REGIONÁLIS KÖZPONTOK ÉS LAKÓHELY KÖZELI ELLÁTÁS

Orvosi rehabilitáció gyermekkorban

A magyarországi egészségügyi (orvosi) rehabilitációs tevékenységet leginkább az jellemzi, hogy az iránta megnyilvánuló igény mind a rászorulók, mind az orvoslás más ágaiban tevékenykedő szakemberek részéről egyre inkább nő, ugyanakkor az ellátó kapacitások ehhez az – egyébként jogos – igényhez képest elmaradnak. Ezen ellentmondások a gyermekkorúak rehabilitációs ellátó rendszerének hiányosságaiban még inkább fellelhetők, mint a felnőtteket szolgáló rendszerekben.

A magyar lakosság 13%-a 14 éven aluli, a rehabilitációs kórházi ágyak összes kapacitásából azonban még 0,26% sem jut ennek a populációnak: a 6400 mozgásszervi és belgyógyászati rehabilitációs ágyból mindössze 165 ágyon kezelünk gyermekeket (0.257%). Nem ez az egyetlen torz arányszám, az amúgy is szűkös rehabilitációs kapacitáson belül. Hasonló a helyzet az ambuláns rehabilitációt jellemző szakorvosi és nem szakorvosi (zömében gyógytorna) óraszámokkal. 2004 évben a gyermekek ellátására az egész országban mindössze 212 szakorvosi és 719 nem szakorvosi óra állt rendelkezésre (1. táblázat).

Helyzetkép

Pontos felmérések, regiszterek nem állnak ugyan rendelkezésünkre, azonban a nemzetközileg ismert trendektől a magyar gyermekekre jellemző adatok nem térnek el lényegesen. Tehát gyermekkorúaknak legalább a 6%-a, de legfeljebb a 10%-a igényel rövidebb-hosszabb ideig rehabilitációs szolgáltatásokat, ami a 14 éven aluli korosztályban országos szinten 100-140 ezer gyermeket jelent évente. Természetesen a kevésbé súlyos problémák járóbeteg ellátásban orvosolhatók. Nagyon sok gyermek rehabilitációja az óvodai ill. iskolai testnevelés vagy gyógytestnevelés keretében megoldható. Vannak azonban súlyos állapotok, amelyek kórházi körülményeket igényelnek, ami a teljes rehabilitációs szükséglet 8-10 %-a gyermekek esetében, vagyis évente 8-15 ezer gyermeket érinthet. A jelenlegi ellátó kapacitás az igény egy tizedének kielégítésére is szűkösen elegendő, ráadásul igen egyenetlenül oszlik el az országban.

Szakorvosi képesítés

A kis kapacitás részben annak is „köszönhető", hogy nagyon kevés a rehabilitációs szakorvos a gyermekgyógyászok között (12 fő). Ez összefügg a szakvizsga rendszer eddigi sajátosságával: nevezetesen 2004 őszéig csak mozgásszervi rehabilitációs szakképesítést lehetett szerezni annak, aki ezen a területen kívánt tevékenykedni. A szakorvosi kurrikulum egységessége folytán az elsajátítandó ismeretek zömében a felnőtt ellátást érintették, ami az egyébként sem túlzottan vonzó rehabilitációs szakmát a gyermekorvosok szemében még riasztóbbá tette. A 48/2003 (IV.24) ESZCSM rendeletben foglaltak alapján a Rehabilitációs Szakmai Kollégium 2005 márc.9 -i állásfoglalásával vált először lehetővé gyermekgyógyászok számára orvosi rehabilitációból ráépített szakvizsga letétele gyermek-rehabilitáció területére vonatkozó jogosítvánnyal (hasonló elven pulmonológiai, kardiológiai és pszichiátriai rehabilitációs szakvizsga letételére is van lehetőség). Az egyik jelentős nehézség ezzel elhárulni látszik a gyermek-rehabilitáció szakterületének fejlődése útjából, hiszen 2-3 év távlatában megduplázódhat vagy akár megháromszorozódhat a jelenlegi szakorvosi létszám.

