

Az elsődleges gyermekorvosi ellátás: elmélet és gyakorlat

Kálmán Mihály – Kovács Ákos

Gyermekek elsődleges egészségügyi ellátása

Az elsődleges egészségügyi ellátás meghatározása

Amikor a gyermekek elsődleges, területi gyermekorvosi ellátását, mint tevékenységet kívánjuk meghatározni, akkor először meg kell ismerkednünk az egészségügyi, az orvosi alapellátás céljával, fogalmával. Az elsődleges háziorvosi és gyermekorvosi ellátás alapvető célja – az orvostudomány, elsősorban a belgyógyászat és a gyermekgyógyászat fejlődése által biztosított lehetőségek kihasználásával – a felnőttek, a gyermekek egészségügyi igényeinek minél teljesebb, és minél magasabb szintű kielégítése. A gyermekekre különösen igaz, hogy a leghumánusabb a beteg otthonában történő ellátás. Ezért nem kérdőjelezhető meg az a szándék, mely a gyermekbetegek kórházon kívüli, biztonságos, ugyanakkor a lehető legkiterjedtebb definitív ellátására irányul.

Az elsődleges ellátás (alapellátás) fogalmát az 1960-as években olyan átfogó ellátásként határozták meg, melyben a páciens hosszú időn keresztül ugyanattól az egészségügyi ellátótól részesül. Ez a fogalom tágabb értelemben nemcsak a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátást, hanem egyéb, a család közelében végezhető, annak bármely tagját érintő egészségügyi szolgáltatást is magában foglalja. Az egészségügyi -, így az orvosi - alapellátás fogalmának korszerű meghatározásához, jelentőségének elismeréséhez az ismeretanyag rohamos gyarapodásával szükségszerűen létrejövő orvosi szubspecialitások megjelenése is hozzájárult. Az egészségügyi ellátások bonyolult hálózatában ugyanis egyre nagyobb igény mutatkozott egy, a páciens holisztikus szemlélettel gondozó ellátórendszerre. A házi orvos, a házi gyermekorvos helyét az egészségügyi szolgáltatások, az egészségügyi alapellátás egyéb szakterületeinek, szakágazatainak viszonyrendszerén belül (védőnő, korai fejlesztő, gyógytornász, gyógypedagógus dietetikus, pszichológus, iskola-egészségügy, gyermekjóléti szakemberek stb.) célszerű meghatározni. Olyan ellátórendszerekre van szükség, melyekben az elsődleges ellátást nyújtó orvosa leghatékonyabban képes a gyermekek igényeinek megfelelő speciális tevékenységét kifejteni.

1966-ban az Amerikai Orvostársaság elismerte az elsődleges ellátás fontosságát, és országos kötelezettséget vállalt az alapellátásban dolgozó orvosok képzésére. 1974-ben Charney és Alpert az elsődleges orvosi ellátás újabb meghatározását fogalmazták meg, felosztva azt a következő karakterisztikus komponensekre: első kontaktus, longitudinális ellátás, család-orientáció, az átfogó ellátás koordinációja. A WHO 1978-as Alma Ata-i konferenciáján, - megőrizve az eredeti kritériumokat - még pontosabban határozták meg az elsődleges egészségügyi ellátás fogalmát. 1994-ben Barbara Starfield és mások is megerősítették, és kiegészítették az alapellátás esszenciális elemeit, sajátosságait.

Nevezéktan

A betegek területi, kórházon, szakrendelőn kívüli ellátására a szakirodalomban egyaránt használják az „alapellátás” és az „elsődleges” ellátás elnevezéseket. Az angolszász országokban általánosan elterjedt „primary care” vagyis „elsődleges ellátás” elnevezés a valósághoz pontosabban igazodva fejezi ki ennek a szolgáltatásnak az ellátás rendszerében elfoglalt helyzetét, feladatkörének lényegét, mint a német nyelvterületen elterjedt „Grundversorgung” vagyis „alapellátás” meghatározás. Az elsődleges ellátás kifejezés ugyanis egyértelműen jelzi azt a lényeges körülményt, hogy a betegek ezen a ponton kerülnek először kapcsolatba az egészségügyi rendszerével.

A gyermekgyógyászati ellátás alrendszerében a gyermekorvosi alapellátásról helyesen csak abban az értelemben beszélhetünk, hogy erre, mint „alapra” épülhet rá, és teljesebben ki egy magas szintű szubspeciális gyermekgyógyászati ellátás. Félrevezető lehet az „alap” kifejezés használata, ha azzal kizárólag a házi gyermekorvos tudásának, ismeretanyagának terjedelmét, mélységét kívánjuk

jellemezni. Az elsődleges gyermekorvosi tevékenység ellátásához ugyanis nem csupán egy leegyszerűsített, „alap” „(alapfokú)” gyermekgyógyászati tudásanyagra, hanem egy speciálisan összeállított, a területi specifikumokkal kiegészített, és rendszeresen karbantartott általános gyermekgyógyász szakorvosi curriculum alkalmazására is szükség van.

E tevékenységnek a klinikai stúdiumok során elsajátított gyermekgyógyászati ismereteken alapuló, de mégis speciális elemeit, sajátosságait a továbbiakban e fejezet kísérli meg ismertetni, szemléltetni.

Az elsődleges gyermekorvosi ellátás helyzete

A házi orvosi alapellátás módszertani sajátosságai jellemzik az elsődleges gyermekorvosi ellátást is, melyeket azonban a gyermekek speciális igényei szerint – általános gyermekgyógyászati szakképzettséggel – a gyermekorvoslás sajátos körülményei között kell alkalmazni.

Gyermekeket a házi gyermekorvosokon kívül természetesen házi orvosok és gyermekgyógyász szubspecialisták is ellátnak. E három szakmai entitás gyermekellátó gyakorlata mögött eltérő képzettség húzódik meg. A házi orvosok elsősorban a felnőttek területén történő orvosi ellátására készülnek, teljes körűen elsajátítva az alapellátásban szükséges szemléletet, módszereket. Oktatásukban –értelemszerűen – kisebb szeletet képvisel a gyermekgyógyászati klinikum és gyakorlat. A házi gyermekorvosok az 5 éves gyermekklinikai - kórházi képzésük során a klinikai gyermekgyógyászatban tesznek szert alapos jártasságra, ugyanakkor háttérbe szorul - a házi orvosok képzésében megfelelő terjedelmű-, a területi ellátásban nélkülözhetetlen speciális módszertan és „területi” ismeretanyag. A gyermekgyógyászati szubspecialisták a szekunder és terciér gyermekellátásban egy-egy gyermekgyógyászati részterületre vonatkozó nagy elméleti-gyakorlati tudással bíró, kutató, oktató szakemberekként, magas progresszivitási szinteken látják el a gyermekeket. Ők a kórház vagy a klinika ambulanciáján ugyan jártasságot szereznek a járóbeteg-ellátásban is, ez az ismeret azonban nem teljesen azonos a praxistevékenységgel szükséges ismeretanyaggal.

Ezek az orvosképzésben még meglévő eltérő hangsúlyok azonban nem indokolják, hogy az indokoltnál nagyobb mértékben különbséget tegyünk a gyermekeket ellátó orvosok között. E specifikumok inkább arra kell, hogy sarkalljanak minden gyermeket ellátó orvost, hogy e fejezet, sőt az egész kézikönyv szemléletéből – lehetőségeikhez mérten – a hasznosítható elemeket beépítsék gyógyító munkájukba. Az elsődleges ellátó gyermekorvos attitűdjének, szemléletének átvehető elemei még a magas progresszivitási szinten dolgozó gyermekgyógyász szubspecialisták munkáját is segíthetik. A házi gyermekorvosoknak ugyanakkor a gyermekgyógyászati szubspecialitások egyre mélyülő ismereteiből folyamatosan frissíteni kell a területen hasznosítható tudásukat. Egy-egy gyermekgyógyászati szubspecialitásban való jártasság, sőt szakképzettség ugyanis kiegészítve a praxistevékenységgel szükséges ismeretekkel emeli az elsődleges gyermekorvosi ellátás színvonalát. A felnőttek alapellátására kiképzett házi orvosokat folyamatosan segíteni kell egy kiterjedtebb definitív gyermekellátást biztosító gyermekgyógyászati tudás megszerzésében. E kölcsönös ismeretátadás ellenére sem vitatható azonban, hogy az 5 éves gyermekgyógyászati klinikai gyakorlattal felvértezett gyermekorvosok képesek -, elsajátítva az elsődleges ellátás módszereit - a gyermekek legmagasabb szintű definitív ellátására a területen. A gyermekbetegségek kórházi ellátásában megszerzett tudásuk, kiegészítve a területi ellátás követelte ismeretanyaggal alkalmassá teszi őket arra, hogy minél nagyobb számú gyermeket gyógyítsanak meg a saját otthonában.

A megelőzés, a normális fejlődés követése, a kóros fejlődés korai detektálása, a védőoltások, a szociálpédiátria ismeretanyagának alkalmazása, a különböző pszicho-szociális zavarok, családi diszfunkciók észlelése, lehetőségek szerinti menedzselése egyaránt a házi gyermekorvosok tevékenységi körébe tartozik. A csecsemő és a kisgyermek kóros irányú fejlődésének időben, vagyis a lehető legkorábban történő felfedezése a gyermekgyógyászati diagnosztika egyik csúcsteljesítménye. Ez a diagnózis a gyermek fejlődését a saját természetes közegében megfigyelő szülő, védőnő, és a betegségeket, azok vizsgálati módszereit ismerő és alkalmazó gyermekorvos együttműködésén alapszik. Az elsődleges gyermekorvosi ellátás feladata a krónikus gyermekbetegek holisztikus szemléletű gondozása is.

