

Nemzeti Gyermekegészségügyi Program

Mottó: „Egészséges gyermek – gazdag nemzet”

Gyermekeink, családjaink egészsége nemzetünk sorskérdése. Ma Magyarországon a születések száma nem pótolja a halálozások miatti népességfogyást. Kevés a gyermek és az egészségi állapotuk lehetne sokkal jobb, ezen változtatnunk kell.

A koraszülések aránya az európai átlag felett van (8,3%), ezen belül az igen kissúlyú koraszülöttek aránya emelkedik, a perinatális mortalitás az Európai Unió átlag körüli, azonban az országosan jelentős területi ingadozásokat mutat. A terhességmegszakítások aránya még mindig magas, a prekoncepcionális kivizsgálásnak és gondozásnak nincs kialakult rendszere és számonkérhető gyakorlata. 2009-ben a Családvédelmi Szolgálatnál megjelenő, terhesség megszakítást kérelmező nők 60 %-a alacsony vagy annál kevesebb iskolai végzettséggel rendelkezett.

A gyermekek optimális fejlődésének és egészségének biztosítása társadalmi megközelítést igényel, ami csak a gyermekgyógyászat és a népegészségügy közötti együttműködés útján valósulhat meg. A cél eléréséhez a kormány, az egészségügy szereplői a civil társadalom, az egyházak, az oktatás szereplői, a társadalmi és gazdasági szervezetek közös fellépése szükséges. El kell mozdulni a **bio-medikális paradigmától**, mely minden felelősséget az egészségügyi szektorra helyez, az egészség társadalmi meghatározóira irányuló **multiszektoriális modell felé**, melyben az egészségügy mellett jelentős szerepe van a köznevelési, gyermekvédelmi és szociális ellátó rendszereknek. A felnőttkori krónikus betegségek nagy része megfelelő **primer preventív** lépésekkel, és már kora gyermekkortól érdemben csökkenthető. A klinikai gyakorlat és népegészségügyi intézkedések integrálása szükséges az egészségromlás és a betegségmegelőzés számos vonatkozásában, amelyek magukban foglalják a gyermek, a család és a kisebb-nagyobb közösségek szintjét egyaránt, fókuszba állítva a mikroközösséget, ahol kialakul a szokásrend, megalapozódik az egészségtudatosság. A **gyermekorvosok és az egyéb szakemberek tevékenységének fokozott együttműködése** kulcsfontosságú a gyermekek egészségének javítása és a társadalom hosszú távú egészségmegőrzésének szempontjából.

A gyermek-egészségügyi ellátórendszerben dolgozó szakemberek (alap- és fekvőbeteg ellátás, orvosok és egészségügyi szakdolgozók) kompetenciáit, hatáskörét harmonizálni szükséges a lehető legjobb ellátás érdekében.

Programháló kialakítására van szükség, mely tudományos bizonyítékokon alapuló, interszektoriális, több ágazat eredményeihez kapcsolódó, **DE az Egészségügyért Felelős Államtitkárság koordinálásával valósul meg a szolgáltatások szükségletalapú tervezése alapján**, folyamatos, indikátor alapú monitorozással.

Számos kutatás igazolja, hogy a **korai preventív tevékenységbe** fektetett energia és pénz, **bőségesen megtérül** a hosszútávon fenntartható jó életminőség és vele együtt járó

munkaképesség alatt, mind az egyén mind pedig a társadalom szintjén. Hatékony társadalmi együttműködésre van szükség a megfogalmazott prioritások sikeres kezeléséhez.

Prioritások:

1. A gyermekek értékközpontú megközelítése – az egészség nem a betegség hiányát, hanem a testi-lelki-szociális jóllétet jelenti - tenni kell a bármilyen okból hátrányos helyzetű gyermekek esélyegyenlőtlensége ellen, csökkenteni kell a gyermekszegénység – hangsúllyal a mélyszegénység - hatásait. A cél az adaptációra képes, ügyei önálló kezelésére alkalmas generáció felnővekedésének segítése.
2. A gyermekek egészségmegőrzésében Nemzeti Immunizációs Program megőrzésének és következetes végrehajtásának fontos szerepe van.
3. Biztosítani kell az egészséges életkezdés esélyét és az optimális korai agyi-mentális fejlődést, figyelemmel az optimális fejlődési ütemre, a fejlődési zavarok korai felismerésére és rehabilitációjára a családok bevonásával.
4. A felnőttkori krónikus betegségek – civilizációs ártalmak, szenvedélybetegségek – kora gyermekkortól kezdett primer prevenció programjai népegészségügyi jelentőségűek.
5. Koordinált multiszektoriális intézkedésekkel kell tenni az elkerülhető gyermekhalálozás – baleset, bántalmazás, elhanyagolás – ellen.