Ellátórendszer

Egy másik lényeges nehézséget az évekkel ezelőtt kidolgozott regionális ellátó modell kiépítésének lassúsága jelenti. Mind a Csecsemő és Gyermekgyógyászati mind az Orvosi Rehabilitációs Szakmai Kollégiumok több ízben állást foglaltak ennek szükségessége mellett. Többféle ellátási struktúra / modell látott napvilágot, amelyeknek közös vonása, hogy országosan 6-7, egyetemi klinikához vagy országos intézethez ill. lehetőleg intenzív osztályos háttérrel is rendelkező megyei kórházhoz csatlakozó 20-40 ágyas gyermek rehabilitációs osztályok létesüljenek az ország több pontján, amelyek alkalmasak arra, hogy a régióközpont szerepét betöltsék, a hozzájuk tartozó régió számára diagnosztikai és terápiás segítséget és képzési bázist biztosítsanak. A magyar gyermeklakosságra vonatkozó ágyszükségletet a Rehabilitációs Szakmai Kollégium 2001 évben hozott határozatában 0.5 ágy / 10.000 gyermekkorú lakosban határozta meg, ami országos szinten kb. 300 ágyat jelent. Ebből a mai napig mindössze 165 ágy működik, amelyek közül a régióközpont szerepét csak három kórházi osztály 102 ágyon tölti be: Miskolc Gyermek Egészségügyi Központ (1983-tól), Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (2003-tól) és Nyíregyháza-Sóstó a debreceni ambuláns központtal együtt (2004-től). A többi ágy zömében egyetemi klinikákon van, ahol nincsenek szakorvosok, kevés a nem szakorvosi személyzet és hiányoznak a rehabilitáció egyéb feltételei is. A folyamatban lévő fejlesztések közül a legbiztatóbb a helyzet Szegeden. A Gyermekkórház beolvadása a Gyermekklinika kötelékébe felgyorsította a már megindult folyamatot és két szakorvos képzésével, a tárgyi feltételek javításával és ágyszám bővítéssel itt 2006-ban megkezdődhet egy újabb régióközpont működése. Hasonlóan bíztató tervei vannak a Debreceni Orvos és Egészségtudományi Centrumnak, ahol a rehabilitáció fejlesztésében gyermek és felnőtt vonalon egyaránt lépéseket terveznek. Kiegészülhet és megerősödhet a debreceni Gyermek-rehabilitációs Központ fekvőbeteg háttérrel. Speciális körülmények vannak Mosdóson, ahol gyermek (23 ágy) és felnőtt (20 ágy) pulmonológiai rehabilitáció zajlik, de nincsenek rehabilitációs szakorvosok, ezért nem lehetett az osztályt képzőhelyként akkreditálni. Mosdóson az új gyermek-rehabilitációs szakvizsga lehetőségének ismeretében 2007re megteremthetők a felté-

telek ahhoz, hogy akkreditált osztály működhet, amely alkalmas lehet a déldunántúli régió központ szerepére. Ezzel az ország nagy részében a központok kiépülnek, ami a régiós modell működésének alapvető fontosságú lépése.

A régiós modell másik esszenciális eleme a lakóhely-közeli ellátási struktúra kiépítése. Gyermekek szempontjából ennek különösen nagy a jelentősége, miután a gyermekek rehabilitáció iránti igénye 90-95%-ban járóbeteg-ellátási formában valósítható meg. Éppen ennek köszönhető a viszonylag csekélyebb ágyszükséglet. Az ambuláns egységek azonban akkor tudnak legjobban a családok hasznára lenni, ha minél közelebb a lakóhelyhez elérhetők. A 90-es évek derekán három magyarországi közösség (Budapest, Debrecen, Pécs) az Egyesült Államok Egészségügyi Minisztériuma és a Georgetown Egyetem Fejlődési Tanszéke közreműködésével végzett tanulmány során ezt a családközpontú, lakóhely közeli ellátó modellt vezetett be az említett három városban ill. Budapest néhány kerületében. A modellben a korai felismerést segítő szűrőprogram, valamint a terápiás és fejlesztési lehetőségek pontosabb megismertetése az ellátás résztvevőivel egyaránt szerepelt. Hasonló elven nyugszik az oktatási tárca által az elmúlt 10-12 évben törvényi szintre emelt korai fejlesztés, amely szintén a településekig igyekszik eljuttatni a fejlesztő pedagógusok, illetve a megyei központokhoz tartozó kisebb ellátó egységek révén az ellátást. Ezzel párhuzamosan nagyon sok civil szervezet által kezdeményezett és működtetett szolgáltató próbálja pótolni az állami intézményrendszerből hiányzó ellátásokat. A régió központok kiépülésének és szakmai megerősödésének szükségessége többek között éppen abban rejlik, hogy a rehabilitációs ellátást zömében biztosító kisebb egységek szakmai irányítása és tevékenységük minőségének kontrollja a regionális központok híján jelenleg megoldatlan.

