

Mutatis mutandis

Felvetődhet a kérdés, hogy időről időre miért adunk betekintést más országok gyermekorvosi ellátórendszerének gondjaiba. Hiszen annyira eltérőek a képzési rendszerek, más a terminológia és főleg a finanszírozás, hogy a hazai viszonyokra az ottani helyzetfelmérések, problémamegoldások tanulságai csak igen korlátozottan érvényesíthetők. Bizunk azonban abban, hogy nem haszontalan időnként körülnézni a világban. Az alábbiakban kivonatossan ismertetjük a német gyermekorvosi egyesület újságjában (BVKJ Kinder- und Jugendarzt) Andreas Sprinz által összefoglalt új gyermekgyógyászati továbbképzési modell fontosabb elemeit.

GYERMEKGYÓGYÁSZATI SZUBSPECIALITÁSOK

2009 végére befejeződött a német szakképzési, továbbképzési rendszer átalakítása. Az új továbbképzési modell az eddigi neonatológiai és gyermekkardiológiai szubspecialitások mellé még további hét gyermekgyógyászati szubspecialitás és kiegészítő ráképzési igazolás megszerzésének lehetőségét teremtette meg. A praxisokban tevékenykedő gyermekorvosok 17 százaléka, míg a klinikákon dolgozó gyermekgyógyászok 34 százaléka, összességében a német egyesület tagjainak 20 százaléka rendelkezik legalább egy ráépített szakvizsgával vagy licenccel.

A SZUBSPECIALITÁSOK HELYE A GYERMEKORVOSI ELLÁTÁSBAN

A gyermekgyógyászati szubspecialitások képzésének újragondolásával azok szerepét, finanszírozását is újra kell fogalmazni mind a praxisokban, mind a klinikai szakrendeléseken. A gyermekorvosi szubspecialitások képzését, a kiegészítő továbbképzéseket csak a házi (elsődleges) gyermekorvosi ellátással együtt mint egységes gyermekgyógyászati ellátórendszert lehet vizsgálni és tervezni.

A német szakmapolitikának ahhoz, hogy a gyermekek és ifjúkorúak ellátórendszere működőképes legyen, a következő kérdésekre kell sürgősen választ keresni:

- A jelenlegi életkori struktúra alapján hány új gyermekorvosra lesz szükség a jövőben?
- Hány általános gyermekorvost és hány gyermekgyógyász szubspecialistát igényel a gyermekek és a serdülők ellátása?
- Milyen szerepet játszanak az egészségügyi rendszerben az elsődleges ellátást végző általános gyermekgyógyászattal összhangban működő gyermekgyógyászati szubspecialitások?

ELLÁTÁSPIRAMIS

A gyermekek és a serdülőkorúak orvosi ellátása Németországban is több szakterületre támaszkodik. A gyermekek háziorvosi ellátását ott is részben „általános szakorvosok”, háziorvosok végzik. A minőségi gyermekorvosi gondozásban azonban

olyan speciális prevenciók, fejlődésneurológiai, gyermekallergológiai, szociálpédiatriai problémamegoldások és módszerek is döntő szerepet játszanak, amelyek kizárólag a gyermekgyógyászati továbbképzések tananyagának részét képezik. Ezért a gyermekek orvosi ellátásának minőségét elsősorban úgy lehet javítani, a gyermekek jogos igényeit kielégíteni, ha a jövőben az ellátás részterületein is a gyermekorvosok veszik át a főszerepet.

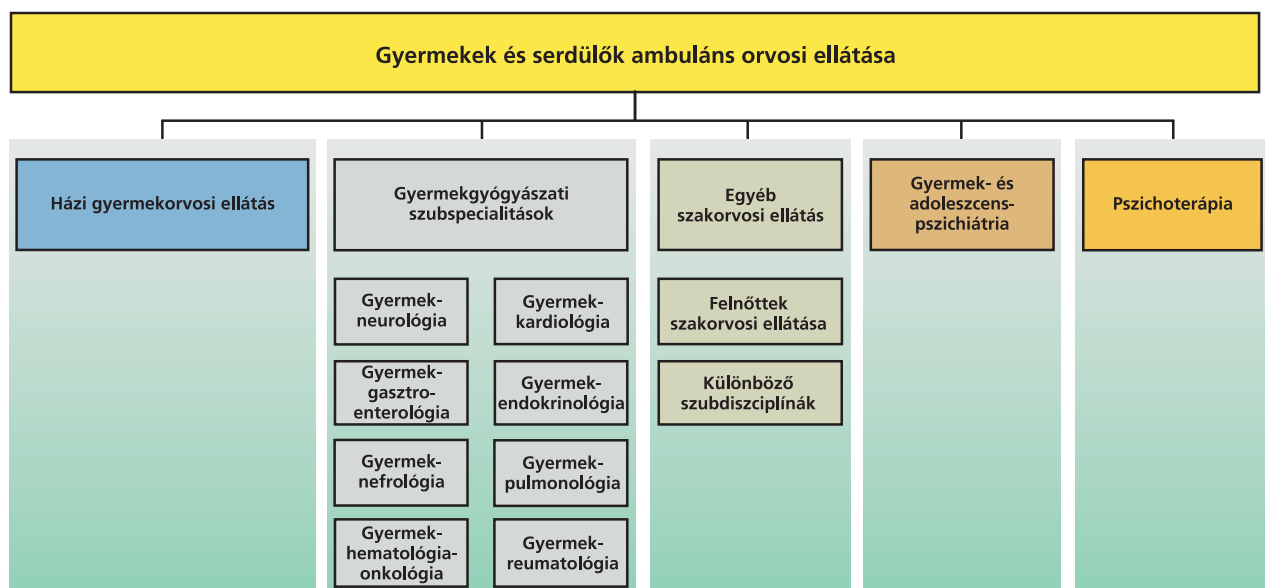
A speciális gyermekgyógyászati ellátás nyolc szubspecialitásra épül, kiegészítve az olyan szakmákat átfogó jártassággal, mint például az allergológia.

