezethető vissza. Csökkent az infekciós és a légúti eredetű, emelkedett viszont a nem fertőző betegségekből adódó morbiditás és mortalitás aránya. 2009–2010-ben a legtöbb haláleset bal- eset, mérgezés, daganatos betegség, veleszületett rendellenesség, idegrendszeri kórképek miatt következett be, míg a meg- betegedések döntő hányadát neuropszichi- átriai kórképek, (jórészt depresszió), veleszületett rendellenességekből származó problémák, váz- és izomrendszeri, illetve légúti betegségek (asztma) tették ki. Míg a ritka betegségek, malignus elváltozások, szívfejlődési rendelleneségek, bizonyos új-

szülöttkori kórképek kezelése mind inkább arra specializálódott centrumokat igényel, az asztma, a diabétesz, a viselkedési zava- rok vagy mentális problémák otthon, csa- ládközelben is jól ellátható betegséggé váltak. Összességében megállapítható, hogy a gyerekek egész Európában sokkal egészségesebbek, mint régen, a területi egyenlőtlenségek azonban változatlanul szembetűnőek.

A morbiditást és mortalitást, azt, hogy milyen a gyermek hozzáférési esélye a megfelelő szintű ellátáshoz, döntően az adott ország gazdasági, szociális és kul- turális tényezői határozzák meg. Mégis mellbevágó az a felmérés, amely szerint ha 2010-ben mind a 15 nyugat-európai (EU15) ország svédországi (vagyis a leg- jobb) halálozási mutatókkal rendelkezett volna, akkor több mint 6000 gyermek ha- lála elkerülhető lett volna! A részletes elem- zések alapján megállapítható, hogy 2010- ben Spanyolországban 545, Olaszországban 683, Németországban 815, Franciaország- ban 962, az Egyesült Királyságban 1951 gyermeknek valószínűleg nem kellett volna meghalnia. (Ezek a számok még elborzasztó- többek, ha – ahogyan kellene – nemcsak gyermekhalálban, hanem az elvesztett aktív életek számában összesítenénk e veszteségeket! – a ref.)

A gyermekegészségügy számos aspek- tusát befolyásolja az egészségpolitika, a források elosztásának módja, és a foglal- koztatottságot, a lakhatást, az oktatást érintő döntések. Bizonyítható, hogy alacso- nyabb a gyermekhalálozás ott, ahol többet költenek a családok szociális védelmére. (A legtöbbet Svédországban, Finnország- ban, Luxemburgban). Míg Portugáliában a gyermekek 24, addig Svédországban csak alig több mint 1 százaléka él olyan háztar- tásban, ahol nincs pénz a napi háromszori étkezésre. A szociális különbségek kü- lönösen a kisebbségeket, köztük Európa legnagyobb minoritását, a romákat, és az illegális bevándorlókat érintik: gyermekeik körében jóval magasabb a koraszületés, a fertőző betegségek, a balesetek, a bántal- mazás aránya, és nagyobb a mortalitás is, mint a többségi társadalomban. A korai fejlesztés elmaradása mindenhol életre szóló következményekkel, a problémák „újratemelődéssel” jár. Az egészséget

érintő döntések fontosságára utal, hogy Hollandiában vagy Svédországban pusztán a közlekedési szabályok szigorításával, biz- tonsági felszerelések kötelező használatá- val, Franciaországban az úszómedencék körüli biztonsági előírások betartásával sikerült a baleseti halálozást jelentősen csökkenteni.

ELSŐDLEGES ELLÁTÁS

Nagyon nem mindegy, hogy milyen a pri- mer ellátás. Egy gyermekkori tüdőgyulladás kezelése elsősorban az alapellátás feladata. Jó gyermek-alapellátás mellett nem fordul- hatna elő halállal végződő bakteriális pne- umonia, és az asztma miatt szükségessé váló kórházi felvételek kétharmada is elke- rülhető volna korszerű betegoktatás, el- lenőrzés vagy a rizikótényezők megfelelő csökkentése mellett.

Minden ország hangoztatja az elsődle- ges ellátás (first contact care) prioritását, a vizsgált államok jó részében mégis magas az indokolatlan kórház felvételek száma. Nemcsak az bizonyított, hogy a sürgősségi osztályokon kezelt gyermekek 17–57 szá- zaléka indokolatlanul kerül oda, de épp ellenkezően az is, hogy gyakran túl későn jut a rászoruló gyermek a szükséges szak- ellátáshoz. A krónikus betegek ellátása mindenhol szervezetlenebb, mint a felnőt- teknél, a krónikusan beteg gyerek kórház- centrikus gondozását – holland, svéd vagy angol minták alapján – régóta ki lehetne váltani az alap- és a szakellátók, közegés- ségügyi szakemberek jobb együttműkö- désével.