Az már az ellátó szisztéma kérdéskörébe tartozó probléma, hogy e kívánalmakat a gyermekorvos egyedüli praxisban, vagy különböző összetételű csoportokban (teamekben), egészségközpontokban, „medical home”-okban teljesíti-e? A házi gyermekorvosi tevékenység igazi hatékonysága – jellegéből eredően - azonban csak az ellátás első vonalában, az elsődleges ellátásban képes kiteljesedni.. Az „első döntés” helyszínén, a gyermekorvosi rendelőben van szükség arra a biztos tudásra, mely az orvoshoz fordulóknak tengeréből képes kiszűrni, és a megfelelő ellátási utakra terelni a súlyos betegeket, vagy a kóros fejlődési irányba fordulókat.

Az elsődleges ellátó gyermekorvos feladata, szerepe

Folyamatos ellátás, szülőoktatás

A házi gyermekorvos nyújtotta folyamatos ellátás optimális esetben a gyermek születésétől 18 éves korának betöltéséig terjedő időszakra vonatkozik. E hosszú időtartam során számos szűrővizsgálatra, és betegség miatt történő orvos-beteg- találkozásra kerül sor. Az egymást követő konzultációk során szerzett tapasztalatok, adatok, kölcsönös élmények feldolgozása, az orvos és páciens egyre mélyülő, tartós ismeretsége segíti a későbbi betegségek kezelését. A folyamatosan magasabb szintre emelkedő kétirányú bizalom nagyobb lehetőséget teremt a gyermekek és szülei egészségnevelésére is.

A gyermekorvos fokozatosan megismeri a szülők orvoshoz fordulási szokásait, gyermekük betegségeihez való viszonyulását, azok kezeléséhez, ápolásához, gondozásához fűződő képességeit. A gyermek betegségeinek diagnózisában komoly segítséget nyújtanak azok a megfigyelések, melyeket a házi gyermekorvos a korábbi betegségek lezajlása során gyűjtött össze. A különböző időpontokban létrejött konzultációk körülményei természetesen eltérőek lehetnek, de ennek ellenére a gyermek és a szülők betegség-magatartásának általános, rájuk jellemző sajátosságai kiismerhetők, és később hasznosíthatók. A szűrővizsgálati „mértőkövek” alkalmával a gyermek fejlődéséről készült „pillanatfelvételek” értékelése is könnyebb az orvos-beteg folyamatos kapcsolatában.

Az ismétlődő találkozások alkalmával kiderülhet az is, hogy melyek azok a tünetek, melyek jobban aggasztják a szülőt, és melyeknek a jelentőségét hajlamos alábecsülni. Fontos ezekből az ismételt konzultációkból a gyermekorvosnak leszűrnie azt is, hogy milyen a gondozására bízott gyermekek szüleinek a különböző panaszok, tünetek iránti érzékenysége, hogyan viselkednek, amikor a gyermekük beteg? Milyen panaszokkal fordulnak hamarabb orvoshoz, és melyekkel később vagy egyáltalán nem? A betegmagatartással kapcsolatos megfigyelések arról tanúskodnak, hogy a szülők sokkal hamarabb viszik gyermeküket az orvoshoz torokfájás és köhögés, mint például sápadtság vagy tartós teljesítményromlás miatt. Hasznos és a későbbiek során megtérülő fáradozás, ha a gyermekorvos már az első lázas betegségek alkalmával részletesen elmondja, hogy milyen egy átlagos, banális felső-légúti hurut várható, szokásos lefolyása, „dramaturgiája”. Meddig tarthat a láz, meddig köhöghet a gyermek, mikorra kell megszűnni a hányásnak, hasmenésnek? Melyek azok a tünetek, panaszok, melyekkel sürgősen vissza kell jönni egy újabb vizsgálatra, és melyek azok, amiknek a kontrollja későbbre halasztható vagy akár el is hagyható? A gyermek születését követő időszakban kell ismertetni a láz jelentőségét és a lázcsillapítás módozatait is.

Fontos már a kapcsolat elején felhívni a szülő figyelmét, hogy a gyermek nem szűnő, krónikussá váló panaszai, a vizsgálatok egyre táguló körét igényelhetik, tehát, ha egy panasz fennmarad vagy kiújul, nem lehet megelégedni az első körben elvégzett vizsgálatok mégoly kedvező eredményeivel sem.

Ez a körülmény - az alapvizsgálatok elvégzése után is- újabb házi gyermekorvosi ellenőrzéseket, esetleg egy vagy több szubspecialista konzultációját igényli. Segít a folyamatos kapcsolatra épülő, erősebb bizalom a nehéz, ugyanakkor gyakran előforduló helyzetek megoldásában is. Így könnyebb megmagyarázni a család gyermekorvosának azt a szülő számára nehezen érthető helyzetet, hogy a bölcsődét, óvodát kezdő kisded miért lesz az addiginál jóval gyakrabban beteg, és hogy ilyenkor a „teljes” kivizsgálás többnyire teljesen felesleges. A „rossz” hír - egy súlyos vagy krónikus betegség - bejelentését, vagy egy kórházi beutalás szükségességének közlését is könnyebben elfogadják a szülők a régóta ismert, mélyebb bizalmi kapcsolatban lévő házi gyermekorvostól.

Jóllehet az elsődleges gyermekorvosi ellátásban dolgozók előtt újabb és újabb kihívások jelentek meg a diagnosztikai és a terápiás lehetőségekben, de alapvető feladatuk ennek ellenére változatlan: a hosszú távú, bizalomra épülő, folyamatos és átfogó gyermekorvosi ellátás biztosítása.

Krónikus betegek gondozása

Egyre nagyobb koordinatív szerepet követel a gyermekorvosoktól a krónikus, a gondozást vagy speciális fejlesztést igénylő betegek ellátása. Ezek a gyermekek folyamatos házi gyermekorvosi ellenőrzést, komplex gondozást és rehabilitációt igényelnek. Az elsődleges ellátásban dolgozó gyermekorvos feladata e betegcsoport ellátásában a közösségi források optimális kihasználása, a párhuzamos ellátások elkerülése, és a család folyamatos támogatása.

A krónikus, gondozást igénylő betegség megállapítása után a kórházból hazatérő gyermek szülei – még a leggondosabb, legszakoszerűbb szakorvosi felvilágosítást követően is – igénylik a választott házi gyermekorvosukkal történő konzultációt a család életét, életmódját befolyásoló krónikus betegségről. Sokszor van szükségük a zárójelentésben leírtak interpretációjára a gyermeküket évek óta gondozó gyermekorvos szájából is. Ilyenkor a legtöbbször az a feladat, hogy a házi gyermekorvos -, ismerve a család helyzetét, a szülő személyiségét – nyomatékosítsa, támogassa a szakorvos tanácsait, javaslatait. Segítenie kell a krónikusan beteg gyermek beilleszkedését, életvitelét az otthonában és a gyermekközösségekben is.

A házi gyermekorvos feladata a szakorvosi kontrollvizsgálatok megtörténtének ellenőrzése, a gyermekgyógyász szubspecialista javaslata alapján folyamatosan szedett gyógyszerek felírása. A krónikus betegség figyelembevételével kell értékelnie a későbbi heveny betegségek tüneteit, a tartósan fennálló betegség progresszióját, a betegségre jellemző komplikációkat pedig időben észre kell vennie. Különös gondot kell fordítania a krónikus beteg gyermek védőoltásaira is. A szubspecialista szakorvosi ellenőrzések közötti időszakban a krónikus betegség tekintetében is a házi gyermekorvos a páciens „gazdája”. A tartósan fennálló betegségek, különösen az olyan, viszonylag gyakori kórképek gondozásában, mint az asztma, az epilepszia és a diabétesz, fokozottan szerepet kell vállalnia a házi gyermekorvosoknak. A folyamatos és átfogó elsődleges gyermekorvosi ellátás nemcsak a heveny, hanem a krónikus betegségekre is vonatkozik.

A pszichoszociális betegségek („new morbidity”) menedzselése

A gyermekkori morbiditás az utóbbi évtizedek során átalakult. Bizonyos betegségek, elsősorban a járványos gyermekbetegségek vagy eltűntek, vagy incidenciájuk nagymértékben csökkent. Ezek a változások elsősorban a védőoltásoknak, a betegségek bizonyos „önmozgásának”, és nem kis részben a társadalmi változásoknak köszönhetők. Előtérbe kerültek ugyanakkor - egyre alacsonyabb életkorban jelentkezve - a pszicho-szociális kórképek („new morbidity”).

A beteg és a szülők személyiségének mélyebb ismerete elengedhetetlen e betegcsoport menedzselésében. A gyermekek különösen érzékenyek az őket körülvevő légkörre, és a rossz bánásmódra sokszor testi tünetekkel, betegséggel reagálnak. Az elsődleges ellátó gyermekorvos ugyan nem pszichológus, de bizonyos pszichológiai ismeretekkel, készséggel, érzékenységgel rendelkeznie kell e problémák kezeléséhez.