I. Jelen helyzet, előzmények

A korábbi Nemzeti Csecsemő- és Gyermekeségügy Program célkitűzései (amelyek többségében az ellátórendszer megújítását tüzték ki célul) érték el eredményeket, de a célkitűzései nem valósultak meg következetesen. Bár a *Semmelweis Terv* deklarálta, hogy a gyermekeségügy az ellátórendszer fokozott figyelmet érdemlő **önálló alrendszere**, szükséges egy *elsődleges megelőzést szem előtt tartó szemléletű új gyermekeségügyi program* megalkotása. Tervek szintjén 2013-ban megfogalmazódott egy „Vasgyúró” című program, de ennek megvalósítása el sem indult.

Az elmúlt két ciklus család- és gyermekbarát szociális és gazdasági intézkedései bizonyították, hogy a kormány fontosnak tartja a gyermekeket, az egészséges eljövendő generációt. Itt az ideje, hogy mindez *Nemzeti Gyermekeségügyi Programban* az egészségügy oldaláról is megfogalmazódjon, természetesen az EMMI többi államtitkárságával és a még érintett tárcák együttműködésével, összhangban a Nemzeti Ifjúsági Stratégiával.

Epidemiológia helyzet, mortalitási és morbiditási adatok.

a. Csecsemőhalálozás, morbiditás, mortalitás

Magyarországon a gyermekek száma 1984 óta folyamatosan csökken, az eltelt 30 év alatt 36%-kal kevesebb 0-19 éves korú él az országban. Szintén folyamatosan csökken a teljes lakosságon belüli részarányuk, 2014 óta 20%-nál is kevesebb. Ennek oka a születésszám 1990-es években történő drasztikus csökkenése. Az élve születések száma az elmúlt években alacsony, 90000 körüli szinten stagnál. A kevesebb gyermek vállalására későbbi életkorban kerül sor, a 20-29 évesek termékenysége csökkent, az idősebb korosztályoké kisebb mértékben emelkedett. A család modell átalakult, a 2010-es években az újszülöttek majdnem fele született házasságon kívüli kapcsolatból.

*Az újszülöttek súlya az egyik legfontosabb csecsemőhalálozást befolyásoló tényező. Hazánkban a 2500 g alatti újszülöttek aránya európai viszonylatban nagyon magas, 8,5%, az utóbbi tizenöt évben nem mutatott csökkenést. Jelentős területi egyenlőtlenség tapasztalható az országon belül is. Nem csökken az 1500 g és 1000 g alatti, nagyon éretlen újszülöttek aránya sem. Az összes újszülött 7-8 %-a szorul intenzív ellátásra. A szövődménymentes túlélés az igen kis születési súlyúak körében 77%, az extrém kis súlyúaknál 46%. **A koraszülés az újszülöttkori morbiditás és mortalitás vezető oka.***

A csecsemőhalottak kétharmadát teszik ki a kis súlyú újszülöttek. A koraszülési arány az 1990-es évek közepétől stagnál, a perinatális ellátás magas színvonala következtében a csecsemőhalandóság javul (2016 4,0 ezrelék), de elmarad a legjobb európai országok mutatóitól. A koraszülést a közvetlen egészségügyi okok (pl. a várandósok fertőző-, valamint krónikus-, és szervi megbetegedései, illetve traumák) mellett olyan társadalmi-gazdasági és kulturális hatások is befolyásolják, amelyek célzott szociális és népegészségügyi programokkal viszonylag jól befolyásolhatók. Ezek között kiemelt jelentősége van többek között az alacsony szintű anyai iskolázottságnak, a dohányzásnak, az alkoholfogyasztásnak és a stressz-terhelésnek. Az általános iskolát be nem fejező anyák csecsemőinek a halálozása több mint ötszöröse a legmagasabb iskolai végzettségű anyák csecsemői körében mért halálozási szintnek. A megyék közötti különbségek csökkentek az elmúlt években, de Észak-Magyarországon, és Dél-Dunántúl, Dél-Alföld egyes megyéiben az 1 éven aluliak halandósága meghaladta az országos átlagot.