A finanszírozás

A harmadik sarkalatos kérdés a rehabilitáció szakterületének pénzbeli ellentételezése. Az ambuláns ellátás esetében az egészségbiztosítóval történő szerződés megkötése az Achilles-sarka a rendszernek. Nagyon kevés szolgáltatónak van szerződése, különösen a civil szférában. A bevételek szűkössége tekintetében mégis a legrosszabb helyzetben a fekvőbeteg osztályok működésének finanszírozása van, ami összefügg a gyermekellátás általános finanszírozási anomáliáival, illetve a krónikus finanszírozás generális nehézségeivel. Az utóbbi időben már nemcsak a gyermekorvosok, de a politikusok és a sajtó tollából is látható-hallható, hogy gyermekek kórházi ellátása többe kerül, mint a felnőtteké, ugyanakkor kevesebbet ad érte az egészségbiztosító. A rehabilitációra szoruló gyermek esetében még a szokásos körülményeknél is nagyobb az ápolási igény, hiszen az osztályos felvételt igénylő gyermekek zöme átmenetileg teljesen magatehetetlen, akár egy pár hetes csecsemő. Az aktív ellátásban, ahol homogén betegcsoportokra (HBCS) megállapított összegekben fejeződik ki a működési ellentételezés, számos gyermekgyógyászati beavatkozás költsége nem térül meg a gyermekek nagy ápolási igénye miatt. Még ennél is nehezebb a rehabilitáció finanszírozási helyzete, miután a krónikus alapra megállapított 1,6-os, illetve az intenzív rehabilitációra 2004 júliusa óta folyósított 2.1 szorzó távolról sem fedezi a gyermekek ellátásának szükségletét.

A gyermekek gyógykezelési és aktív rehabilitációs programjai mellett számukra az életkornak megfelelő oktatást vagy fejlesztést is lehetővé kell tenni a sokszor heteket, hónapokat igénybe vevő rehabilitáció folyamatában. A fennmaradó időben sem lehet a gyermekeket passzivitásra kényszeríteni, ők még nem képesek magukat tartósan lefoglalni, különösen a kisebbek és a gyengébb képességű nagyobbak állandó ráfigyelést, foglalkoztatást igényelnek. Ha ápolási szükségletként definiáljuk mindezen igényeket, a következők fogalmazhatók meg:

1./ „Egyszemélyes gyermek" – teljes ellátásra szoruló gyermek (FIM 17-25) aki 24 órán át felügyeletet és teljes ápolást

1. táblázat. Gyermek-rehabilitációs ambulanciák teljesítménye 2004

Intézmény	Szakorvosi óra/vizsgálat	Egy szakorvosi órára eső vizsgálat	Egy vizsgálatra jutó idő (perc)	Nem szakorvosi óra/ellátott beteg	Egy terapeutára eső beavatkozás/év	Egy gyermekre alkalmanként jutó terápiás idő (perc)
Pécs (PTE ÁOK) gyermek -rehab. szakrendelés	30/578	19	143	50/2318	1159	60
Debrecen VESZ Gyermek-rehabilitációs Központ	90/7531	84	33	280/54854	2612	14
Tatabánya gyermek-rehabilitációs szakrendelés	4/463	116	24			
OORI osztály mellett működő gyermek-rehabilitációs szakrendelés	28/2980	106	26	5 / 253		55
Nyháza-Sóstó osztály mellett működő gyermek-rehabilitációs szakrendelés	30/3500	117	24	74/6655	594	31
Miskolc osztály mellett működő gyermek-rehabilitációs szakrendelés	30/3090	103	27	300/144000	11076	6
Mosdós osztály mellett működő gyermekpulmonológiai (rehabilitációs) szakrendelés	10/326		85			
Összesen	**212/18112**	**Átlag: 85**	**Átlag: 32**	**719/208406**		**átl. 9,6**