A lelki okok patogenetikai tényezőként való elfogadásának a panaszok organikus eredetének biztos, mindent megelőző kizárásán kell alapulnia. A gyermekorvosnak fel kell figyelnie arra, ha egy csecsemőt, kisgyermeket addig szokatlan gyakorisággal hoznak vizsgálatra. E mögött természetesen kivizsgálásra szoruló szervi megbetegedés is állhat, de ilyenkor azt is számításba kell venni, hogy esetleg a családi diszfunkciók következtében kialakuló pszichés állapot gátolja az immunrendszer működését, és ez lehet a magyarázata a megszorodó betegségeknek. Nagyrészt az anyától, a családi fészektől való elszakadás okozta stressz miatt következik be az a megbetegedés sorozat is, ami a bölcsődei és az óvodai beszoktatás első félévében gyakran tapasztalható.

Figyelemfelkeltő lehet a pszicho-szociális problémákra az is, ha egy gyermek vagy tinédzser egyedül, és mindig változó panasszal, hetente jelentkezik vizsgálatra. Lehet, hogy csak pusztán néma segítségkérést, és nem szervi bajt jelent az ilyen, krízishelyzetbe került tinédzser sűrű megjelenése a rendelőben. Észre kell venni a gyermek vagy a szülő szokásostól eltérő viselkedését, hangulatát is.

Gyakori az is, hogy a magatartászavarok iskolai viselkedés és teljesítmény problémákban csúcsosodnak ki, vagy éppen az iskolai gondok vezetnek magatartászavarokhoz.

Az ilyen panaszok, tünetek helyes értékelése, az organikus betegségek kizárása, a lelki eredet feltételezése nehéz felelősségteljes feladat. Ezeket a helyzeteket is kezelni kell, de semmi esetre sem felesleges, többször megismételt organikus kivizsgálásokkal, hanem a pedagógusok, óvónők, gondozónők bevonásával közösen kell a gyermek problémáit megoldani. Sokszor egy őszinte simogatás a gondozónőtől vagy az óvónőtől eredményesebb, mint a legkorszerűbb képalkotó technika vagy gyógyszer. E betegcsoportban biztos szaktudás és gyakorlat kell annak eldöntéséhez, hogy mikor, mire van szükség.

Közegészségügyi feladatok koordinálása

Az elsődleges gyermekorvosi ellátásban dolgozó orvosok nemcsak az egyéni betegellátásnak, hanem bizonyos közegészségügyi problémák populációs szinten történő megoldásának is kulcsszereplői. Ez a szerepük elsősorban a védőoltási tevékenységben, és a lakossági szűrővizsgálatok elvégzésében mutatkozik meg.

Emellett a házi gyermekorvosok/háziorvosok nélkülözhetetlen láncszemei az epidemiológiai surveillance jelzőrendszerének. Bizonyos értelemben újszerű az a közegészségügyi koordinátor szerep, amit elsősorban a globális fenyegetettség, a terrorizmus, és az újonnan fenyegető fertőzőbetegségek kényszerítenek a gyermekorvosokra. A környezetben történt bármilyen súlyos, járványos megbetegedés igencsak próbára teszi a gyermekorvos kommunikációs és szervező képességeit. Gondoljunk csak arra, hogy egy meningococcus okozta agyhártyagyulladás követő médiapánik közepette milyen nagy erőpróba a kétségbeesett szülők telefonáradatát megfelelően kezelni. A különböző kultúrájú, indulatú szülők megnyugtatósa, meggyőzése a higiénés rendszabályok és a posztexpozíciós profilaxis szükségességéről, valamint a járványügyi teendők időben történő, szervezett végrehajtásáról nem könnyű feladat. A gyermekorvosnak jártasnak kell lennie bizonyos környezet-egészségügyi krízishelyzetek, katasztrófák speciálisan gyermekekre vonatkozó kezelésében is.

A házi gyermekorvosnak feladata az is, hogy tájékoztassa a szülőket a kötelező és a választható védőoltások beadásának előnyeiről. A védőoltásokat ellenző áltudományos nézetek miatt ez napjainkban nem könnyű feladat. E tájékoztatásnak az az elsődleges célja, hogy a szülő olyan tudományosan hiteles információk birtokába jusson, melyek alapján egyetértésével, választható védőoltások esetében beleegyezésével történjen meg gyermekének vakcinációja.

Genetikai tanácsadás, leletek értelmezése

A genetikai ismeretek gyarapodása megváltoztatta a betegségekről alkotott képünket. A genetika ma már nem csupán a gyermekgyógyászat egyik részterülete, hanem az ember biológiai alapja, kiindulási pont a betegség és az egészség fogalmának megértéséhez. Az elsődleges ellátásban tevékenykedő orvos gondolkodásában és gyakorlatában is paradigmaváltást jelent a genetika fejlődése. Ma már nemcsak a betegségek fizikai megjelenésének a tankönyvvel való megfeleltetése a feladat, hanem egy sokkal összetettebb gondolkodásra is igény mutatkozik, amely a megelőzés és a gyógyítás tervezésekor figyelembe veszi az alany genetikai predispozícióját.

Az epigenetika keretében felhalmozott ismeretanyag mind egyéni, mind populációs szinten a megelőzés módszereinek megújítását eredményezheti. A preventív genetika a génexpressziót szabályozó, befolyásoló tényezők korai felismerésére helyezi a hangsúlyt. Az örökléstan legújabb eredményei jelentősen átalakították a betegségek osztályozását, csoportosítását is.

A diagnózis most már gyakran a genetikai megerősítésen alapszik, és sokszor a kezelést, a prognózist is a genetikai lelet határozza meg. A genetikai forradalom új vizsgálóeljárásokat, diagnosztikákat, terápiás megfontolásokat és prognózisokat eredményezett. A családokhoz közelálló orvosként tartalmilag új szerep vár a gyermekorvosokra a genetikai prevencióban is. Az elsődleges gyermekorvosi ellátásban dolgozók egyre több és részletesebb genetikai leletet kénytelenek értelmezni.

A veleszületett fejlődési anomáliák jelentős része nem gyógyítható, ezért a leghatékonyabb módszer a rendellenességek kialakulásának megelőzése. Ebben is kiemelt szerep vár az ellátás első vonalában dolgozó gyermekorvosokra. A gyermekkorban előforduló krónikus betegségek egy részének hátterében

egyértelműen genetikai ok, vagy legalábbis genetikai hajlam áll. Ezért egyre fontosabb, hogy ezeket a betegségeket a gyermekorvosok felismerjék, és tudják azt is, hogy mikor kell klinikai genetikus segítségét kérni. A tudatos családtervezésben a preventív genetikai lehetőségek, és a családban már előfordult genetikai betegségek ismeretében a házi gyermekorvos segítséget tud nyújtani a szülőknek. A dysmorfhiás küllem, a normálistól jelentősen eltérő növekedés, a megmagyarázhatatlan fejlődési lemaradás, a multiplex vagy izolált veleszületett rendellenességek, a család több tagján megjelenő azonos elváltozások, a súlyos, mással nem magyarázható tanulási problémák, a diagnózis nélküli többszörös fejlesztés szükséglete egyaránt indikációja lehet a klinikai genetikai tanácsadás igénybevételének.

Genetikushoz kell küldeni azokat a szülőket is, akik a tervezett gyermekvállalás előtt igényt tartanak a tanácsadásra, valamint azokat a genetikai betegségben szenvedő tinédzsereket is, akik szeretnék megérteni betegségük genetikai alapjait, és kíváncsiak utódaik öröklési kockázatára.

Internetről szerzett ismeretek konzultációja

A gyermekek elsődleges orvosi ellátását, az orvos-beteg, az orvos-orvos közötti kommunikációt, az öndiagnózis és az öngyógyítás lehetőségeit is megváltoztatta az internet egyre szélesebb körű használata. Napjainkban a betegek már egy jelentősen kitágult és jóval bonyolultabb kommunikációs térben jutnak az egészségükre, betegségükre vonatkozó információkhoz. A gyermek orvosának feladata a szülők így szerzett ismereteinek felderítése, a félreértelmezések, az áltudományos nézetek, babonás tévhitek „helyretétele”, a tudományosan elfogadható igazság jól érthető, meggyőző magyarázata. Az elsődleges ellátó orvosnak igyekeznie kell megváltoztatni a szülő gondolkodásába erősen beivódott tévhiteket.

A jövő betegei egyre inkább a különböző honlapok mindennapos használóivá, „szakértőivé” válnak. Ebben a virtuális térben megnő az öngyógyítás és az internet sok-sok „virtuális doktorának” szerepe. Hasznos, de veszélyes is lehet, ha a modern, időhiányban szenvedő szülő, miközben egyre kevésbé igényli az orvos személyes tanácsadását, egészségügyi döntéseiben a szerteágazó, szakmailag ellenőrizhetetlen internetes információkra támaszkodik. Az internet azzal, hogy megváltoztatta az egészségügyi információkhoz való hozzájutás lehetőségét és gyorsaságát, jelentős hatást gyakorol a mindennapok orvosi gyakorlatára is. Ez az új információs technológia az orvos-beteg konzultáció tartalmát és minőségét is befolyásolja.

A televízió, az internet – a szülők ellenőrzésén kívül eső – használata egyelőre ma még igazán fel sem mérhető negatív hatást gyakorolhat a gyermek-és ifjúkorú generáció szellemi fejlődésére, magatartására, sőt bizonyos helyzetekben a testi egészségére is. A számítógép mértéktelen használata szenvedélybetegséggé alakulhat, de károsíthatja a gyermek egészségét azzal is, hogy távol tartja a mozgástól, a sportolástól. Sokszor helytelen szokások, már betegségformát öltő evészavarok öngerjesztő „divatja” kap lábra, és terjed el a fiatalok kontrollálhatatlan „chat”-elő köreiben.