b. Gyermekhalálozás

A csecsemők viszonylag magasabb halandóságához képest a kisgyermekeké egyre csökken, a legalacsonyabb 5-9 éves korban ezt követően különböző intenzitással folyamatosan emelkedik a halálozás az egyes korcsoportokban. A csecsemők halálkori struktúrája eltér a gyermekkorétól. A legtöbb csecsemőkorai haláleset a perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok (elsősorban a koraszülöttségből adódó betegségek) következtében fordul elő, ezt követik a veleszületett rendellenességek okozta halálesetek (1).(lásd: 1. sz. melléklet – demográfiai ábrák)

Gyermekkorban a vezető halálokok a külső ok (baleset és erőszak), a daganatos megbetegedések, a veleszületett rendellenességek és idegrendszeri megbetegedések miatt bekövetkezett halálozás. A balesetek és az öngyilkosságok arányának csökkenése ellenére 2016-ban az 1-19 évesek halálozásának egyharmadáért külső tényező tehető felelőssé.

Amellett, hogy a csecsemőhalandóság csekély hányadát okozzák a külső okok, majdnem olyan gyakoriak az egy év alattiak körében, mint a 15-19 évesek esetében. A balesetek minden korcsoportban gyakrabban vezettek halálhoz, mint az erőszakos cselekmények. Csecsemő és kisdéd korban az erőszakos halálesetek bántalmazás következményei, még a 10-19 éves korban túlnyomó részt önkezűségből erednek. Megbízható adatot a sérülések előfordulására nem könnyű találni – az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (2) (HBSC-lásd bővebben az „Országos programok”-nál) felmérésében a 11-18 éves tanulók 40,6%-a sérült meg legalább egyszer az adatfelvételt megelőző évben, és közülük 38%-ukat kellett kötözéssel, varrással, vagy műtéttel ellátni.

A magyar gyermekekre vonatkozóan kevés megbízható morbiditási adattal rendelkezünk, szükséges a jelentési rendszer korszerűsítése A gyermekkori morbiditás struktúrája átalakult az elmúlt évtizedekben, köszönhetően az életszínvonal és a higiénés viszonyok általános javulásának, valamint a védőoltásokkal megelőzhető fertőző betegségek eltűnésének vagy számuk jelentős csökkenésének. Előtérbe kerültek viszont az *életmóddal, a környezeti károsító tényezőkkel és a halmozottan hátrányos helyzettel összefüggést mutató „nem fertőző”* (más néven civilizációs) megbetegedések. Az allergiás megbetegedések is egyre korábbi életkorokban kezdődnek, gyakoriabbak elhízottak körében és ez fordítva is igaz.

Egy 2018-ban a WHO Európai Regionális Irodája kezdeményezésével végzett nemzetközi felmérésben (3) reprezentatív mintán azt találták, hogy a hét éves magyar gyerekek pont prevalencia vizsgálatában hat éves periódus alatt a *túlsúly és elhízás változatlan aránya (15-20%)* mellett a *kóros soványosság előfordulása közel a duplájára (9-15%)* nőtt. Az, hogy a túlsúlyosok-kövérék aránya nem nőtt, óriási eredmény, hiszen globális és európai trend a gyermekkori elhízás arányának folyamatos, szinte „járványszerű” terjedése. Figyelemfelkeltő kell, legyen azonban, a soványak arányának növekedése!

Az évente több szempont szerint adatokat gyűjtő *iskola-egészségügyi jelentés* szerint a 90 percentil feletti tanulók aránya 2010 óta 12% körüli.

Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC) önbevallásos kérdőíven alapuló testtömeg-index (BMI) adatai alapján a túlsúly és elhízás előfordulása az egyes korcsoportokban lányoknál 10,3-12,9%, a fiúknál 16,7-21,4%. Emellett emelkedik az alultáplált gyermekek aránya is, a HBSC adatai alapján a lányoknál 15,1-20,3%, a fiúknál 7,4-11,9% a prevalencia. A túlsúlyos magyar fiatalok aránya mintegy 20% a 11-15 évesek körében – ez európai viszonylatban közepesnek mondható. A testmozgás gyakoriságát illetően a semmit vagy nagyon keveset mozgó tanulók aránya e felmérésben 28%.

c. Gyermek onkológia morbiditási adatok (dr. Kriván Gergely)

Míg a hetvenes években csak a betegek töredéke gyógyult meg véglegesen, ma a Magyarországon évente diagnosztizált 250-300 daganatos gyermek kétharmadát meggyógyítjuk. Természetesen a túlélési esélyeket alapvetően meghatározza a daganat típusa. Ennek eredményeként minden 800 fiatal felnőttkorba lépő személy közül 1 valamely gyermekkori rákos betegség túlélője.

Magyarországon az életkorra standardizált összesített incidencia értékek az elmúlt tíz évben nagyon lassú, évenkénti 1,7% emelkedést mutattak, amely megegyezik a nemzetközi szakirodalomban közzétett tendenciával (átlag 2000-2004: 147,7/millió; 2005-2009 155,5/millió). A fő diagnosztikus csoportokban (leukémia, központi idegrendszeri daganatok, egyéb szolid tumorok) az évenkénti incidencia értékek hullámzása mellett szignifikáns változás nem észlelhető.

d. A gyermekek fogainak egészsége

A „Council of European Dentists”(Fogorvosok Európai Tanácsa) (4) legutolsó (2018.június) közzétett adatai szerint Európában a magyar 12 évesek fogazata a legrosszabb. Ebben az életkorban már csak alig nyolcaduknak van ép fogsora, az átlagos magyar hatodikosnak háromnál több foga hiányzik, lyukas vagy tömött. Magyar felmérés szerint későn jutnak el fogorvoshoz, amikor gyakran már csak a húzás marad. Így a magyar 19 éveseknek már több mint öt foga hiányzik.

A hazai tennivalóinkban igazodni érdemes a WHO célokhoz: 2020-ra:

- a. a 6 éves gyermekek legalább 80 %-a legyen ép fogú
- b. a 12 éves gyerekeknek átlagosan ne legyen több 1.5 beteg (szuvas, tömött és eltávolított) maradó fognál (DMFT<1.5)

A cél eléréséhez átfogó hazai Gyermekfogászati Prevenációs program kialakítására van szükség a gyermekalapellátás és a gyermekfogászati szakma résztvevőivel!

e. Az életmódbeli rizikótényezők és a gyermekek lelki egészsége

A lelki egészséghez való jog az Alaptörvényben rögzített, gyermekeinknek képessé kell válniuk a felelős döntésre, önállóságra, a változásokhoz való alkalmazkodásra, egészségük fejlesztésére. Az életmódbeli kockázati tényezők közül az alkoholfogyasztásra van adatunk a HBSC vizsgálatokból (2). A legutóbbi HBSC felmérés alapján az 5. évfolyamon a tanulók 25,8%-a, 11. évfolyamon a 92,6%-a ivott már alkoholt életében. Aggasztóbb adat, hogy a diákok 17,1%-a havonta, 16,1%-hetente, és van aki (2,2%), naponta fogyaszt alkoholt. A tanulók 41,9%-a volt már részeg életében.

A nemzetközi és hazai epidemiológiai vizsgálatok azt mutatják, hogy a 4-17 éves korú gyermekek között a mentális kórállapotok átlagos prevalenciája (előfordulási gyakorisága) 15,8 %, azaz a népbetegség szintjét éri el (Simmelweis Terv). A HBSC 11-18 évesekre vonatkozó, legutóbbi országosan reprezentatív adatai azt mutatják, hogy a fiatalok (lelki, testi) egészség-mutatói nem túl jók:

- A dohányzási és alkoholfogyasztási arányok a tinédzserek körében kedvezőtlenebbek, mint a nemzetközi átlagok, minden ötödik magyar 15 éves hetente legalább egyszer rágyújt, míg Európában átlagban ez csak minden tizedik fiatalra jellemző.
- A magyar 15 évesek több mint egyharmada legalább kétszer volt már részeg életében és e tekintetben csak Dánia előzi meg hazánkat.
- A serdülőkori hangulati zavarokra utaló panaszok (kedvetlenség, fáradtság, ingerlékenység) előfordulásának növekedését tapasztalták a HBSC kutatói - emelkedett a depresszív hangulatú tanulók aránya is (fiúk 23,8%, lányok 34,9%).

