

Elsődleges gyermekorvosi ellátás – kihívások, megoldások

Kálmán Mihály, Pátri László

Hazánkban kulcskérdésnek kell tekinteni, hogy hogyan lehet közel vinni a gyermekgyógyászati szakképzettséget, jártasságot lakóhelytől függetlenül minden gyermekhez, biztosítva ezzel a szakmailag elérhető legmagasabb szintet a gyermekgyógyászati alapellátásban. Meggyőződésünk, hogy egy szervezetében modern, biztos szakmai alapokon álló elsődleges gyermekorvosi/védőnői ellátórendszer bázisát jelentheti a gyermekgyógyászati szubspecialitások kiteljesedésének, ugyanakkor költségkímélő ellátást is biztosít. Egy ilyen, a gyermekeket 18 éves életkorukig ellátó házi gyermekorvosi/védőnői rendszer megfelel minden korszerű kritériumnak, és – mint nemzeti büszkeségre okot adó „hungarikum” – európai mintául is szolgálhat.

AZ ELSŐDLEGES GYERMEKORVOSI ELLÁTÁS MEGHATÁROZÁSA

A házi gyermekorvoslás a medicina sajátos szakterülete, a házi gyermekorvos pedig az egészségügyi ellátás több szempontból is különleges szereplője. E szakterület speciális jellege elsősorban abból adódik, hogy míg a belgyógyászat és a gyermekgyógyászat az idők folyamán szervspecifikus „osztódáson” ment keresztül, addig a házi gyermekorvoslás korszpecifikus (gyermekgyógyászati) és területspecifikus (házi- orvosszerű) működésen alapul. Tartalmi megalapozását a gyermekszakorvosi képzés és ismeretanyag többéves, klinikai specialitások megismerésével eltöltött tanulása jelenti, a korszpecifikus ismeretanyagot azonban a területi ellátás követelményeinek megfelelően, a házi- orvoslás munkamódszereivel, szemléletével alkalmazza.

AZ ELSŐ DÖNTÉS, KARMESTERSZEREP

Kizárólag ilyen felkészültséggel és módszerekkel lehet biztosítani, hogy a mind a beteg sorsa, mind az ellátórendszer hatékony működése szempontjából kiemelt fontosságú „első kontaktus”, az „első döntés” megfelelő színvonalon történjen meg. Fontos, hogy a családban megfogalmazódó

sokszínű probléma kezelése közepette a ritka, a súlyos, vagy az atípusos megbetegedésekkel való találkozás során kompetens, hozzáértő módon nyúljunk kis betegekhez. A két tényező, a gyermekgyógyászati ismeretek és a házi- orvosi módszertan ötvözésével jöhet létre a hatékony, megfelelő minőségű elsődleges gyermekorvosi ellátás. A magas színvonalú elsődleges gyermekorvosi ellátásnak most csak két legfontosabb összetevőjét emeljük ki: az egyik a házi gyermekorvos kompetenciaterjedelmét szakmai és etikai felelősséggel kimerítő definitív ellátásra törekvés, a másik a progresszív ellátás magasabb szintjeit racionálisan igénybe vevő, a beteg többnyire amorf panaszait, tüneteit megfelelően kanalizáló, karmesterszerep. Az európai tapasztalat is azt mutatja, hogy noha sokféle szakma érintett a gyermekek preventív-gyógyító ellátásában, az elsődleges-ellátó gyermekorvos az gyermek igazi ügyvédje. Ez azt jelenti, hogy a gyermek körül található számos szakember közül elsősorban a gyermekorvos képes az adott gyermek individuális egészségügyi szükségleteivel lépést tartani. Mint egy igazi karmesternél, nála futnak össze a különböző szubspecialitások szálai, és ő indítja el a legkülönbözőbb kivizsgálásokat, szervezi a konzultációkat, felügyeli a folyamatokat. Több országban – így Németországban is – felismerték, hogy a progresszivitás magasabb szintjein tevékenykedő gyermekgyógyász szubspecialitások zavartalan működésének és kiteljesedésének záloga a biztos alapokat nyújtó elsődleges gyermekorvosi ellátás.

LONGITUDINÁLIS KAPCSOLAT

Az elsődleges orvosi ellátás leírására használt egyik lényeges jellemző, az orvos és páciense között fennálló folyamatos kapcsolat, a longitudinális ellátás. Ez azért is meghatározó eleme az elsődleges ellátásnak, mert ilyen hosszú időtartamú és szoros együttműködés más orvosi szakterületen nem tud létrejönni. Ebből a szervezeti jellegzetességből ered a mélyebb bizalmi kapcsolat és a családorientált ellátás lehetőségége. Az is igaz, hogy a szorosabb és családközei ismeretség teremti meg az átfogó, komprehenzív ellátás feltételeit is,

amelyek nélkül lehetetlen a gyermek fejlődésének ellenőrzése, lehető legjobb életminőségben való felnevelése.