A magányában állandóan tévét, komputerképernyőt bámuló kiskorú gondolkodását, viselkedését az erőszakot, sőt pornográfiát bemutató műsorok is károsan befolyásolhatják. A gyermekvédelemnek és a jelzőrendszer részét képező gyermekorvosoknak a rájuk bízott gyermekek gondozása során a médiumok káros hatásaira is tekintettel kell lenniük.

A technikai előrehaladás megteremtette a páciensek távoktatásának és egyéb egészségügyi támogatásának lehetőségeit a távoli elhanyagolt, elmaradott térségekben is. A médiumok és az internet robbanást idézett elő az orvosok és betegek kapcsolattartásában is. Az interneten keresztüli konzultáns, felvilágosító szerep biztonságos alkalmazásához alaposan ismerni kell a páciens, a szülő személyiségét, és a család életkörülményeit is.

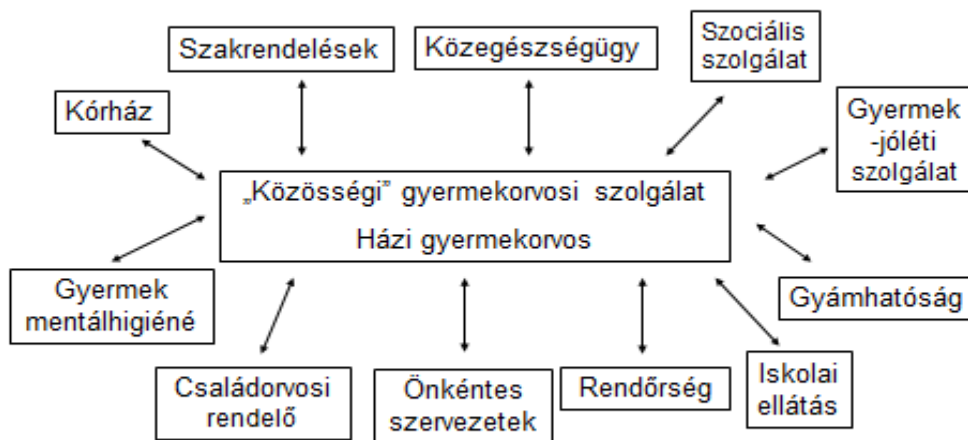
A gyermekorvosnak a mindennapok gyakorlatában figyelemmel kell lenni arra, hogy a kontrollálatlan, áltudományos, időnként a kuruzslás szintjére süllyedt ismeretek nagymértékben befolyásolják a szülők gyermekeik egészségére, betegségére vonatkozó nézeteit. A házi gyermekorvosoknak gyakorlatot kell szerezni a nagyszámú, különböző információ értékelésében, és szakszerű magyarázatokkal segíteni kell a családokat egészségügyi döntéseik meghozatalában.

Közösségi szaktanácsadás

Ez a szerep kétféle értelmezésben is illik az elsődleges ellátásban dolgozó gyermekorvosra. Egyrészt a házi gyermekorvosok gyakran tevékenykednek a helyi gyermekközösségek (óvodák, iskolák) egészségügyi szaktanácsadóiként, másrészt lakóközösségük (falu, város) gyermekeinek nyújtanak a közösség erőforrásait, intézményeit igénybe vevő gyermekorvosi szolgáltatást (community pediatrics). Az első értelmezésben a házi gyermekorvos a bölcsődék, óvodák, iskolák vezetőinek tanácsadója a gyermekgyógyászati, a járványügyi, a vakcinológiai, a dietetikai, és bizonyos mértékig a sportegészségügyi problémák megoldásában.

A közösségi szaktanácsadás másik lényeges területe a közösségi gyermekorvoslás, mely alapvetően az orvosi és a nem orvosi szakterületek közötti együttműködés összehangolására kialakult tevékenység. A házi gyermekorvos munkájának ugyanis része a gondozottak - gyermekgyógyászaton kívüli - menedzselése, az interszektoriális együttműködés koordinálása is. (1. ábra) Ezekben a közösségi feladatokban a védőnők és egyéb szakellátók jelentős terhet vehetnek le az orvosok válláról.

A gyermekrendelőben sok olyan probléma derülhet ki, mely közvetlenül befolyásolja a gyermek egészségét, de a megoldására az egészségügy lehetőségei nem elégségesek. A szülők kérdéseinek megválaszolására ezekben az esetekben is – a jól képzett szakszemélyzet és a védőnők mellett - a házi gyermekorvosok szerepelnek az első fontvonalban. A területen dolgozó gyermekorvosoknak e kihívásnak is meg kell felelniük, mert az elsődleges ellátás összes szereplője között ők rendelkeznek a legátfogóbb, a gyermekek egészségére, betegségére vonatkozó ismeretekkel.



1. ábra: A házi gyermekorvos kapcsolatrendszere. The Lancet nyomán, 1999

Csaláadorvosi szemlélet, a szülők szerepe

A gyermeket ellátó praxisokban a szülők megkerülhetetlen jelenlétével többszereplőssé válik a rendelői konzultáció. Bonyolultabbá teszi a gyermekorvos munkáját az is, hogy a gyermekekkel és szüleikkel való kommunikáció korcsoportonként alapvetően különbözik. A diagnózisalkotás, a kezelés és a gondozás sikere így nemcsak közvetlenül a beteg együttműködésén, hanem az őt ellátó, megfigyelő, gondozó szülőn is múlik. Fontos alapszabály a gyermekgyógyászatban, hogy gyermeket, serdülőt is mindig a szülő jelenlétében vizsgálunk, mert csak így lehet teljes panaszait, tüneteik megismerése. A serdülőket azonban a szülő jelenléte nélkül, négy szemközt is meg kell hallgatni.

A gyermekek és a felnőttek elsődleges orvosi ellátásában egyaránt rendkívül fontos a családi háttér ismerete. Mind a házi orvosi, mind a házi gyermekorvosi tevékenységnek családoorientáltnak kell lennie, ismerni kell a család körülményeit, „működését”, hiszen a betegségek háttérében sokszor a család tagjainak együttműködési zavara, diszfunkcionalitása bújik meg. A lelki vagy a szociális problémák megoldása sem lehetséges a család aktív részvétele nélkül.

A család, főleg az édesanya befolyásolta folyamatok már a szülés pillanatától elkezdődnek az anya-gyermek korai kötődésével, az anya-gyermek finom rezdülésekből álló viszonyrendszerével, a szoptatás sikereivel, kudarcaival. A sikeres gyógyítás érdekében a gyermekeket ellátó orvosnak a későbbiek során is tisztában kell lennie a család működésével, az anya, az apa és a gyermek, valamint a szülők közötti bonyolult interakciókkal.

A sokféle szülőtípus ismerete nélkül nem lehet magas színvonalú gyermekorvosi munkát végezni. Egyformán szót kell értenie a lezser, a túlféltő, a figyelmetlen és a jó megfigyelő szülővel. Észlelnie kell, hogy az édesanya harmonikus, meleg, szenzitív, mindig válaszra kész interaktív kapcsolatban áll-e gyermekével, vagy hideg távolságtartó, gyermekével alig beszélő, jelzéseire nem reagáló anyaként viselkedik. A gyermekek érzékenysége, sérülékenysége a családi bonyodalmak tekintetében egyébként is jóval nagyobb, mint a felnőtteké, ráadásul az ilyen jellegű problémáikat még az idősebb gyermekek sem tudják, merik megfogalmazni. Emellett a csecsemő és a gyermek önmaga ellátására képtelen, tüneteinek, panaszainak megfigyelése és megfogalmazása is a legtöbbször meghaladja mentális képességeit. Ez ugyanakkor nem jelentheti azt, hogy a csecsemő gesztusait, a kisgyermek panaszait, betegségével kapcsolatos „véleményét” a gyermekorvosnak ne kellene figyelembe venni.

A családban élő, később gyermekközösségekbe járó gyermekek fejlődésének követése, betegségeik gyógykezelése, krónikus állapotaik gondozása csak akkor lehet sikeres, ha minden, a gyermekek fejlődésére, egészségére hatást gyakorló szereplő, elsősorban a szülők együttműködését sikerül megszerezni, és megtartani.

Hangsúlyok a házi gyermekorvosi ellátásban

A gyermekgyógyászat egysége

Amikor a kórházi gyermekorvos és az elsődleges ellátásban dolgozó gyermekorvos gyakorlatának szervezeti és tartalmi eltéréseit tesszük vizsgálat tárgyává, akkor előzetesen meg kell állapítanunk, hogy e két tevékenység között nem húzható éles határvonal, és e két ellátás esetében csak hangsúlybeli eltérésekről beszélhetünk. Az alapos szaktudás és a beteg bizalmának megnyerése nélkül egyik szakterület sem végezhető magas színvonalon. Valamennyi gyermekorvos tevékenységében egyformán fontos az evidenciákon alapuló szigorú szakszerűség és a gondoskodó attitűd. Azt azonban hangsúlyozni kell, hogy a mégoly bensőséges bánásmód sem helyettesítheti a szakértelmet. Törekedni kell a gyermekgyógyászat egységének demonstrálására azzal is, hogy a különböző „örhelyeken” szolgálatot teljesítő gyermekorvosok átveszik egymástól a tevékenységükben alkalmazható szemléletet és gyakorlatot.