- A magyar fiatalok nemzetközi viszonylatban magas arányban értékelik egészségüket rossznak vagy éppen csak megfelelőnek, a gyakori egészségpanaszok (pl. fejfájás, gyomorfájás, ingerlékenység, fáradtság, elalvási nehézségek) előfordulása azonban átlagosnak mondható Európában.
- Hangulati problémákról, depresszív érzésekről 2010-ben a 15 éveseknek mintegy egynegyede számolt be, 2014-ben már közel egyharmaduk.

Hazánkban a pszichés zavarok a betegségek sorában az 5. helyen állnak. A mortalitási statisztikában az öngyilkosság a 3. helyen áll a 15-24 éves korosztályban az onkológiai kórképekkel és balesetekkel váltakozva. A 16 év feletti népesség 30,5%-a panaszkodott depresszív tünetekről (5) 2013-as adatok szerint a 15-44 éves korcsoportban depresszív betegség száma kiemelkedő.

Magyarországon 2013-ban 24/100.000 volt az öngyilkossági ráta, 2013-ban 101, 15-29 év közötti fiatal halt meg miatta. Férfiaknál a befejezett öngyilkosság, nőknél a kísérletek gyakoribbak (6). Egy hazánkban, 2000-ben 11-20 év közötti fiataloknál végzett vizsgálat 1,5%-ban tárt fel öngyilkossági kísérletet, míg az NSH 2007-es vizsgálata 15,6/100.000 arányban talált öngyilkos viselkedést a gyermek/serdülő korosztályban. A befejezett öngyilkosság 14 éves kor alatt 1/100.000, 14-19 év között 8-10/100.000. Az öngyilkossági kísérletek a befejezett öngyilkosságok 50-100-szorosát teszik ki. A befejezett öngyilkosság előzményeiben 20-40 %-ban volt öngyilkossági kísérlet (7).

Széles körben felismerik és elismerik, hogy a lelki egészséget meghatározó tényezők többsége az egészségügyi szektor kompetenciáján túl nyúlnak és más ágazatok hatáskörébe is tartoznak. Az egészségügyi szektorban az alapellátást biztosító személyek: a házi gyermekorvosok, vegyes praxis keretében gyermekeket is ellátó házi orvosok, iskolaorvosok, védőnők, míg a szakellátást a pszichiátriai gondozóhálózat jelenti. A lelki egészségmegőrzésért felelős intézmény az oktatásügyi szektorban a Korai Fejlesztő Központ, a Pedagógiai Szakszolgálatok, az intézménypszichológusok illetve a szociális szféra területéről a gyermek- és családsegítő központok, gyermekotthonok és nevelőszülői hálózat. Ugyanakkor a lelki egészség megőrzéséért ill. fejlesztéséért a köznevelés intézményeiben a pedagógusok tehetnek a legtöbbet, ha mindennapi munkájuk során olyan pedagógiai módszereket alkalmaznak, melyek a társas kapcsolati készségeiket fejlesztik; valamint ha a művészetek alkalmazására is időt engednek; mindez része a teljeskörű intézményi egészségfejlesztésnek (TIE) is, és mindezt a köznevelés-irányítás is hangsúlyt helyez. Fentiekre alapozva szükséges olyan hatékony ágazatközi együttműködés, amely keretein belül a népegészségügyi vonatkozású fejlesztés irányok és feladatok mellett megvalósulnak az egészségügyön kívüli ágazatokban is.

f. A gyermekek közétkezésének alakulása

A közétkeztetés, elsősorban a gyermekétkeztetés egészségessé tételét, a gyermekkori táplálkozási kockázati tényezők felszámolását szolgálja a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014. (IV. 30.) EMMI rendelet, melynek előírásai 2015. szeptember 1-jétől hatályosak.

