

A gyermek-alapellátás fejlesztésének szempontjai Európában

A megjelenés előtt álló tanulmány szerzői:

PROF. TOM STIRIS elnök, a European Academy of Paediatrics (EAP) nevében

PROF. LEYLA NAMAŽOVA elnök, a European Paediatric Association (EPA) nevében

PROF. GOTTFRIED HUSS elnök, a European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP) nevében

Az állásfoglalás szerzői a gyermek-alapellátás fejlesztésének stratégiai kérdéseivel (forrásteremtés, minőségfejlesztés, képzés, humánerőforrás-biztosítás) foglalkozó szakemberek figyelmébe ajánlják írásukat. Olyan kérdésekre keresnek megoldási javaslatokat, amelyek a mortalitási/morbiditási adatok, a szolgáltatási skála, a képzett és kompetens szakemberbázis országokon belüli és országok közötti eltéréseiből adódnak. A tanulmány releváns lehet ott is, ahol gyermekorvosok, és ott is, ahol háziorvosok végzik a gyermekellátást. Elismerve, hogy a jobban képzett szakember jobb ellátást nyújt, és belátva, hogy egy adott ország vagy régió gazdasági körülményeinek, munkaerőhelyzetének, tradícióinak figyelembevétele megkerülhetetlen, nem akarnak állást foglalni abban, hogy a gyermekorvosi vagy a családorvosi modell az üdvöztető-e minden országban a gyerekeknek. Mindkét modellnek vannak előnyei és hátrányai, meghatározónak azonban azt tartják, hogy adott egészségi helyzet és gazdasági körülmények között miként érhetjük el a lehető legjobb eredményt.

A FEJLESZTÉS CÉLJA

A dolgozat mottója, hogy az evidenciákon nyugvó változtatásoknak lakóhelyközeli és hatékony ellátás biztosításával, közel egyenlő hozzáférési esélyek megteremtésével kell jobb egészségi állapotot biztosítaniuk.

Vezérlő elvnek az ENSZ Gyermekjogi Konvencióját, annak is a 24. cikkelyét tartják, ez rögzíti, hogy minden gyereknek joga van az egészséghez és egészségügyi ellátáshoz, minden gyermeknek jár az egészségét veszélyeztető tényezők elleni védelem, a jól-

létét segítő, evidencián alapuló, kompetens szakemberek által megfelelő helyen és időben nyújtott integrált ellátás.

Szaporodnak ugyan a közlemények követhető modellekről, átvételüket azonban nehezíti az igazán körültekintő felmérések, releváns adatok, információk hiánya. A gyermek-alapellátás finanszírozása, struktúrája, minősége, fejlesztése országoként eltérő. Csak példaként jegyzik meg, hogy van ahol 5, és van, ahol 18 éves korig tartozik gyermekorvoshoz a gyerek. Néhol, főként ott, ahol nincs kellő gyakorlat fogyatékkal élő, krónikus betegségben szenvedő, vagy mentálisan sérült fiatalok gondozásában, 24 éves kor felett cserél „gazdát” a beteg. A gyermekorvos-háziorvos váltás időpontja viszont befolyásolja a gyermek-alapellátás munkaerőigényét, az ellátók kompetenciakörét, ami jelzi, hogy a rendszer egy-egy szeletét érintő változás a „torta” többi szeletét is érinti.

EVIDENCIAALAPÚ ELLÁTÁS

Nem lehet ott jó ellátást nyújtani, ahol korszerűtlenek a finanszírozási elvek, elavult az ellátási struktúra. Meghatározónak az elérhető legmagasabb szintű evidencián álló ellátás minőségét kell tekinteni. Mind inkább bizonyosodik, hogy az átfedéseket elkerülő, egymáshoz illeszkedő, megfelelő időben és megfelelő helyen nyújtott szolgáltatásokat team-munkában végző, kompetens szakemberek felelős együttműködésére van szükség. Bár bizonyos feladatok végezhetőek óvodai vagy iskolai közösségben, bázisnak a megfelelően felszerelt, lakhelyközeli rendelőt kell tekinteni. (Mindez nem zárja ki azt, hogy lehet rendszerszerű szolgáltatást nyújtani ott is, ahol kórházi osztály felel a primer ellátásért, vagy ott is, ahol más végzi a gyógyítást, mint a megelőzést.) Hogy mentesítsék a kórházak sürgősségi osztályait az indokolatlan igénybevételtől, a munkaidőn túli alapellátási ügyelet megszervezése is elengedhetetlen.