Ismeretek és kompetencia

A klinikai gyermekgyógyászati képzés elsősorban a gyermekbetegségek kórélettani hátterének oktatására, és e betegségek gyógyítására koncentrál. Erre irányul a posztgraduális orvosképzés fő célkitűzése, de erre predesztinálja a fekvőbeteg intézményeket az általuk kezelt, a gyermekgyógyászati gyakorlat szemléltetésére alkalmazható betegek csoportja is.

A csecsemő- és a gyermekgyógyászati szakvizsga tematikája az általános gyermekgyógyászat ismeretanyagára épül. Ez az általános gyermekorvosi ismeretanyag képezi az elsődleges területi ellátásban dolgozó gyermekorvosok ismereteinek alapját is, de sem tartalmi értelemben, sem az alkalmazás módszereit illetően nem teljesen azonos azzal. Ezeknek az általános gyermekorvosi ismereteknek a felhasználása némileg különbözhet attól függően is, hogy egy team tagjaként kórházban vagy egyszemélyes döntési felelősséggel és lehetőségekkel a területen alkalmazzák azokat.

A gyermekgyógyászati tananyag egyes, eddig viszonylag háttérbe szorult részterületei – a prevenció, a normális, a kóros fejlődés oktatása, a fejlődés-neurológia, a szűrések módszertana, a járványtan, a vakcinológia, a pszichoszociális ellátás, a szociálpédiátria, a praxismenedzsment - az utóbbi időben egyre nagyobb fontosságot nyerve, a praxisvállalás előtti orvosképzésben előtérbe kerülnek. E tartalmi kiegészítések mellett - az ellátás szervezetében elfoglalt helye alapján - az elsődleges gyermekgyógyászati tevékenység hangsúlyaiiban eltérő szemlélet és gyakorlat elsajátítását igényli. Ez azonban nem jelentheti azt, hogy pácienseik pszichés és szociális problémáit a házi gyermekorvosoknak kell megoldani. A gyógyítás rohamos specializálódásával párhuzamosan szükség van a betegségek holisztikus megközelítésére is. A házi gyermekorvosnak fontos képessége az is, hogy mindennapi gyakorlatában felismerje tudásának, kompetenciájának, és a rendelő lehetőségeinek határait. Hiba, ha túllépi, vagy ellenkezőleg, ha nem használja ki e kompetencia adta lehetőségeket.

Szervezeti sajátosságok

A házi gyermekorvos rendelője - a védőnői tanácsadó mellett - az első állomása a családban megfogalmazódó, orvosi ellátás igénylő egészségügyi problémák megoldásának („first contact”). A család és a szakellátó egészségügyi intézményrendszer között foglal helyet, és a családban megfogalmazódó panaszok kezelési láncolatában az öngyógyítást követően az első „orvosi” lépcsőt jelenti.

A gyermekklinikák, gyermekkórházak és szakambulanciáik általában nagyobb gyermekpopuláció, viszonylag kisebb számú, szakmailag jól körülhatárolt beteganyagának ellátását, míg a gyermekorvosi praxisok 500-2000 gyermek folyamatos, teljes körű gondozását végzik. A gyermeket elsődlegesen ellátó gyermekorvos személye éveken, legtöbbször évtizedeken keresztül állandó, és optimális esetben a csecsemő, a gyermek szomato-mentális, érzelmi és szociális fejlődését születésétől a felnőttkoráig követheti. A kórházi ellátásban az orvos személye változhat, a súlyos betegségek gyógyításatöbb szereplő együttműködésén, team munkáján alapszik.

A házi gyermekorvosok/háziorvosok – ellentétben kórházi kollégáikkal – a családok közelségében dolgoznak, és gyakran a rendelési időn kívül is kapcsolatba kerülnek pácienseikkel. Az elsődleges gyermekorvosi ellátásban a gyermekbetegek és szülei előzetes szűrés és beutaló nélkül, közvetlenül is felkereshetik orvosukat. A kórházi gyermekorvos és a szakambulancia szubspecialistája elé többnyire csak az a páciens kerülhet, akit a terület orvosa beutal vagy a mentőszolgálat, esetleg a szülő sürgősséggel beszállít. A kórházi gyermekellátás legtöbbször a beteg otthonától távolabb, és az optimális betegutak betartásával, többnyire csak előzetes házi gyermekorvosi vizsgálatot követően vehető igénybe. A házi gyermekorvosnak minden hozzá forduló beteget el kell látnia, a fekvőbeteg-intézeti gyermekorvos általában kor, betegségcsoport vagy súlyosság szerint már az elsődleges ellátásban szelektált beteganyagot kezel. Az elsődleges ellátásban dolgozó orvos elé kerülő problémák szerteágazóbb, sokszor a szorosan vett gyermekgyógyászat határain kívül eső képet mutatnak.

A kórházban és a primer ellátásban dolgozó gyermekorvosok szerepköre és lehetőségei tehát nem azonosak, ebből következik, hogy e tevékenységek helyszínei sem cserélhetők fel. Így a kórházban, szakambulancián nem célszerű a területi gyermekorvos feladatait teljes körűen felvállalni, módszereit

alkalmazni, de ugyanígy nem lehet a magas szintű speciális ismereteket és technikát igénylő eseteket a területen megoldani, mert ez az ellátás minőségének rovására mehet.

Az elsődleges gyermekorvosi ellátás jellemzői

A felnőttek betegmagatartását vizsgáló tanulmányok sora bizonyította be, hogy az első orvos-beteg találkozás az esetek jelentős részében nem azért jön létre, mert a beteg valamiféle szervi betegségben szenved. Az orvoshoz fordulás jelentős része sokkal inkább társadalmi és pszichológiai tényezők, és nem valóságos organikus kórfolyamatok következménye. Ez részben igaz a fiatalokú páciensekre is. Ennek a helyzetnek számos olyan következménye van, amely nagymértékben befolyásolja az elsődleges ellátásban dolgozó gyermekorvos tevékenységét, megkülönböztetve őt kórházi kollégáitól (1. táblázat). A rendelői találkozások döntő része tehát egy olyan konzultáció, amelynek során a beteg rendezetlen, szerteágazó panaszai közül a gyermekorvos kiválasztja azt a panaszt, mely a páciens állapotával leginkább kapcsolatba hozható. Ezek között a panaszok között igen nagy számban lehetnek lényegtelen problémák, máskor a testi tünetek magyarázata nehezen felderíthető, esetleg eltitkolt lelki vagy szociális tényezőkre vezethetők vissza.

A területen működő gyermekorvos a gyakori és az enyhébb betegségek közül válogatja ki a ritka, a súlyos vagy az atípusos lefolyású kórképeket. Eközben a tömegrutin, a zsúfoltság diagnosztikus éberséget tompító hatását kell leküzdenie, és az idő szűkében vergődő zsúfolt rendelések közepette is tudnia kell, hogy „mikor kell megállni?” Ez a felelősség elsősorban a nagy időfaktorú betegségek esetében csúcsosodik ki, ahol különösen nem mindegy, hogy a beteg mikor kerül megfelelő ellátásra. Ha ezen az első orvosi szűrőn átsiklik a beteg gyermek, akkor nagy a valószínűsége, hogy rövidebb, hosszabb időre elveszik az ellátás számára, ami az optimális gyógyulás esélyét nagymértékben csökkenti. Ezért fontos, hogy ez az első orvosi szűrő („első döntés”) a beteg számára könnyen elérhető, és megfelelő színvonalú legyen.

Az elsőként a gyermekorvosi rendelőt felkereső szülők, gyermekek sokszor még igazán meg sem fogalmazott problémákkal, nem vagy nem jól körülhatárolt panaszokkal („amorf panaszok”) jelennek meg az első vizsgálaton. Ilyenkor a házi gyermekorvos feladata, hogy ebből a panaszhalmból a betege állapotára releváns és nem releváns panaszokat szelektálja, és megpróbálja a kórelőzmény és a vizsgálat alapján valamilyen szakterület irányába kanalizálni a páciens problémáit. Az esetek döntő többségében még a rendelőben megszületik a diagnózis, és az elsődleges ellátásban megtörténik a kezelés is. A kompetenciahatárokon belül a definitív ellátásnak minél nagyobb arányára kell törekedni. Ha a kórisme megállapítása mégsem sikerül, akkor a gyermeket kórházba vagy szubspecialistához kell küldeni, aki már csak a szakterületének megfelelő tünetekre, betegségekre koncentrálna foglalkozik a pácienssel.

Módszerbeli különbség az elsődleges és a kórházi gyermekorvosi ellátás között, hogy míg az előbbi a beteg teljes személyiségére fókuszálva, ún. „háromszoros kórismére” (testi, lelki, szociális) törekszik, addig az utóbbi figyelme elsősorban - természetesen nem kizárólag - a szervi tünetekre, az adott kórformára irányul (2. táblázat). A területi és a kórházi gyermekorvos helyzetének a különbözőségéből következik az az eltérés is, mely szerint az elsődleges ellátásban a gyermekorvos a gyermek teljes egészségének gondozásáért felel, míg a kórházi kolléga felelőssége nagyjából a szakterületével kapcsolatos ellátásra terjed ki. A házi gyermekorvos páciensét annak minden, az egészségét érintő gondjáért folyamatos felelősséget vállalva gondozza, míg a kórházi szakorvosok többnyire eseti felelőssége, kompetenciája elsősorban egy-egy szakterületi problémára vonatkozik.