KORSPECIFIKUS JELLEMZŐK

A kórházi és az elsődleges gyermekgyógyászati ellátás legfontosabb korszpecifikus jellemzője az, hogy a folyamatok egy fejlődő szervezetben zajlanak, az orvosi ellátás egy fejlődő, növekedő szervezetet érint. A betegségek megjelenése, dinamikája, diagnosztikája és kezelése is életkor által determinált. Ebből következik, hogy a gyermek- és ifjúkorúak elsődleges orvosi ellátása igényli a gyermekgyógyászati jártasságot, az egymást követő életszakaszok kórtani sajátosságainak ismeretét. A specializálódó orvoslás tengerében a házi gyermekorvosnak – egy-egy gyermekgyógyászati szakterület helyett – a gyermek egészségének teljességére fókuszálva figyelembe kell vennie páciensének pszichoszociális meghatározottságát is. A fejlődéspediátria szellemében, a növekedés követésén túl, a fejlődés mérföldköveinek időben történő, szakszerű értékelése is szükséges ahhoz, hogy ne csak „betegmentesen”, de a lehető legjobb életminőségben ériék el a ránk bízott gyermekek a felnőttkort.

SZOCIÁLIS SÉRÜLÉKENYSÉG

A gyermek szociálisan sérülékeny, a felnőtté válásnál jobban ki van téve a környezetéből érkező, egészségét, fejlődését befolyásoló hatásoknak. Nem mindegy, hogy milyen a családi háttere, jól vagy rosszul működik-e a közvetlen környezetét jelentő család. De tünetképző, betegségkeltő hatása lehet a rossz óvodai és iskolai környezetnek is. Mindezekre a körülményekre a gyermekorvosnak figyelemmel kell lennie, és mindig törekednie kell a házi- orvostanból kölcsönvett fogalom, az ún. „háromszoros kórisma” felállítására. Ez a szemléletmód a biztos gyermekgyógyászati szakismeret mellett a gyermek szocio-kulturális háttérének figyelembevételét is igényli.

PREVENCIÓ

A modern korban a megelőzéssel foglalkozó egészségügyi szakembereknek jóval nehezebb dolguk van, mint akár évtize-

dekkel ez előtt tevékenykedő társaiknak. Régebben egy-egy nagy hatású közegészségügyi intézkedés bevezetéséhez nem feltétlenül kellett a lakosok egyéni meggyőzése vagy akár aktív részvétele. Az ivóvíz- és csatornahálózat bevezetésének közegészségügyi előnyeiről senkit nem kellett egyénileg győzködni. Ma már – néha a túlzott demokrácia és önrendelkezés vadhajításaként – egyénileg kell meggyőzni a szülőket a védőoltások vagy a helyes életmód jótékony hatásairól. A lakosság, a szülők érdekelte tételéről, mások egészségének közegészségügyi veszélyeztetése esetén akár szankcionálásukról, a döntéshozók ez idáig nem mertek, nem akartak állást foglalni. Az elsődleges gyermekorvosi ellátás helyzetéből, működési és szervezeti sajátosságaiból következően mindinkább előtérbe kerül a megelőzés. Még mindig nem kellően felismert és elismert ugyanakkor az a tény, hogy egyrészt a felnőttkori megbetegedések megelőzése csak a gyermekkorban elkezdve lehet hatékony, másrészt az egészséges felnőttkor csak egészséges gyermekkorban gyökerezhet. A fogamzástól a felnőttkorig tartó történések, beavatkozások késői hatásainak kutatása is csak az elmúlt néhány évtizedben került előtérbe. A rövidtávú politikai gondolkodás és haszonelvűség miatt azonban máig nincs kellően elismerve a gyermekorvosok kiterjedt preventív munkája.

MEGVÁLTOZOTT MORBIDITÁSI VISZONYOK

A klasszikus fertőző betegségek a rendelkezésre álló eszközökkel korunkban könnyebben megelőzhetők és kezelhetők. Ezért a nem fertőző megbetegedések kerültek előtérbe, illetve korábban jószérivel csak felnőttkorra jellemző megbetegedések jelentek meg a gyermekek körében is. Ezek a változások a gyermekorvosoktól új gondolkodásmódot követelnek, felértékelik, és más megvilágításba helyezik az alapellátás nyújtotta ellátás minőségének kérdését. Egy asztmában szenvedő gyermeknél például ez a kérdés úgy vetődik fel, hogy az alapellátás hozzá tud-e járulni a gyermek és a család számára az elérhető legjobb életminőség, a legkevesebb gyógyszeresedés és iskolai hiányzás eléréséhez.