VÁLTOZÓ MORBIDITÁS, FOKOZÓDÓ EGYENLŐTLENSÉG, FEJLŐDŐ INFORMATIKA

Az infekciós megbetegedések csökkenésével, a halálzási adatok különösen a legfiatalabb korcsoportokat érintő drámai javulá-

sával egy időben emelkedik a hosszú távú gondozást igénylő kórképek száma. Nő a mentális zavarokkal küzdők, a túlsúlyos, a veszélyeztető magatartási zavarral küzdő fiatalok száma, szaporodnak a szexuális úton átvihető betegségek, továbbra is gondot okoz a magas baleseti halálozás.

Fokozódnak az országokon belüli és az országok közötti egyenlőtlenségek, történelmi-gazdasági különbségek befolyásolják a gyermekjóléti támogatások, az egészségügyre fordított költségek nagyságát, a munkavállalási esélyeket. Erodulódnak a szociális szolidaritás, nehezen garantálható az egészséghez való generális emberi jog. Az Európán belüli migráció mellett terheli az egészségügyet az Ázsiából, Afrikából bevándorló gyermekek növekvő száma, az eltérő kulturális háttérükből adódó beilleszkedési és viselkedészavarok széles skálája.

Az informatika révén terjedő ismeretek következtében egyre többen fordulnak – sokszor indokolatlanul – a primer és a sürgősségi ellátókhoz. A digitálisra ellenére – különösen Kelet-Közép- és Kelet-Európában – változatlanul nagyarányú a papíralapú dokumentáció. Intézmények közötti adatcsere hiányában kevés az összevetésre, minőségkontrollra alkalmas adat. Reményteljes lehetőségeket kínál a krónikus betegségek gondozásában az okostelefon, az elektronikus eszközök kiterjedtebb használata, az elektronikus konzultációk, videokonferenciák fokozottabb igénybevétele.

A HUMÁN ERŐFORRÁS KÉRDÉSEI

Általános gond, hogy nincs megfelelően körülhatárolva az alapellátástól várható szolgáltatások köre, nincs tisztázva sem a szolgáltatói, sem a kompetenciakör. Tisztázandó, hogy adott kezelésnek milyen képzés és eszközállomány a feltétele. Egyes országokban orvosok, másol (gyermekápoló vagy közegészségügyi) nővérek végzik a preventívot, de sokszor bizonytalan, hogy mi tartozik a háziorvos, mi a gyermekorvos, és ha van, mi a „nurse practitioner” (bizonyos, hagyományosan orvosi feladatot ellátó, egyetemet végzett, gyermekgyógyászatban magasan képzett nővér) hatásköre. Olyan összetételű szakembergárdát kell összehozni, amely képes egy adott területen élő lakosság felmért szükségleteinek helyi szintű kezeléséhez, és megfelelő munkafeltétele-

ket kell teremteni a team, a csapattagok hatékony, korszerű szakmai együttműködésére. Megoldást kell találni az anyagi erőforrások, az utánpótlás, a tervezés, a vezetés, a képzés hiányosságaira.

Van, ahol úgy gondolják, hogy a gyermekorvosok hiányzó utánpótlására a családorvosi rendszer visszaállítása választ jelent, és nem veszik figyelembe, hogy megfelelő képzés és készség hiányában az ellátás színvonalának emiatt várható csökkenése, a kórházi beutalások számának növekedése összességében majd fokozza az egészségügy költségigényét.

El kell persze gondolkodnunk azon, hogy alapellátó orvosok hiányában milyen – hagyományosan orvos által végzett – feladatot lehetne a minőség veszélyeztetése nélkül, más szakemberkörre bízni. Kevesebb orvosra lenne szükség akkor is, ha felesleges igénybevételük csökkentése céljából nem készítenék őket párhuzamosan végzett feladatokra, vagy ha több lehetőséget kapna a szülő, gyermeke iskolai mulasztásának igazolására.

Speciálisan a gyermekegészségügyet terhelő probléma a női munkaerő növekvő aránya. Családi kötelezettségeik, karrierjük kihívásai, az éjszakai ügyelet okozta terhelés, vagy akár visszavonulásuk optimális időpontja, mind olyan szempont, ami megkerülhetetlen, amikor a humán erőforrásról vagy életpályamodellről gondolkodunk. Ha nincs lehetőség részállású munkaidőre, könnyen pályaelhagyóvá válhat az, aki képtelen főállás vállalására, de választ kell keresni

azokra a helyzetekre is, amelyek egy orvost korai visszavonulásra készítetnek.