Különbözik a kórházi és a praxisban történő ellátás abban is, hogy a szakterületébe tartozó betegségeket a szubspecialista jóval mélyebben és differenciáltabban vizsgálja, és ehhez gyakran veszi igénybe a magas szintű technológiát, eszközállományt. Az elsődleges gyermekorvosi ellátásban ugyanakkor a drága és korszerű képalkotó vizsgálatok igénybevétele szakmai és költséghatékonysági okok miatt nem, vagy csak korlátozottan történhet.

1. Táblázat

A működés sajátosságai

Házi gyermekorvos	Kórházi gyermekorvos
Teljes egészség	Szakterületi ellátás
Szerteágazó gondok	Körülhatároltabb problémák
Amorf panaszok	Szakterületi gondok
Gyakori betegségek	Súlyos, ritka, atípusos
Folyamatos felelősség	Eseti felelősség
Prevenció előtérben	Prevenció háttérben
High-tech.: nem használ	High-tech.: használ

Robin C. Fraser: Az alapellátás módszertana c. könyv alapján

A szülők és a serdülők eltérő panasztűrő képessége, egészségügyi kultúrájának színvonala, nemegyszer a panaszok jellege miatt is sokszor igen hosszú idő telik el az orvoshoz fordulásig. Az elsődleges kontaktus után elszenvedett késedelmek tovább ronthatják ezt a helyzetet. Mindez tovább növeli az első döntés jelentőségét a beteg sorsa, a betegség prognózisa szempontjából.

A rendelőben tévedhetetlenül tudni kell, hogy kit lehet elengedni, kit és mikorra kell visszarendelni, és kit kell haladéktalanul az ellátás magasabb szintjére irányítani. A házi gyermekorvosi ellátásban ezt a „betegséghalászatot” a tömegellátás körülményei között kell felvállalni, mert a kórházi ellátást igénylő betegek a maguk kezdeményezésére egyáltalán nem, vagy a legtöbbször már csak késedelmesen kerülnek be a kórházba.

A házi orvos, és a házi orvoslás módszertánával működő házi gyermekorvos diagnosztikus tevékenységében sajátos szerepet játszik az idő. Egyrészt általában rövid az az időkeret, ami a beteg pillanatnyi állapotának felmérésére, a kórisme felállítására rendelkezésre áll. Ezért a rendelő gyermekorvosának gyors kapcsolatteremtő képességre, jó megfigyelőképességre, speciális, egyénre szabott kommunikációra van szüksége. Rövid időn belül kell ugyanis „ráhangolódnia” az éppen következő páciens személyiségére, problémájára.

A rendelői munkában más vonatkozásban játszik szerepet az idő, amikor az elsődleges ellátó gyermekorvos diagnosztikus eszközként használja. Ez azt jelenti, hogy a beteg kikérdezése, fizikális vizsgálata alapján gyakran – a sürgős, nagy időfaktorú esetek kivételével – azonnali további vizsgálatok helyett megfigyeli a panasz vagy a tünet további alakulását, és jól megválasztott idő- intervallum után ellenőrző vizsgálatra rendeli vissza betegét. A panaszok, tünetek időbeli alakulása alapján ugyanis gyakran megállapítható a kórisme. Ez a módszer a csak nagy rutinnal használható, és egyértelmű kommunikáció, a szülők együttműködése, jó önfigyelő képessége szükséges sikeres alkalmazásához.

2. Táblázat

Eltérő szemlélet és módszerek

Házi gyermekorvos	Kórházi gyermekorvos
Személyre irányultság	Kórformára irányultság
Az idő, mint diagnosztikus eszköz	Az idő, mint diagnosztikus eszköz?
A beteg önállósága nagyobb	A beteg önállósága kisebb
Folyamatos gondozás igénye	Gyógyítás híján, elbocsátás

Robin C. Fraser: Az alapellátás módszertana c. könyv alapján

Az „első orvosi döntés” szintje, helyszíne

A gyermekek orvosi ellátásának kialakításában még mindig fel-felbukkanó vélemény az, mely a gyermekek elsődleges orvosi ellátásnak kompetenciáját a házi orvosok gyermekellátási kompetenciájával azonosítja, és ugyanakkor a gyermekorvosok működését az alapellátás szintjéről a szakorvosi ellátás szintjére próbálja helyezni. A házi orvosok gyermekellátó képessége fontos láncszeme a gyermekek orvosi alapellátásának, de az ő ellátásuk területén elérhető definitív mértékére nem célszerű mintapéldaként tekinteni.

Kitapintható trend az is, mely az elsődleges gyermekorvosi ellátásban egyre nagyobb szerepet tulajdonít az un. nem orvos ellátóknak is. Néhány országban az első orvos-beteg-találkozás elé az orvos túlterhelésének megakadályozására különböző „előszűrőket” alkalmaznak („primary care nurse”, „call-nurse”). Egy ilyen szisztéma kétségtelen előnye, hogy a gyermekorvos/házi orvos előzetesen megszárt, igazán csak orvosi feladatokkal foglalkozhat, és mentesül a családban vagy a nővéri, asszisztensi szinten is megoldható problémáktól. Hátránya azonban ennek a rendszernek, hogy megnöveli a távolságot az alapellátó orvos és a család között, ezzel csorbítja a házi orvoslás, házi gyermekorvoslás egyik specifikumának, a család közeli megközelítésnek az érvényesülését.

Helyeselhető ugyanakkor az a törekvés, hogy minden egészségügyi probléma a súlyosságának, bonyolultságának megfelelő progresszivitási szinten oldódjon meg, és az orvos ne foglalkozzon alacsonyabb szinten is megoldható kérdésekkel. A náthától a szívátültetésig, a nanotechnológiáig terjedő tevékenységi sorban ezért új, kompetenciahatárokat szükséges meghatározni, és a feladatoknak megfelelni képes szakembereket kell kiképezni. Nagy felelősség azonban annak megállapítása, hogy ki, miben dönthet? Semmit nem érünk el ugyanis azzal, ha az „előzetes szűrőkkel” 30 grippés gyermeket távol tartunk a gyermekorvosi vizsgálatától, és közben egy felső húgyúti infekció, egy tüdőgyulladás, egy szepszis vagy egy Wilms tumor sem kerül, vagy legalábbis nem időben kerül a gyermekorvos elé. Új rendszerek és gyakorlatok bevezetése előtt nem szabad megfeledkezni az „első döntés” felelőségéről, és arról sem, hogy a karmesteri pálcát kinek a kezébe adjuk a betegek menedzselésében.

A rendelői konzultáció célja, módszerei

Az elsődleges orvosi tevékenységnek legfontosabb eleme a beteg és orvosa között történő bizalomra épülő konzultáció, mely a kórisme megállapítását, és a páciens eredményes kezelését szolgálja. Kórházban és területen egyaránt tisztában kell lennie az orvosnak a konzultáció céljaival, és a jó konzultációhoz szükséges intellektuális és gyakorlati készségekkel.

Az orvos-beteg találkozások alapvető és hagyományos feladata a páciens betegségének megállapítása és kezelése. Az elsődleges orvosi ellátás sajátosságai azonban lehetővé, sőt szükségessé teszik, hogy a beteg megjelenését az aktuális problémán kívül a páciens fejlődésének, általános egészségi állapotának, krónikus problémáinak ellenőrzésére is felhasználja a gyermeket ellátó orvos. Ezek a találkozások alkalmat nyújtanak a páciens betegségmagatartásának, sőt életmódjának a befolyásolására is. A házi gyermekorvosi konzultáció sikere az orvos szakmai felkészültségén kívül az orvos kommunikációs, kapcsolatteremtő és problémamegoldó képességétől függ.

Az utóbbi évtizedekben orvos és beteg interakciója jelentős változáson ment keresztül. A paternalista, tekintélyelvű orvosi magatartás nemcsak a felnőtt betegek, hanem a gyermekek tekintetében is alapvetően megváltozott. A konzultáció középpontjába a beteg került, aki egyfajta párbeszédet folytat orvosával. A kórelőzmény felvétele során a gyermekorvos nemcsak „irányítottan” kérdez, hanem figyelmesen hallgat, megfigyeli a gyermek, a szülő verbális és nem-verbális megnyilvánulásait is. Még a kisgyermeknek is lehet véleménye a saját betegségéről. Lényeges eleme a beszélgetésnek az orvoshoz fordulás okának, a beteg alapvető problémájának a meghatározása. A gyógyítás eredményességét nem csak a panasz vagy tünet patofiziológiai magyarázatának kiderítése, hanem a konzultáció személyes, érzelmi és szociális vonatkozása is jelentősen befolyásolja. A beszélgetésnek a beteg számára érthető nyelvi szinten és fogalmakkal kell folynia, mert csak így lehet megnyugtatóan magyarázatot keresni a páciens problémáira.

A házi gyermekorvosi rendelőben a konzultáció általános követelményei, mindig az adott páciens életkorához, betegségéhez, állapotához idomulva kell, hogy teljesüljenek. A probléma természete, súlya a beszélgetés verbális és non-verbális körülményeit is meghatározza. Nem mindegy még az sem, hogy a beteg és az orvos az asztal melyik oldalán, egymással szembe, vagy esetleg egymás mellé ül az asztalhoz. A súlyosabb betegség, a beteg, a család életét jelentősen befolyásoló hír közlése bensőségesebb, empatikusabb, négy szemközti körülményeket igényel.

A gyermekorvosnak a különböző helyzetekhez alkalmazkodva a „parancsoló gyám”, a „szenvtelen tudós”, a „bölcs tanító”, a „védelmező rokon” vagy a „mindenekfölötti igazság” szöszólója szerepekből kell kialakítani azt az alapvetően partneri viselkedési attitűdöt, mely a legcélravezetőbb a beteg pillanatnyi állapotában. E viselkedésmódok közül egyik sem válhat egyedi és általános jellemzőjévé a gyermekorvos magatartásának.