Az ambuláns szakorvosi ellátást olyan határterületi szakmákkal és azok szubdiszciplínáival kell kiegészíteni, mint a gyermekaudiológia, ortopédia, radiológia, gyermekpszichiátria és pszichoterápia.

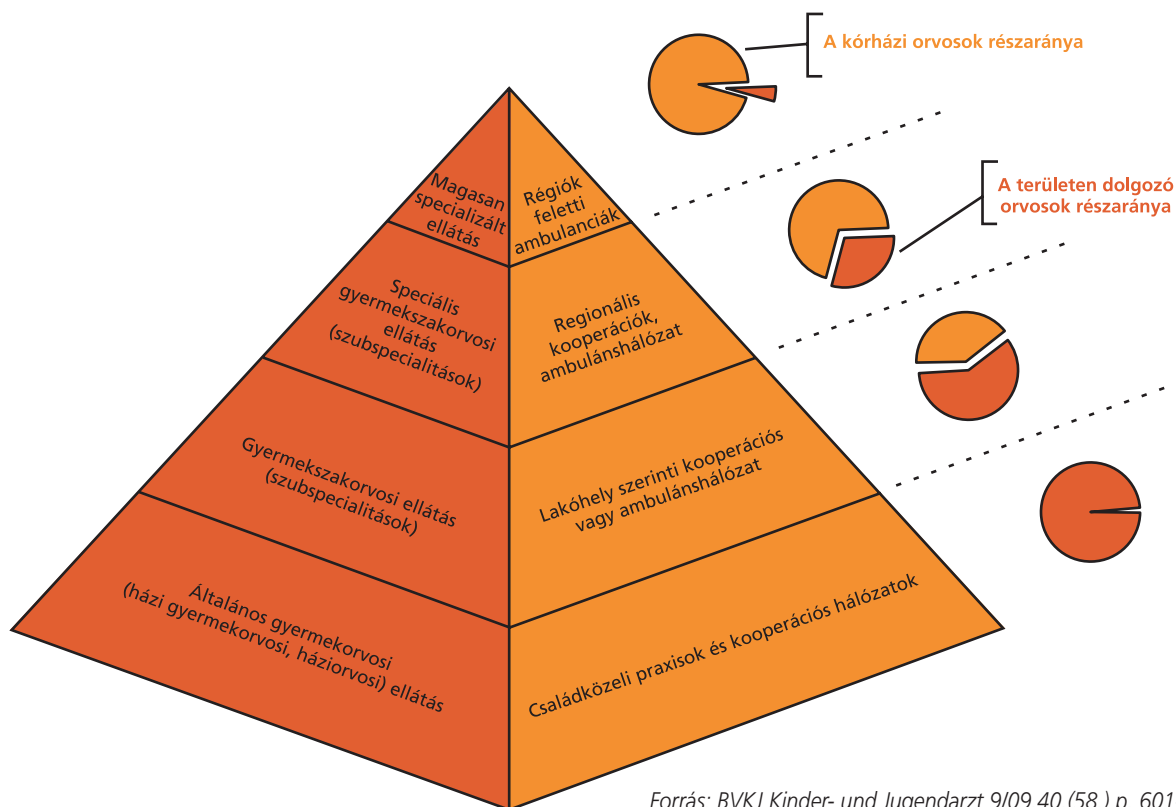
A 1. táblázat oszlopaiban a gyermekgyógyászat fejlődése során történetileg kialakult struktúra és a lakóhely közeli ellátás törvényben biztosított igénye egyaránt megmutatkozik. Az egyes szakterületek ellátásban elfoglalt helyének meghatározásához az ellátáspiрамиs csak mint általános modell használható. Ez a modell az ellátás bázisának a házi gyermekorvosi/házi orvosi ellátást, az ellátórendszer legmagasabb szintjének pedig a legmagasabban specializált szakellátást tekinti.