Általános gond, hogy alig van korszerű csoportpraxis, nincs vagy nem követik a terápiás protokollokat, rossz az informá- ciócsere, hiányos az együttműködés az egészségügyi és a szociális szolgáltatók között, problémás a továbbképzés, az adminisztrációs rendszer, és helyi szinten sincs hatékony irányítás. Minden ország- ban gondot okoz az orvosok és az ellátó- személyzet más tagjai közötti munkameg- osztás kérdése.

Az ügyeletet Dániában, Hollandiában és Angliában házi orvosok (tehát nem gyer- mekorvosok) látják el. A spanyoloknál a házi orvosok és házi gyermekorvosok együtt ügyelnek egy szakrendelőben. A holland és dán tapasztalatok megerősítik, hogy a

* Ingrid Wolfe et. al.: Health in Europe. Health services for children in western Europe www.thelancet.com, p1224-1234 Vol 381 April 6, 2013

házhöz hívást és ezzel együtt a költségeket számottevően csökkenti, ha jól képzett nővér fogadja a telefonhívásokat, és végzi a panasz-triage-t, a panaszok osztályozását. Nem ítéhető meg biztosan, hogy befolyásolja-e az ügyeleti gyakorlat változása hosszabb távon a gyermek-egészségügyi mutatókat, az azonban jól látszik, hogy (nyilván nem csak ezért) Angliában nőtt a sürgősségi osztályok forgalma, 4 órára emelkedett a várakozási idő, 1999 és 2010 között 30%-kal megemelkedett a gyermekek indokolatlan kórházi felvétele. Ebben minden bizonnyal szerepet játszik az is, hogy a munkaidő szigorú uniós szabályozása és az orvosok unión belüli szabad munkavállalása nyomán eltérő képzettségű és tudású szakorvosok kezdtek ügyelni. (Az angliai háziorvosok alacsony gyermekellátó képességét nyilván nem javította a nyelv- és – alkalmi munkavállalóként – helyismerethiánnyal küszködő idegen munkavállalók tevékenysége – a ref.)

KÉPZÉS

Az Európai Gyermekorvos Társaság (EPA) 46 országot érintő felmérése szerint az EU15 11 országában az öt éves, sokszor ennél is hosszabb gyermekgyógyászati szakképzés során, a 3 éves törzsképzés után egy két éves stúdium következik egy választott szubspecialitás vagy az alapellátás (néha mindkettő) területén. A primer ellátásba kerülő, így kiképzett gyermekorvosok jól használható klinikai ismerettel rendelkeznek, és jártasságot szereztek már a szociális kérdések terén is.

Ezzel szemben azoknak a háziorvosoknak a gyermekgyógyászati tudásszintje, akik (korábban 3, ma már többnyire 4 éves képzésük során) csak egy 6 hónapos (és akkor is összevont, gyermek- és felnőtt-) alapellátási gyakorlaton vesznek részt, a gyermekgyógyászati tudásszintje óhatatlanul alacsonyabb. A tudás- és készségszint természetesen nem csupán a képzés hosszától, hanem annak tartalmától is függ.

Elgondolkodtató, hogy amíg Angliában és Svédországban egyaránt háziorvos végzi a gyermekek alapellátását, a svédeknek posztgraduálisan is kötelező a rendszeres gyermekgyógyászati továbbképzés. A háziorvosok gyermekellátása ott a gyermekorvos rutinszerű ellenőrzése mellett(!) és gyermek-ápolónő közreműködésével történik, ugyanez a gyakorlat az angoloknál vagy Európa más országaiban ismeretlen.

MELYIK JOBB?

A gyermekek elsődleges ellátását végző orvosok tevékenységének végzettség (háziorvos vagy házi gyermekorvos) szerinti

összehasonlítása nem könnyű. Ha a kétféle orvos által nyújtott ellátást össze akarjuk vetni, nem elég, ha azt mondjuk, hogy egy vegyes praxisban sokszor később ismernek fel egy meningococcus-fertőzést vagy egy malignus megbetegedést. Ez akár magától értetődő is lehet, hiszen ahol egy praxisnak legfeljebb 20–25%-a gyermek, ott húszévenként (ha) egyszer fordul elő ilyen körkép. Kellő tapasztalat és készség hiányában márpedig bizonyosan komoly kihívás egy alapellátó számára az indokolatlan vizsgálatok és a hatékony ellátás közötti egyensúlyozás.