Diagnózisalkotás a gyermekorvosi rendelőben

A kórházi osztályon és a házi gyermekorvos/háziorvos rendelőjében a diagnózisalkotás alapvető szabályai azonosak. A házi gyermekorvosi gyakorlatban azonban a kórelőzmény felvételének folyamatát befolyásolják - az elsődleges ellátás jellegéből adódóan - az orvos-beteg kapcsolat speciális körülményei. A hosszú távú, évekre visszatekintő mélyebb ismeretség és bizalom megrövidítheti az anamnézis felvételének időtartamát, és segítheti a problémafeltárás sikerét. A rendelés közben rövidebb a vizsgálat és a megfigyelés időtartama, korlátozottak a kiegészítő vizsgálatok lehetőségei, melyek megnehezítik a gyors patofiziológiai diagnózishoz vezető utat.

A beteg problémáinak szerv vagy szervrendszer specifikus besorolása mellett a diagnosztikai folyamat elején igyekezni kell – ha ez lehetséges - megítélni, hogy banális vagy súlyos, lelki vagy testi eredetű kórkép gyanújával állunk-e szemben? A gyermekorvosi rendelőben törekedni kell az ún. „háromszoros kórisme” felvételére, ami azt jelenti, hogy a panaszok, tünetek értékelésénél tekintetbe kell venni a beteg állapotának organikus, pszichés és szociális vonatkozásait.

A sürgősségi ellátást nem igénylő megbetegedéseknél sokszor az idő, a kivárási dönti el a diagnózist. Ha a beteg állapota megengedi, akkor a diagnózisalkotást szolgálhatja a visszarendelés során megismételt vizsgálat, a néha biztos diagnózis nélkül bevezetett terápia (pl.: empirikus antibiotikum kezelés) sikere

vagy kudarca. A gyermek első vizsgálatakor meg kell tervezni azokat a „vizsgálati köröket”, azok sorrendjét, melyeket a diagnózisalkotás során – ha szükséges – meg kívánunk valósítani. Ezt a kivizsgálási tervet a szülőkkel és, ha lehet a beteg gyermekkel is meg kell beszélni. Az első találkozáskor fontos eldönteni azt is, hogy már az első körben szükségesek-e kiegészítő vizsgálatok is, vagy elhagyhatók, esetleg későbbre halaszthatók.

Az orvosképzésben az un. induktív kórismézési technika elsajátítása azt a célt szolgálja, hogy a kezdő orvos jól elsajátítsa a különböző panaszok, tünetek tisztázására vonatkozó kérdések megfogalmazásának és kiválasztásának módszereit. Később a már tapasztaltabb gyermekorvos – kórházban és praxisban egyaránt – a diagnózisalkotásban gyakrabban használja a hipotetikus-deduktív problémamegoldást, megtartva az irányított kikérdezés alapvető szakmai szabályait. Ezzel a helyzethez, a beteg aktuális panaszaihoz, tüneteire, a szóba jöhető betegségek előfordulási valószínűségéhez alkalmazkodó „szakszerű találgatással”, az információk újra és újra történő ellenőrzésével, újraértelmezésével – a merev kikérdezési protokoll elkerülésével - elsősorban időt, energiát spórolhatunk.

Az idő optimális kihasználása az elsődleges gyermekorvosi ellátást nyújtó rendelőkben különösen fontos. Emellett ez a probléma megoldási technika nagyobb önállóságot biztosít a betegnek, és jobb lehetőséget teremt arra, hogy a merev, irányított kikérdezés inkább egy bensőséges partneri beszélgetéssé formálódjon. Egy panaszra vagy tünetre vonatkozóan a legfontosabb kérdés, hogy „Mi? Mikor? Hányszor?” fordult elő. Fokozódó vagy inkább enyhülő panasszal, tünettel állunk-e szemben? Fontos, hogy ne csak a szülő, hanem – ha képes rá – maga a gyermek is mondja el panaszait. A nagyobb gyermektől, a serdültől azt is meg lehet kérdezni, hogy mi a véleménye a betegségről, állapotáról? Már a vizsgálat első perceiben – felhasználva a gyermek előző betegségeinek emlékképeit – legtöbbször meg lehet ítélni, hogy banális betegségről vagy ezúttal súlyosabb, esetleg nehezebben megítélhető, ritkább megbetegedésről van-e szó?

A panaszok kezdete, fennállásának időtartama arról is informálhatja a gyermekorvost/háziorvost, hogy krónikus vagy akut betegséggel állunk-e szemben? Lényeges momentuma a diagnózisalkotás folyamatának a magasabb időfaktorú betegségek kizárása. Ez a járóbeteg-ellátásban különösen azért kap nagy jelentőséget, mert a beteg csak percekre tartózkodik a rendelőben, tehát az azonnali döntés lehetőségének elmulasztása később már nem, vagy csak nehezen pótolható idővesztést jelent.

A rendelői ellátásban előtérbe kerülő sajátosság az is, hogy ha a beteg első jelentkezésekor nem jutunk biztos diagnózishoz, vagy az időt, mint diagnosztikus eszközt tudatosan használjuk, és hazaengedjük a beteget, akkor a kórisme megállapításában a szülők együttműködése még fontosabbá válik. Mivel a rendelőben a tünetek hosszabb megfigyelésére nincs lehetőség, ezért a diagnózisalkotásban a gyermek környezetében élő felnőttek megfigyeléseinek, és a visszarendelésre vonatkozó tanácsok betartásának lényeges szerep jut.

A gyermekorvosi rendelőben elhangzó egyik legfontosabb szülőknél szóló „eligazítás” az, hogy – a sürgős, a súlyos vagy arra gyanús betegségek kizárása után – ha az első vizsgálatok alapján nem derül ki a gyermek betegsége, de a probléma továbbra is fennáll, esetleg még súlyosbodik is, akkor a gyermekorvos által meghatározott időben újabb vizsgálati körre lehet szükség. Minden krónikus gyermekpanaszt a diagnózis felállításáig vagy a panaszok megszűnéséig vizsgálni kell. Mindezen tevékenységek, azok ütemezése nehezen foglalható egy minden helyzetre alkalmazható általános szabályrendszerbe. Szaktudás, emberismeret, empátia, kommunikációs készség, lelki problémák iránti érzékenység, és néha még a „misztikus” intuíció is, így együtt jelentik azt, amit kórházban, rendelőben a gyógyítás „művészetének” nevezhetünk.

A hipotetikus-deduktív diagnózisalkotás („szakszerű találgatás”) módszerét a gyermekorvosi rendelőben dolgozó gyermekorvos/háziorvos a speciális körülményeknek és lehetőségeknek megfelelően eltérő hangsúlyokkal használja.

A gyermekorvosi rendelőben használható problémaorientált gondolkodás és diagnosztikai folyamat illusztrálását célozza a következő esetbemutató:

A 2100 grammal, koraszülöttként született, 11 éves fiút édesanyja azért hozta el a rendelésre, mert a gyermek 10 (!) napja sántít, a hullámzó erősségű fájdalom miatt kíméli a jobb lábát. A gyermek láztalan, egyéb panaszja nincs. A gyermekorvos a családot régóta ismeri, az anya gyermekkorában a páciense volt. Az édesanya személyisége és egészségkultúrája alapján nem meglepő, hogy 10 napig várt az orvosi vizsgálattal. („Nem akartam zavarni a doktor bácsit!”)

Az első gondolat, ami a gyermekorvosban egy ilyen, hosszabb ideje fennálló tünet alapján azonnal felvillan, hogy itt bizony súlyos, sürgősen kizárásra, vagy éppen bizonyításra szoruló megbetegedések is szóba jöhetnek. Még akkor is igaz ez a megállapítás, ha gyakran látunk kisgyermeknél enyhe vírusfertőzéssel egy időben vagy azt követően átmeneti, spontán gyógyuló csípőízületi arthritist vagy védőoltást, kisebb traumát követő, az indokoltnál hosszabb ideig tartó sántítást. Gyermekkorban a sántítás egyik leggyakoribb oka a csípőízület átmeneti synovitis. Ilyenkor egyéb tünet hiányában egy-két napos várakozási idő, a végtag pihentetésével megengedhető. Ugyanez a kivárási alkalmazható rövid ideje fennálló kisebb baleseti sérülések esetén is. („A kivizsgálás első köre”).

Most azonban a 10 napos anamnézis eleve kizárja, hogy enyhe musculosceletális sérülésről, vagy 1-2 nap alatt gyógyuló, vírusfertőzést kísérő, követő ízületi gyulladásról lenne szó. Az is nyilvánvaló, hogy ebben az esetben már értelmetlen alkalmazni az „időnek”, mint diagnosztikus eszköznek a használatát, minél előbb diagnózishoz kell jutni. Az idő, mint diagnosztikus eszköz a 10 nap alatt csődöt mondott, „nem igazolt” enyhe, magától, csak pihentetésre meggyógyuló betegséget. Már az első vizsgálati körben –ha erre gyanú merül fel - törekedni kell a szepszis ízületi gyulladása, az osteomyelitis, esetleg malignus folyamatok kizárására.