Az iskolai büfék választékának egészségesebbé tétele érdekében a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet előírja, hogy az iskolai büfé vagy áruautomata üzemeltetése esetén az iskola-egészségügyi szolgálat véleménye szükséges annak megítéléséhez, hogy a tervezett áru kínálat megfelel-e az egészséges táplálkozásra vonatkozó ajánlásoknak, szakmai véleményük hatékonyabban kell, hogy érvényesüljön. Rendelkezik továbbá arról, hogy a nevelési-oktatási intézményben, valamint a nevelési-oktatási intézményen kívül a gyermekek, tanulók részére szervezett rendezvényeken a népegészségügyi termékadóról szóló 2011. évi CIII. törvény hatálya alá tartozó termék (például előrecsomagolt cukrozott készítmények, üdítőitalok, energitalok, sós rágcsálnivalók), továbbá alkohol- és dohánytermék nem árusítható. A jogszabályi környezet helyes változásai mellett azonban további erőfeszítések szükségesek a jogkövető magatartás elősegítésére úgy, hogy a gyermekek, tanulók értsék és igényükké is váljon az egészséges táplálkozás.

Szociális helyzet, családok szegénysége. A szegénység megelőzésére létrejött programok és eredményeik.

A 2008 utáni tartó gazdasági-pénzügyi válság Európa-szerte növelte a szegények illetve kirekesztődők arányát. Hasonló a helyzet Magyarországon is, de amíg ennek következtében az európai gazdagabb országokban a ráta 1–2 százalékos emelkedést mutatott, addig Magyarországon a gyereknépességre számítva 8 százalékos volt a növekedés. A gyermekek – akik az EFOP 1.4.1-17 kiemelt projekt egyik közvetett célcsoportját alkotják - szegénységének komplex okai vannak, amelyek többek között az alacsony iskolai végzettség, a szülők munkanélkülisége, a család alacsony jövedelme, lakhatási és területi hátrányok, a minőségi szolgáltatásokhoz való hozzáférés nehézségei. A szegénység megelőzésében fontos szerepe van a korai iskolaelhagyás csökkentésére irányuló programoknak. A 2016. évre vonatkozó hazai adatok a mutató értékének javulását jelzik. Ez elsősorban azzal áll összefüggésben, hogy a szegénység három dimenziója - jövedelmi szegénység, munkaszegénység, anyagi depriváció - közül a súlyos anyagi nélkülözésben élők aránya lényegesen csökkent.

Gyermekszegénység Elleni Nemzeti Program 2006-ban indult az MTA koordinálásában és eredeti céljai a 2006-2030-ig tartó időszakot fedték le. Kicsit felújítva egy Országgyűlési Határozattal ebből lett a „Legyen jobb a gyermekeknek” Nemzeti Stratégia. 2007-2032 időszakra vonatkozóan és ehhez alakult egy Értékelő Bizottság is civil és kormányzati szereplőkkel. Átmeneti bizonytalanság után mindezek a célok 2016-tól a „Gyermekesély” programokban folytatódtak és jelenleg is több TÁMOP és EFOP programban aktualizálódtak. Erre példák a gyermekeket sújtó nélkülözés újratermelődésének megakadályozására és a gyermekek esélyének növelésére irányuló helyi projektek (EFOP-2.1.2.-16). Ezek a célok összhangban vannak az Európa 2020 Stratégiához kapcsolódó Magyar Nemzeti Felzárkózási Stratégia II. céljaival.

Szegregáció kedvezőtlen hatásai a gyermekek egészségére.