igényel . A szülő felvétele ajánlott, ennek híján emelt ápolói igény (kómás, négy végtagi bénult, lélegeztetett, vagy közvetlenül azt követően kezelt gyermek).

2./ „Kiemelt ápolási igényű gyermek" - minimális önellátásra képes gyermek (FIM: 26-51), aki legfeljebb az egyéni terápia idején (napi 3 óra) és éjszaka nem igényel állandó felügyeletet. A kórteremben folyamatosan nővérnek vagy a szülőnek kell tartózkodnia, de 2-4 ágyas kórteremben is elhelyezhető. Ha háromnál több ilyen gyermek tartózkodik egy időben szülő nélkül egy osztályon, az etetési időben további nővér szükséglet merül fel (mozgásban jelentősen korlátozott, önellátásra képtelen, bizonytalanul kommunikáló gyermek).

3./ „Nagy ápolási igényű gyermek" - önmagát részben ellátó gyermek (FIM: 52-85), aki kis létszámú (2-4 gyermek) csoportokban is foglalkoztatható, nemcsak egyénileg. Részben önállóan vagy rásegítéssel eszik, öltözik és mosdik. A szabad időben viszont állandó ráfigyelés szükséges. Egy nővér 5-6 gyermekkel tud foglalkozni a nappali műszakban, szülő jelenlétére átmenetileg ill. napi néhány órában lehet szükség, amennyiben a gyermek a különlétet lelkileg nem sínyli meg túlzottan (lábadozó, értelmileg átlagosan vagy kicsit lassabban fejlődő, mozgásban segítségre szoruló gyermek).

4./ „Szokásos ápolási igényű gyermek"- nagyrészt önellátó gyermek (FIM: 85 felett), aki csak a nap kis részében igényelnek segítséget: pl. felkelés, fürdés, másik épületbe jutás, stb. Ebben az esetben, valamint a hospitalizáció bizonyos stádiumában (korábban az előző kategóriák bármelyike fennállhatott) az ápolási igény átlagos, szülő jelenléte nem indokolt napi látogatási időszakot kivéve. Elsősorban az önellátásra nevelés hazaadás előtti időszakában fontos ennek betartása.

Nem volna a fogalomtár teljes, ha nem tennénk a szülők szerepéről külön említést. A szülők nem értelmezhetők mint nővérpótlék vagy terápeutapótlék. Természetesen jelenlétükben az ápolási szükséglet egy része nem a nővéreket terheli. A személyzetnek azonban nem kevesebb, hanem más a feladata, ha a szülő jelen van. A szülőket fel kell készíteni alkalmasint egy súlyosan halmozottan sérült gyermek teljes otthoni ellátására, beleértve a gastrostoma kezelését, a trachea kanül tisztítását, az orrszonda használatát stb. Nem lehet azért kevesebb a gyógytorna, a beszéd- vagy az ergoterápia a gyermek számára, mert a szülő jelen van. Jobban hasznosul azonban a specifikus terápia hatása, ha a szülő még a szabad idő egy részében gyakorolni tud a gyermekkel, természetesen a túlfárasztást kerülve. Ami azonban a legfontosabb, a gyermek biztonságban érzi magát, a saját anyukája vagy apukája hangját hallva, simogatását érezve, ami egy kómából derengve visszatérő agysérült gyermek, vagy egy elesett, ugyancsak teljes ápolásra szoruló daganatos gyermek számára nem közömbös. Tehát fontos külön definiálnunk, mit jelent a „rehabilitációra szoruló szülő" – aki gyermekével rehabilitációs osztályon elhelyezést igényel, az nem egyszerűen ápolópótló, hanem maga is alanya a rehabilitációnak. Egyrészt meg kell tanulnia a gyermekkel való speciális tennivalókat, másrészt maga is pszichés és gyakorta fizikai értelemben is rehabilitációra szorul.