A házi gyermekorvosok drágább kiképzési költségét kompenzálja az általuk elért jobb ellátási eredmény. Jó eredményei ugyanakkor a háziorvosi szisztémát preferáló országoknak is vannak. (A hatalmas ráfordítások, a korszerű eszközök, a villámgyors logisztika, a magasabb szülői kulturáltság valóban tompíthatják, de nem tüntethetik el a kétféle ellátás magától értetődő különbségét! – a ref.) A svéd gyermek-egészségügyi központokban sokféle szolgáltatást már speciálisan és rendkívül jól kiképzett nővérek nyújtanak, akik csak akkor hívnak GP-t, gyermekorvost, fogorvost, pszichológust vagy más terapeutát, ha annak szükségét érzik. Angliában vagy Hollandiában „asztma-nővérek” gondozzák az asztmás gyerekeket – bizonyíthatóan ugyanolyan jó eredménnyel, mintha azt egy háziorvos vagy házi gyermekorvos végezné. Hasonló a helyzet a mindinkább szaporodó ekcéma kezelésével, ellenőrzésével. (Ez persze nem indok a házi gyermekorvosi ellátás megszüntetésére, éppúgy, ahogy nem lenne indokolt egy PIC III-ról csak azért elküldeni az orvosokat, mert a kvalifikált nővér is képes „gépre tenni” egy gyereket – a ref.)

INDIKÁTOROK

A szerzők azt a követésre alkalmas ellátási modellt keresték, amelyik optimálisan reagál a gyermekek egészségügyi szükségleteire. Megfelelő adatok nélkül azonban képtelenség a különböző országok eltérő rendszereinek korrekt összehasonlítása. Nagyon kevés, a gyermekellátó rendszert jól jellemző, releváns és igazán összevethető adat áll rendelkezésre. Ennek oka egyrészt az, hogy a gyermek fejlődése során folyamatosan változnak a szükségletei, másrészt ezek a szükségletek rendkívül érzékenyen reagálnak az egy országon belül is igen eltérő szocioökonómiai környezetre, epidemiológiai és demográfiai helyzetre. Olyan indikátorokat, amelyek mindezen változókat figyelembe veszik és kompatibilisek is egymással, eddig alig találtak. A WHO „Egészséget mindenkinek”,

vagy „Együttműködés az Ellátás Optimalizálásáért” nevű programja rengeteg kórházi adattal rendelkezik, miközben a gyerekekről alig nyújt információt. Dolgoznak már uniós szervezetek azokon az indikátorokon, amelyek jelzik, hogy milyen eséllyel jutnak ellátáshoz a menekült családok gyermekei, vagy milyen mértékben érvényesülnek a gyermekjogok, de a gyermekek primer vagy szekunder ellátásáról szóló, összehasonlításra valóban alkalmas mutatók még mindig hiányoznak. (Többnyire csak nagyon „durva” adatokat (pl. a csecsemőhalálózást) használunk, eközben a felnőttkorra is kiható, valóban minőségi ellátást nem mérjük – a ref.)

A spanyolok mérték, mennyi kórházi felvételt lehetett volna az alapellátás szintjén (pl. egy pneumonia adekvát kezelésével vagy védőoltással) elkerülni, az olaszok a gyermekellátás (és továbbképzés) minőségét az orvosok antibiotikum-felírási gyakorlatával jellemezték. A teljesítményarányos angol finanszírozási rendszerben a minőségindikátorok mindössze 3 százaléka nyújt releváns adatokat a gyermekellátásról. Az angolok most a krónikusan beteg gyermekek nem tervezett hospitalizációjának, és a tüdőgyulladásos gyermekek kórházi felvételének csökkentésével szeretnék bizonyítani, hogy sok az elkerülhető kórházi felvétel, sok az elkerülhető kiadás. A holland szakmai kollégium 61 guideline alapján egy 139 indikátort tartalmazó listát állított össze, köztük azonban alig van olyan, ami pl. a gyermekkori asztma, térdízületi elváltozás, otitis, láz kezelési módját jellemzi. Európa-szerre keresik azokat a jellemző mutatókat, amelyek a fogyatékkal vagy összetett károsodással élő, a rossz szociális körülmények között nevelkedő, vagy a mentálisan sérült gyermekek komplex ellátásának minőségét jeleznék.

Míg az Egyesült Államokban már szisztematikusan vizsgálják a gyermek-alapellátás minőségét, ugyanez Európában épphogy csak megkezdődött. Megfelelő indikátorok nélkül márpedig képtelenség a különböző gyermekellátó szisztémákat összehasonlítani, ehhez adatok és persze gyermekkori guideline-ok kellenének. Releváns adatokat csak összehasonlítható rendszerekről kaphatunk, csak ezek elemzése ad lehetőséget az ellátás fejlesztésére. De hiábavaló az adat, és hiábavaló lenne az elemzés is, ha hiányzik a kormányzati eltökéltség a fejlesztésre!