Tisztán szakmai oldalról vizsgálva három cél teljesülésében testesül meg az optimális ellátás: az elkerülhető halálesetek számának csökkenésében, a korszerű ellátásban, és a rendelkezésre álló források optimális felhasználásában, mindezek végső eredőjeként egy betegségmentes, az elérhető legjobb életminőségben megélt gyermekkorban.

ELKERÜLHETŐ HALÁLESETEK

Az európai gyermekhalálozás az elmúlt három évtizedben látványosan csökkent: a közegészségügy, a vakcinológia fejlődése, a magasabb színvonalú egészségügyi ellátás, és nem utolsósorban a szociális környezeti tényezők javulása következtében. 2009–2010-ben az EU-15 országokban (a bővítés előtti uniós államokban) a vezető halálokokat a baleseti sérülések, a mérgezés, a daganatos megbetegedések és a veleszületett súlyos rendellenességek, illetve a neurológiai problémák jelentették. A megbetegedések között a nem fertőző kórképek felelnek a különféle egészségi károsodásokkal eltöltött évek 79%-áért. Melyek az ide tartozó leggyakoribb betegcsoportok? A neuropszichiátriai betegségek, a veleszületett anomáliák, a muszkuloszkeletális megbetegedések, a légúti rendszer betegségei (többnyire asztma). Mindezek ismeretében rendkívül elgondolkodtató az a felismerés, amely a bővítés előtti, 2004-es EU-t alkotó nyugat-európai államok adatainak összegzéséből adódott, miszerint ha ezeknek az országoknak mindegyike a legjobb – svédországi – mutatókkal rendelkezett (teljesített) volna, akkor évente összesen 6000 gyermek halála elkerülhető lett volna.(!) Évente! Ez az adat önmagában persze nem bizonyítja a svéd ellátási modell minden tekintetben üdvöztető voltát vagy azonnali bevezethetőségét ezekben az országokban.

Magától értetődik, hogy az akut ellátásban, a betegségek felismerésében a beteggel való első találkozás meghatározó jelentőségű. A praxisban az egyik legnagyobb kihívás elkülöníteni a potenciálisan súlyos kimenettel fenyegető betegségeket a minor problémáktól. Egy széles körű nyugat-európai vizsgálat kimutatta, hogy a sürgősségi osztályokon megforduló betegek 15–57%-a semmiféle olyan sürgős ellátást igénylő betegségben nem szenvedett, amit ne lehetett volna biztonsággal kezelni az alapellátásban is. Ám az elkerülhető akut halálozások (pl. meningococcus meningitis, szepszis) azt is jelzik, hogy vannak gyermekek, akik nem, vagy nem időben kapják meg a magas progresszivitásnak megfelelő orvosi ellátást. A malignus megbetegedések késedelmes esetei is az elsődleges ellátás szűrő funkciójának fontosságát jelzik. Az időben történő felismerést nehezíti e betegségek ritka előfordulása.

DIAGNOSZTIKUS ÉBERSÉG

A morbiditási struktúra átalakulása, a csecsemő- és gyermekhalálozás nagyarányú csökkenése jelentős hatásokkal járt az elsődleges gyermekorvosi ellátásra. Egyrészt az életminőségben megélt gyermekkorban

mabb minőségi paramétereinek vizsgálata, másrészt nehezebbé vált a súlyos vagy ritka betegségek kiszűrése a megfelelő szintű diagnosztikus éberség fenntartása. A speciális ellátás elérhetősége és az első orvosi döntés jelentősége változatlanul fontos, az ellátás minőségét meghatározó tényező maradt. Az elmúlt évtizedekben jól kitapintható trend a kóros irányú fejlődés kiszűrésének, és időben történő ellátásának felértékelődése. A megfelelően kivitelezett korai fejlesztés az esetek zömében képes a normális vágányra visszaterelni a gyermek fejlődését. A fejlődés nyomán követésének elhanyagolása esetén az oktatási rendszerbe olyan, későn vagy hibásan diagnosztizált tanulási, viselkedési nehézségekkel küszködő gyermekek érkeznek, akiken az életkor előrehaladásával már egyre nehezebb segíteni. Örömteli ezért, hogy a TÁMOP 6.1.4. projekt keretében eddig páratlan mértékű, az alapellátás szereplőit, valamint a szakellátókat és a szülőket egyaránt érintő módszertani képzés- és rendszerfejlesztő tevékenység indult el.