Át kell tehát értelmezni teljes egészében a gyermekkorúak fekvőbeteg-ellátásának finanszírozását, éspedig korlátozott ágyszámon (országosan 300-320 ágy) végzett nagyon nagy személyzetigényű specifikus intenzív gyermek-rehabilitációra, amelynek költsége 2-3-szorosa a jelenleg biztosított összegekének. Emellett a szülő felvételét lehetővé kell tenni mindazok esetében, akiknél erre szükség van (fenti három speciális ápolási igényű gyermek kategóriában) és a szülőkkel való foglalkozást is finanszírozni szükséges legalább a rehabilitációs alapszorzó szintjén. Természetesen a szülőket nem lehet kötelezni a folyamatban való részvételre, egyesek élethelyzete ezt nem is teszi lehetővé. Ebben az esetben a személyzet részéről szükséges a nagyobb ápolási igényt nagyobb számú nővér vagy segítő jelentétével kompenzálni.

Összegzés

A gyermekkorúak eredményes rehabilitációjának speciális feltételei vannak. E területen a szolgáltatások hatékony működtetése speciális feltételrendszert igényel. Elengedhetetlenül szükséges az önálló minimum feltételek megjelenítése és rendeleti szabályozása mind az intenzív, mind a speciális intenzív (koponya- agysérült, egyéb idegrendszeri károsodott, lélegeztetett, vagy más technikai segítségtől függő gyermekek) rehabilitációra szorulók esetében. Az ellátó struktúra megfelelő szintű kialakításában a szakma részéről jelentős lépések történtek az elmúlt két évben ill. a fejlesztések egy része folyamatban van. A továbbhaladás útjában a rendeleti szabályozás (önálló minimum feltételek), és az ehhez rendelt méltányos finanszírozás hiánya a legnagyobb akadály jelenleg.

A Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium gyermek rehabilitációs ad hoc bizottsága összeállítása szakmai konszenzuson alapszik, több éve végzett tudatos szakmai és szakmapolitikai tevékenység érvanyagára támaszkodik. Készítői azt remélve adják közre munkájukat, hogy szakmailag kellően alátámasztott nyomán a gyakorlatban megvalósuló eredményeket láthatnak viszont a közeljövőben.

Forrás

1. Csecsemő és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium állásfoglalásai
2. Orvosi Rehabilitációs Szakmai Kollégium állásfoglalásai
3. Aszmann M, Kosztolányi Gy: Különleges gondozást igénylő gyermekek felismerése a primér ellátásban. Gyermekgyógyászat. 6: 2001.
4. Berényi M: A gyermek-rehabilitáció fejlődésének perspektívái Magyarországon, Reha Hungary 2000.
5. Mramurácz É, Simon G, Vekerdy Zs: A gyermekrehabilitáció helyzete Magyarországon. A Csecsemő és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium felkérésére összeállított anyag, 2003.
6. Vekerdy Zs.: Speciális szükségletű gyermek a családban I., Két közösségépítő projekt tapasztalatai. Védőnő VII./1. 40-42. 1997.
7. Vekerdy Zs.: A civil szervezetek szerepe a rehabilitációban. Rehabilitáció 12./2.: 22-24. 2002.

DR. VEKERDY ZSUZSANNA

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet

DR. TÚRI SÁNOR

Szegedi Orvostudományi Egyetem Gyermekklinika

DR. MRAMURÁCZ ÉVA

Országos Gyermek-egészségügyi Intézet

DR. FARKAS VIKTOR

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, I. sz Gyermekklinika

DR. SÓLYOM ENIKŐ

BAZ Megyei Kórház, Gyermek-egészségügyi Központ

DR. ÚJHELYI JÁNOS

Házi Gyermekorvosok Egyesülete

DR. TULASSAY TIVADAR

Semmelweis Orvostudományi Egyetem