A felnőttellátáshoz hasonlóan, a gyermekgyógyásatra is igaz, hogy szakorvosi ellátásokat a praxisokban és a kórházak

1. táblázat



1. ábra Ellátáspiramis. A területi és a kórházi orvosok részaránya a gyermekek ambuláns ellátásában



Forrás: BVKJ Kinder- und Jugendarzt 9/09.40.(58.) p. 601-604.

ambulanciáin egyaránt végeznek. A specializált gyermekgyógyászati ellátásban a területen és a kórházakban dolgozó orvosok különböző arányban vesznek részt. A szakrendeléseken dolgozó szakorvosok többsége általános gyermekorvosként is dolgozik. A magas progresszivitási szintű speciális ambulanciák több régió feladatait ellátva a nagyobb klinikákra telepítve működnek. (1. ábra)

A német gyermekorvosi egyesület egyik alapvető célja a lakóhelyközelbeli általános gyermekorvosi ellátás biztosítása. Ez a stabil bázis több szempontból is elengedhetetlen feltétele egy jól működő ellátási piramisnak, többek között azért, mert egy gyermekgyógyászati szubspecialításra tartozó klinikai probléma az általános gyermekgyógyászati ellátásban valamiféle előszűrést igényel. Nem minden fejfájás esetében szükséges ugyanis gyermekneurológiai kivizsgálás, ugyanakkor egy súlyos, rohamszerűen jelentkező betegségben szenvedő gyermeknek könnyen elérhető gyermek-ideggyógyászati ellátást kell biztosítani. Ez a szelekció csak stabil általános gyermekgyógyászati alapokon valósítható meg, mert ennek hiányában a gyermekorvosi szubspecialitások túlterhelése miatt, azok elérhetőségében súlyos zavarok keletkezhetnek. A házi gyermekorvosi ellátás biztosítása ezért éppolyan fontos, mint a szubspecializált gyermekgyógyászati szolgáltatások kiépítése.

Fontos körülmény a tervezésben az is, hogy a praxisokban majdnem kétszer annyi szubspecialista gyermekorvos tevékenykedik, mint a klinikákon. Ezzel a területen dolgozó ambuláns szubspecialista gyermekorvosok csoportja számszerűen illeszkedik az ellátás igényeihez.

Az ellátás szerkezetéről folytatott vitában ezt a két szempontot figyelembe kell venni. Ha a különböző ellátási szintek helyzetének megvitatása elmarad, akkor a betegellátás terhei alatt az egész ellátási piramis összeomolhat.

DIFFERENCIÁLT TERVEZÉS

Az általános gyermekgyógyászat, de a speciális gyermekgyógyászat szakterületein sem hajtják azonban végre megfelelő differenciáltsággal a terület és a kórházak szakorvosi álláshelyeinek betöltését. Ez – többek között – az ellátórendszer átstrukturálódását eredményezheti. Példa erre, ha egy megüresedett házi gyermekorvosi álláshelyre olyan orvost szerződtetnek, aki a továbbiakban a kórházi centrum szubspecialistájaként tevékenykedik. Így a pénz is átkerül az általános gyermekorvosi ellátásból a speciális gyermekgyógyászati ellátásba, a betegek és a rendszerben maradó általános gyermekorvosi praxisok hátrányára. Ez a folyamat persze fordítva is megtörténhet. Ezért csak a különböző ellátási szintek szükségleteinek differenciált tervezése eredményezheti azt, hogy megfelelő

számú általános gyermekorvos és gyermekgyógyász szubspecialista kerüljön egy-egy területre. A tervezés folyamatában nemcsak az egyes gyermekgyógyászati szubspecialitások képviselőinek, hanem az egész gyermekgyógyászat szakmai közösségének is részt kell vennie.

A szükségletek felmérésekor és a tervezésben is figyelembe kell venni, hogy a közeljövőben a gyermekgyógyászat kollégák jelentős része kiválik az aktív munkából, szinte a robbanásig feszítve ezzel a praxisok betöltésének, és az állások utódlásának gondjait. Ezért vonzó továbbképzési lehetőségeket kell biztosítani a klinikákon és a praxisokban dolgozó, az általános gyermekgyógyászat és a különböző gyermekgyógyászati szubdiszciplínák terén jártasságot szerezni kívánók számára. Így lehetne megelőzni azt, hogy a jövőben az egyes szakterületeken szakemberhiány vagy túlkínálat jöjjön létre. A szükségletek pontosabb felmérésébe a német orvosi kamarát és a szakmai érdekvédelmi szervezeteket is be kell vonni.

Itt az ideje egy, a finanszírozást is magában foglaló, a szükségletekhez igazodó tervezésnek, mert az általános gyermekorvosok és a gyermekgyógyász szubspecialisták iránti igényeket csak így lehet kielégíteni.