KRÓNIKUS BETEGSÉGEK

Változott a házi gyermekorvos szerepe a krónikus gyermekbetegségek ellátásában is. Egyrészt nőtt a krónikus gyermekbetegségek száma, másrészt jóval több ilyen páciens kezelhető, gondozható az elsődleges gyermekorvosi ellátás keretében. Noha számos betegség speciális centrumokban történő ellátást igényel (pl. súlyos kardiológiai anomáliák, rosszindulatú megbetegedések, ritka anyagcsere-betegségek), a gyakoribb kórképek mint az asztma, a diabétesz, a különböző viselkedészavarok az eddigiektől eltérően, magasabb színvonalon gondozhatók az alapellátásban. Így a gyermek és családja kisebb terhelésnek kitéve, a normálhoz közeli életet élhet. A krónikus betegek ellátásában az elsődleges gyermekellátás lehetőségeit az aktuális irányelvek, az egészségügyi és a szociális ellátók együttműködése, az információ-áramlás hatékonysága, a pénzügyi és az adminisztratív támogatás mértéke, valamint a továbbképzés lehetőségei határozzák meg.

INDIKÁTOROK

A szakmai minőségi mutatók, az indikátorok használata lehetővé teszi a rendszerek megbízható, egységes kritériumok melletti fejlődését. Ugyanakkor a döntéshozók és az ellátók számára is egyszerűsíti az adatgyűjtést, a szolgáltatás monitorizálását és javítását is. Az alkalmazhatóság azonban jelentős korlátokkal rendelkezik. Egyrészt az egészségügy teljesítményének mérése önmagában bonyolult feladat, másrészt

nem minden fontos dolgot tudunk mérni, illetve nem minden fontos, amit mérni tudunk. Ráadásul a különböző országokban működő eltérő ellátási struktúra eltérő definíciókat igényel, azaz azonos terminus technikusok mögött különböző, nem összehasonlítható tartalom áll, így az egyes országokban tett megállapítások csak korlátokkal értékelhetők.

Hazánkban korlátok nélkül elérhető a gyermek-alapellátás – azaz közvetlenül fordulhat a szülő gyermekével az alapellátást nyújtó gyermekorvoshoz. A 14 év alatti gyermekek döntő hányadát (80%) házi gyermekorvos, a többiek (20%) háziorvos látja el. Meg kell említenünk, hogy míg a vegyes praxisok háziorvosainak karmesterszerepe a felnőttek ellátásában jól működik, ugyanez nem mondható el a hozzájuk tartozó gyermekek vonatkozásában. Ez a helyzet a vegyes praxisba tartozó gyermekeket illetően gyakran vezet megkésett ellátásokhoz, költségnövekedéshez.

A világon egyedülállónak számító védőnői hálózat pedig a primer megelőzéssel és kisebb részben a szekunder prevencióval járul hozzá a gyermek- és fiatalkorúak elsődleges egészségügyi ellátásához. Ez a szolgálat a szociális hálózattal szoros együttműködésben a gyermeket nevelő családok szociális problémáinak megoldásában is segítséget nyújt.

A FORRÁSOK HATÉKONYSÁGA

Az alapellátás az egészségügyi ellátórendszer leginkább költségkímélő szegmense. Amennyiben itt sikerül a definitív ellátás arányát javítani, a jóval nagyobb költségigényű járóbeteg-szakrendelések, fekvőbeteg-ellátások száma, illetve leterheltsége is csökkenthető. Az is tény, hogy alultervezett vagy rosszul működő gyermek-alapellátás esetén a betegek nagyobb arányban kerülnek a progresszív szintekre, vagy megkésett, ezért költségesebb terápiáigényelnek meg a gyermekgyógyász szubspecialistákhoz. Az alapellátásban megvalósuló longitudinális,

sokszor több évtizedes viszony a családdal, a holisztikus szemlélet, az evidenciák és az empiria magas szintű alkalmazása adja meg a garanciát a karmesterfunkciónak a társadalom által elvárt megvalósulására. A kérdés nem speciálisan magyar probléma, hiszen az egész világon súlyos gond az egészségügyi kiadások mértéke. Közben a költségtakarékosság kulcskérdés lett, azt is látni kell, hogy az egészségügyre nehezedő pénzügyi nyomás elsősorban a sebezhetőbb, gyengébb érdekérvényesítő társadalmi csoportokra irányul, akik között természetesen ott vannak a gyermekek is.