A gyermek valóban kissé sántít („fájdalmatlan sántítás”), antalgiasan jár, a jobb comb befelé rotációja enyhén fájdalmas, de egyéb szubjektív vagy objektív fizikális eltérés nem tapasztalható. A passzív és aktív mozgásra jelentkező fájdalom nem túlzottan erős, és valószínűleg előzőleg sem volt az, mert akkor előbb jelentkeztek volna a vizsgálatra. A jobb comb és a csípőízület tájéka nem hyperaemiás, nem melegebb. A traumára és a 6 héten belüli lázas állapotra vonatkozó kérdésre az édesanya ismételt nemleges válasz ad.

Az incidencia-valószínűség sorrend: trauma, tranzitorikus arthritis, autoimmun arthritis, poststreptococcalis arthritis, septikus arthritis, osteomyelitis, aseptikus osteochondrosisek, malignus csont- és vérképzőszervi folyamatok.

Az esetre vonatkozó valószínűségi sorrend: M. Legg-Calvé-Perthes osteochondrosisek, autoimmun arthritis trauma, tranzitorikus arthritis, poszt-streptococcalis arthritis, septikus arthritis, osteomyelitis, malignus csont-és vérképzőszervi folyamatok.

A konzultáció ezen a pontján a szepszis ízületi gyulladása láz hiányában kizárható, de a baleseti eredet sem valószínű, mert arra egy 11 éves gyermek már emlékezne. 100%-osan a baleseti eredetet azért még ennek alapján sem lehet elvetni. A rendelőben gyakran tapasztalt tranzitorikus arthritis sem valószínű, mert az ritkán tart tíz napig, és általában fiatalabb gyermekeket érint. Autoimmun gyulladással ízületi folyamat kizárására vagy bizonyítására laboratóriumi és ortopédiai vagy sebészeti (csípőízületi UH és röntgen.) vizsgálatra mindenképpen szükség lesz („A kivizsgálás második köre”).

E vizsgálatok az anamnézis alapján már lényegében elvetett hipotézisek (septikus arthritis, osteomyelitis, átmeneti synovitis, malignus folyamatok, baleset) végleges kizárását erősítik meg.

A konzultáció végén átgondolva és összegezve az esetet egyre erősebben merült fel az aseptikus osteochondrosisek csípőízületi formája, a Legg-Calvé Perthes kór lehetősége. Erre a viszonylag ritka betegségre az enyhe és hullámzó fájdalom (közben egyszer még dúsodó edzésen is volt), a láz és a súlyos, heveny betegségre utaló egyéb tünetek - sápadtság, elesettség, nyirokcsomók - hiánya alapján lehetett gondolni. Az anamnézis, a fizikális, a labor és a képalkotó vizsgálatok eredménye az akut, a krónikus (autoimmun) és a posztinfektív arthritisek kizárása, a nem bizonyítható baleseti kóreredit is ebbe az irányba terelte a kivizsgálást.

A panasz fennállásának időtartama, mértéke, kissé hullámzó jellege tehát felvetette morbus Perthes lehetőségét, ezért speciális, és erre a betegségre célzott megismételt speciális ortopédiai vizsgálatokra is szükség volt a diagnózis megerősítésére. („kivizsgálás harmadik köre”).

Diagnózis: Morbus Legg-Calvé- Perthes

Karmesterszerep

A betegvizsgálat, a kezelés szakszerűsége alapvetően meghatározza azt, hogy egy orvos-betegtalálkozás milyen eredménnyel zárul. A házi gyermekorvosi ellátásban már az első vizsgálatnál is az elérhető legjobb, legteljesebb eredményre kell törekedni. E törekvés sikerén múlik ugyanis, hogy milyen mértékben valósul meg a gyermek definitív ellátása, és az is, hogy egészségi problémája mikor, hányadik nekirugaszkodásra, milyen progresszivitási szinten oldódik meg.

Az elsődleges gyermekorvosi ellátás presztízsét csökkentik azok a folyamatok, melyek növelik a bürokráciát, és a kapuőrszerepet diszpécser szereppé alacsonyítják. A betegutak szakmai racionalitáson való menedzselése, a betegség súlyosságának megfelelő ellátási szint igénybevételének időzítése az elsődleges ellátó gyermekorvos karmesterszerepének alapvető momentumai. A területi ellátásban az interdiszciplináris, interszektoriális szakellátók igénybevételének koordinálása is a gyermekorvos feladata. A gyermekek egészségügyi alapellátásának folyamatában a házi gyermekorvosok szervezik a területi gyermekorvosi ellátás, sokszínű, szerteágazó feladatait. Ez egyaránt szolgálja a gondozottak érdekeit, és az ellátórendszer költséghatékonyságát.

Kutatás, oktatás a gyermekorvosi praxisban

A gyermek-egészségügyi ellátórendszer folyamatos karbantartásának, és a népegészségügyi mutatók javításának alapja, forrása a gyermekorvosi praxisok adatbázisa, adatszolgáltatása. Ez az adatbázis olyan kincsesbánya, melynek elemzése az ellátórendszer szerkezetére, a gyermeklakosság egészségi állapotára vonatkozóan egyaránt értékes információkkal szolgál. A morbiditás, a fertőző betegségek, az átoltottság epidemiológiai adatai is az elsődleges ellátásból erednek. A területen dolgozó gyermekorvosok felmérései alapján lehet megítélni a lakosság betegségmagatartását is. Fontos kutatási terület a különböző panaszok, tünetek, és az orvoshoz fordulás kapcsolatának, törvényszerűségeinek vizsgálata. Érdekes lehetőség a kutatómunkára az elsődleges ellátásban az orvosi tanácsok elfogadásának (compliance) és követésének (adherence) elemzése is. A praxisok minőség-ellenőrzésének alapvető részlete a gyermekorvosok protokoll követésének vizsgálata.

Az esetismertetéseknek tanulságos összetevője a kórházi felvétel előtti történések tanulmányozása és ismertetése. Vizsgálódás tárgya lehet a kórház-területi ellátás együttműködése is.

A területi praxisok szerepe előreláthatóan növekedni fog a gyermekgyógyászok képzésében. Az elsődleges ellátó gyermekorvosi tevékenység speciális tartalmának és módszereinek megismertetése is indokolja ezt. Ennek az igénynek a kielégítésére rendszer szintűre kell fejleszteni a házi gyermekorvosi tutorhálózatot, és tananyagfejlesztéssel, az oktatók speciális kommunikációs és felnőttoktatási képzésével javítani kell a praxisgyakorlat színvonalát.

Epilógus

A gyermekek és az ifjúkorúak egészségben történő felnevelése a felnőtt korú lakosság egészségének is az egyik legfontosabb feltétele. Az egészséges gyermekkor az egészséges felnőttkor záloga. Ehhez jól szervezett, a gyermekek speciális igényeit kielégítő területi gyermekorvosi ellátásra van szükség. Mindezek miatt fontos, hogy a gyermekeket és a serdülőket az elsődleges ellátásban –lehetőség szerint - a gyermekgyógyászati klinikumban magas szinten képzett, ugyanakkor az elsődleges ellátás szemléletét, gyakorlatát és módszereit alkalmazó gyermekorvosok lássák el.

Ajánlott irodalom

- American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Physicians, and American Osteopathic Association. (2007): Joint principles of the patient-centered medical home.
- Arnold, Cs (2002): Családorvoslás a gyakorlatban. Tényeken alapuló tankönyvek, 2-5.
- Bálint Mihály: Az orvos, a betege és a betegség, Dinamikus pszichoterápia, Animula Kiadó, 1990. 164.o.
- Békefi, D.: Személyes közlés
- Berkowitz, C. et al. (2000): Berkowitz's Pediatrics: a primary care approach, 1-3.
- Cheng, TL., Markakis, D., DeWitt, T.G.(2007): The Status of Academic General Pediatrics: No Longer Endangered? Pediatrics 119, e46-e52 (doi:10.1542/peds.2006-1819)
- Cheng L., M.D. (2004): Primary Care Pediatrics: 2004 and Beyond. Pediatrics, 113:1802-1809
- Earle S et al. : Exploring health, *Theory and research in promoting public health*. Milton Keynes: The Open University 2007
- Fraser, R. C. (1994): Az alapellátás módszertana.
- Institute of Medicine Committee on the Future of Primary Care (1994: Defining Primary Care: An Interim Report. National Academy Press; Washington DC
- Kadar, F. Kalman, M. Paksy, A. et al. (2011): Comparison of Clinical Practice of Primary Care Paediatricians and General Practitioners in Hungary, EAP-ECPC Congress, Vilnius.
- Marcadante, K. (2011): The Nelson's Essentials of Pediatrics. 6th Edition, 1-4.
- Showstack, J. Smiller S, (2003): Future of primary Care. Ann. Intern Med. 138: 242-
- Starfield, B. (1991): Primary care and health: cross-national comparison. JAMA. 266:2268-2271.
- Starfield, B. (1994) Is primary care essential? The Lancet 344, 1129-1133.
- Stone, E.L. (1995): Nurse practitioners and physician assistants: do they have a role in your practice? the changed spectrum of illnesses. BMJ. 2005
- TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkorai program tananyagfejlesztése
- Plotkin, S. Orenstein, W. Offit, P. (2008): Vaccines, Fifth Edition, Saunders
- Wolfe I. et al. (2013) Health services for children in western Europe. The Lancet, 381, 1224-1234.
- Wolfe, I. et al (2011): Analysis. Improving child health services in the UK: insights from Europe and their implications for the NHS reforms BMJ, 342:d1277
- Zola IK: Pathways to the doctor –from person to patient. Social Science and Medicine, 1973; 7:677.