RENDSZERSZINTŰ VÁLTOZÁSRA VAN SZÜKSÉG

A „hospital based” – kórházcentrikus – ellátást az alap- és szakellátás, illetve a közegészségügy szoros együttműködésé-

nek kell felváltania. Nagyon nem mindegy, hogy a kórház, az alapellátás és a közegészségügy találkozási pontjainak nélkülözhetetlen „újrakonfigurálása” mennyit késlekedik pusztán a szakemberek és a döntéshozók megkövült gondolkodása miatt. A területen dolgozó gyermekgyógyászokat, házi orvosokat, adolezcens medicinát, pszichiátereket és a többi nélkülözhetetlen szakembert tömörítő szervezetek és az egészségügyi kormányzat közös gondolkodása nélkül nem lesz előrelépés. Eredményei alapján nem lenne hiábavaló a rugalmas svéd, vagy a többségében gyermekorvosok által biztosított olasz gyermek-alapellátás, de akár a családorvosi szisztéma bizonyos, magas minőségű mutatókkal jellemezhető modelljeinek tanulmányozása. Meg kell oldani a gyermek-alapellátásban dolgozók kompetenciakörének egységesítését, az ellátó orvosok szakirányú és folyamatos továbbképzését, tudomásul kell vennünk, hogy mind több feladatot kell átvenniük a magasan képzett nővéreknek. És ha kell, erőfeszítéseket kell tennünk a szerkezeti változás útjában álló kulturális eredetű akadályok áthidalásáért.

VIZSGÁLATOK

A Lancet által ismertetett dolgozat végül felhívja a figyelmet arra, hogy a gyermek-egészségügy vizsgálata tulajdonképpen még mindig gyermekcipőben jár (áll). Nem-

csak az tény, hogy a rákkutatásoknak csupán 5%-a foglalkozik gyermekekkel, de egy Cochrane-elemzés arra is rámutatott, hogy a gyermek-alapellátásban előforduló kórképekről szóló cikkek száma 10 év alatt mindössze 2%-kal növekedett. Elindult most egy 29 európai országot felölelő, a gyermekek egészségét felmérő uniós projekt, ami a prioritásokat is igyekszik rangsorolni. Svédország, Dánia, Finnország már hasznosított valamit a primer és szekunder ellátásban folytatott kutatás adataiból, és vannak biztató eredményei az angol, olasz és néhány más ország praxisaiban folytatott vizsgálatoknak is. Nemcsak érdekes, hogy milyen összefüggés áll fenn egy betegség és az ellátórendszer, vagy az ellátás és az ellátóhálózat között, de érdemes azt is bizonyítani, hogy eredményekre vezet, ha a nemzeti és nemzetközi grémiumok összefognak a gyermekegészségügy fejlesztéséért.

A JÖVŐ?

A kis súlyú koraszülöttek vagy az elhízottak számának emelkedése, az egészségtelen életmód terjedése miatt minden bizonnyal nő a krónikus rendellenességek – mentális zavarok, malignus kórképek, nem fertőző megbetegedések – gyakorisága, ami kétségtelen kihívást jelent az egészségpolitika, egészségügyi stratégia és az egészségügyi finanszírozás számára. A genomikus orvos-

lás (genomic medicine), ami a tüneti kezelése helyett a genetikai információkat, a gének és a betegségek közötti összefüggést ragadja meg, egy új orvostudomány születését ígéri. De önmagában ez sem képes mondjuk a helytelen táplálkozásból származó zavarok (obesitas, diszlipidémia magas vérnyomás stb.) következményeinek elhárítására. A krónikus betegségek korszerűbb monitorizálására alkalmas, betegközeli ellátásban is jól alkalmazható diagnosztikai technológiai fejlesztése már reményteli eredményekkel biztat.

A gyermekgyógyászat három részterületének rendszerszerű fejlesztésére lesz szükség. A primer ellátásban a krónikus betegek jobb gondozására, a különböző szakemberek kompetenciaszintjének körültekintő meghatározására, a tervezés szintjén az egészségindikátorok, az adatanalízis korszerűsítésére, a kutatási témák rangsorolására, gyermekegészségügy jövőben várható szükségleteinek felmérésére. Olyan egészségpolitika kell, ami valós lehetőséget teremt a koncepciók gyakorlati megvalósítására. Nyílt és transzparens gazdaságossági számítások mellett politikai szinten is deklarálni kell az elkötelezettséget a gyermekegészségügy fejlesztésére, a hozzáférés esélyeinek javítása irányában. Európa-szerte!

A KIVONATOT SZERKESZTETTE: KADÁR FERENC

**Magyar Gyermekorvosok Társasága
2014. évi Nagygyűlése**

**Magyar Gyermeksebész Társaság
XVI. Kongresszusa**

2014

**Online regisztráció:
www.mgyt2014.hu**



**Ramada Resort Budapest
2014. május 22-24.**