FŐ SZEMPONT: A GYERMEKEK SZÜKSÉGLETE

A gyermekgyógyászat felé néha egyértelműen, máskor csak távolról megfogalmazott kihívások, igények érkeznek a betegek, a szülők, az egészségbiztosítók, a szakmai tudományos műhelyek irányából, és magától a társadalomtól is. Ezek az elvárások néha ellentmondásos viszonyban állnak egymással. Példa erre az az ellentét, ami az adott betegség kezelésének társadalmilag elfogadható költsége, és az egyén számára a saját egészségéért elfogadható pénzügyi terhelés között keletkezhet. A XXI. században a gyermekgyógyászati alapellátás több olyan általános kihívással is szembesül, amelyekkel hazánkban is őszintén szembe kell nézni.

Az ellátórendszerek (szerkezet, szaktudás, források, szakmai kapcsolatok) adaptációja a változásokhoz általában nehézkes, s ez jelentős mértékben hozzájárul a földrészünkön tapasztalható eltérő színvonalú szolgáltatásokhoz. Ez a kérdés egyetlen módon kezelhető sikeresen: az ellátórendszer fejlesztésében a gyermekek szükségleteit kell fő szempontnak tekinteni. Az alapellátás, a szakrendelők, a kórházak és a közegészségügy kapcsolatainak újragondolása is javíthatja az ellátás színvonalát. Ez nem a költséges strukturális változtatásokat követeli meg elsősorban, hanem a

funkcionalitás szempontjából kikényszerített betegirányítási, szervezési, módszertani eszközökkel is véghezvihető.

Az alapvető kérdés az, hogy szerkezetében, az ellátók jártasságában és készségeiben lépést tud-e tartani az ellátórendszer a gyermekek mind komplexebb ellátási szükségleteivel. Az ellátórendszer szempontjából a legnagyobb kihívást a csökkenő gyermeklétszám mellett rohamosan gyarapodó és egyben avuló gyermekgyógyászati ismeretanyag, a technikai fejlődés nyújtotta nagyobb diagnosztikai és kezelési lehetőségek jelentik. Ezekhez az új keletű próbatételekhez nem lehet egy, az utóbbi évtizedekben lényegében magára hagyott, korszerűtlen házi gyermekorvosi rendszerrel alkalmazkodni. Egy atomizált, feleslegesen széttagolt és egyenetlen területi eloszlású praxishálózattal nem lehet az új ismeretanyagot és technikát interdiszciplináris teammunkában korszerűen alkalmazni. A 60. életévhez közelítő házi gyermekorvosi korfa, a hiányzó utánpótlás, az ellátás fehér foltjai, a megváltozott morbiditási viszonyokhoz megkövetelt új készségek, a szakágak, szakellátások hatékony funkcionális együttműködésének hiánya elodázhatatlan megoldások után kiált.

E változásokat számos egyéb tényező is meghatározza: a történelmileg kialakult szakmai kultúra, az ellátórendszer flexibilitása, a gazdasági lehetőségek, a politikai döntéshozók és a közvélemény meggyőződései egyaránt. A gyermekek egészségügyének alakulásában nem elhanyagolható a szociális és a kulturális tényezők szerepe sem. Noha az elmúlt évtizedekben jobb színvonalú ellátás jött létre, a speciális gyermekorvosi ellátás elérhetőségének egyenlőtlenségei nem szűntek meg. Nincs vizsgálat, és így döntéshozói belátás arra, hogy egy erős bázist jelentő házi gyermekorvosi rendszer milyen jótékony hatású lenne rövid és középtávon a gyermekek, hosszabb távon pedig a felnőttek népességügyi helyzetére.

...az új keletű próbatételekhez nem lehet egy, az utóbbi évtizedekben lényegében magára hagyott, korszerűtlen házi gyermekorvosi rendszerrel alkalmazkodni. Egy atomizált, feleslegesen széttagolt és egyenetlen területi eloszlású praxishálózattal nem lehet az új ismeretanyagot és technikát interdiszciplináris teammunkában korszerűen alkalmazni. A 60. életévhez közelítő házi gyermekorvosi korfa, a hiányzó utánpótlás, az ellátás fehér foltjai, a megváltozott morbiditási viszonyokhoz megkövetelt új készségek, a szakágak, szakellátások hatékony funkcionális együttműködésének hiánya elodázhatatlan megoldások után kiált.