ÖSSZEGÉS

Kimondható, hogy a primer, szekunder és terciér ellátás hagyományos felépítése már nem felel meg a XXI. század kihívásainak. Az egymástól független, magányos egységekből álló házi orvosi szisztéma korszerűtlené vált.

A biztonságos, családközei és fenntartható gyermekellátás érdekében az adott térség lakosságának igényeit kielégítő, a gyermekek egészségi állapotát szem előtt tartó, helyi kezelésükre alkalmas, egymással szorosan együttműködő, multidiszciplináris csapat hálózatát kell kialakítani. Tradicionális kötelezettségeiken túl ezeknek a csoportoknak a szekunder ellátás biztonsággal átadható feladatköreit is át kell vállalniuk. A primer és szekunder ellátás szélesebb körű integrációját a krónikus betegek növekvő gondozási igénye is sürgeti. Az irányítást illetően nem az a döntő, hogy ki (házi gyermekorvos, háziorvos vagy nővér) vezeti-e a csoportot, hanem az, hogy a megfelelő gyakorlattal rendelkező vezető munkáját hozzáértő szakemberek segítsék.

Egy gyermek jólléte a szülők jóllététől is függ, ami különösen érvényes a legsérülékenyebb gyermekcsoportok esetén. Ezért a gyermek- és felnőttellátásnak a jövőben nem egymástól elkülönítetten, hanem egymással összehangoltan kell működnie.

Nincs ma még egyértelmű bizonyíték arra, hogy egyik vagy másik ellátási modell Európa-szerte történő, vagy egy adott országon belüli általános bevezetése feltétlenül célravezető volna. Bár Európában többnyire gyermekorvosok végzik a gyermek-alapellátást, rendelkeznek kiváló mutatókkal olyan országok is, ahol családorvosok mellett magasan képzett nővérek nyújtanak a gyermekeknek „first contact care”-t (elsődleges ellátást). Más szisztémára ad lehetőséget egy sűrűn lakott terület, mint egy ritkán lakott, más a szociálisan deprivált réteg gyermekeinek szükséglete, mint egy migráns populációé, tehát amikor adott népesség ellátásának fejlesztéséről, szakemberigényéről, képzési igényekről döntenek, differenciált szempontokra kell tekintettel lenni.

Javítaná a gyermekek elsődleges ellátását, nőne egy ellátó team kompetenciája, ha azokon a területeken, ahol ma gyermekorvos csak kórházi osztályon érhető el, egy (vagy több) gyermekgyógyász is az alapellátás integráns részévé válna.

Fel kell mérni, hogy hol, melyik ellátási forma eredményezne nagyobb javulást, milyen következménye lenne egy változásnak az ellátás további szereplőire, melyek a fejlesztés prioritásai.

Alapvető igazság, hogy mindezek megvalósítása előrelátó vezetés hiányában esélytelen.

AZ ISMERTETŐT KÉSZÍTETTE: KÁDÁR FERENC

A minőség

Minden инвестиáció, amit a gyerekegészség fejlesztésére fordítanak, nagyobb társadalmi előnnyel jár, mint ha ugyanazt az összeget a felnőttellátásba fektetik.

Az ellátás minősége (hozzáférhetőség, betegelégedettség, eredményesség) nem függetleníthető az adott terület kulturális jellemzőitől, etnikai tényezőitől, fizetőképeségétől, gazdasági helyzetétől.

Minőségi mutató az is, hogy milyen arányban születik megfelelő döntés az első orvos–beteg találkozáskor, és levonják-e a megfelelő konzekvenciákat az egészségügy szereplőitől, ha hibáznak.

Az ellátás minősége elválaszthatatlan a csapat tagok szakképzettségétől, meghatározó fontossága a kompetenciáknak van. A kompetencia és a képzés „kéz a kézben” jár. A képzés illeszkedjen az elvárt szerepkörhöz, ne csupán ismeretet, de készséget is adjon, legyen strukturált és számon kérhető. Eredményessége azzal mérhető, hogy a képzett személy milyen mértékben képes az ismereteket a „való világban”, a gyakorlatban is hasznosítani. A továbbképzés érdekében lehetőséget kell teremteni akár hosszabb „alkotószabadságra” (sabbatical) is.

Érdemes a „fejlesztéstudományba” és felmérésekbe befektetni, ha valóban akarunk javítani az ellátáson.