A szegregáció fogalmát a hazai szakirodalom leggyakrabban a területi elhelyezkedéssel, lakhatással és az ebből következő intézményi – Magyarországon jellemzően az oktatás területén jelentkező – elkülönüléssel/elkülönítéssel kapcsolatban használja. Magyarországon a lakóhelyi szegregáció térségek, települések között és településeken belül is megjelenik. A lakóhelyi elkülönültség megmutatkozik egyrészt a városok slumosodó kerületeiben, leromló negyedeiben, másrészt az ország szegényebb régióiban kialakult aprófalvas települési zárványokban. A spontán szegregáció nem elkülönítés, hanem a hátrányos helyzetű térségek egyes településein élő, nagyszámú HH (hátrányos helyzetű) és HHH (halmozottan hátrányos helyzetű) tanulók miatt. Emellett az integráltan nem nevelhető SNI (sajátos nevelési igényű) tanulók szakértő bizottság szakvéleménye alapján gyógypedagógia intézményekben – „szegregáltan” – tanulnak.

Magyarországon részben a lakóhelyi elkülönülésből fakadóan, részben a többségi társadalom kirekesztő magatartásának eredményeként a roma gyerekek nagyfokú iskolai koncentrációja figyelhető meg. Egy 2002-es szociológiai felmérés adatai szerint: amíg 1992-ben minden 12-13. cigány tanuló (7,1 %) tanult olyan iskolában, ahol ők alkották a többséget, 2002-ben minden 5-6. (18,1%). Ezek alapján a szociológusok megállapították, hogy az iskolai elkülönítés tendenciája felerősödött. A magasabb társadalmi státusú szülők megpróbálják a magasabb oktatási színvonalat, speciális oktatási szolgáltatásokat biztosító iskolákba íratni gyermekeiket. Az iskolák egy másik része pedig az alacsony jövedelmű és státusú marginalizálódott csoportok iskolájává (iskolán belül osztályává) válik.

Igen kedvezőtlen jelenség, hogy *az országon belül jelentősek a területi különbségek*, amelyek a szegénység, illetve kirekesztődés különböző összetevőinek koncentrációját jelzik. A társadalmi és területi hátrányok összekapcsolódása hatványozottan rontja a gyermekek életésélyeit. Ebből a szempontból az ország középső és nyugati részei jobb, míg keleti és déli részei – főként az észak-magyarországi, az alföldi- és a dél-dunántúli régió – rosszabb helyzetben vannak. A 2014. évi adatok alapján a gyerekek és családok felzárkózási esélyeit célzó integrált térségi elődprojektek *célterületét jelentő 23 támogatásban részesült hátrányos helyzetű kistérségében a gyermekek 69 százaléka élt szegénységben vagy társadalmi kirekesztődés által érintett háztartásban, miközben ez az arány országosan 41 százalék volt.* Ezen térségekben a lakásállomány komfortossága és felszereltsége is sokkal rosszabb, mint az országos átlag. Különösen nagy problémát jelentenek a közműtartozások, aminek következtében nem ritka, hogy a közműszolgáltatók kikapcsolják a villanyáramot vagy a fűtést, ami tovább súlyosbítja az amúgy is kedvezőtlen életkörülményeket. Nem ritka ezeken a területeken az adósságspirál és az uzsora, ami gyakorlatilag a szegény háztartások teljes ellehetetlenülésével egyenlő. További kiemelt jellemzője a leszakadó térségeknek, hogy a térbeli különbségek már évtizedek óta összekapcsolódnak az etnikai szegregációval is. A hátrányos helyzetű területek leszakadása nem csak a várható és ezen belül az egészségesen várható évek számában, de a csecsemőhalandóságban és a kissúlyú csecsemők arányának különbségeiben is megmutatkozik (8) (lásd: 2. sz. melléklet).

A szegénység és társadalmi kirekesztődés újratermelődésének megszakításában és a következmények mérséklésében nem csak az egyénekre és családokra hárul felelősség, hanem kiemelten fontos feladata van ebben a különböző szakágazati

intézményrendszereknek is. Ezekre az intézményrendszerekre a hátrányos helyzetű térségekben különlegesen nagy nyomás nehezedik, mivel mind a hátrányos helyzetű, mind a halmozottan hátrányos helyzetű tanulók aránya sokkal magasabb az országos átlagnál, viszont a gyermekekre jutó szakemberek száma sok ellátási területen alacsonyabb. Több hátrányos helyzetű térségben egyáltalán nincs, sokban pedig csak egyetlen egy gyermekorvos található. Ahol nincs gyermekorvosi ellátás vagy sok esetben tartósan hiányzik a védőnő, hiányos az iskola-egészségügyi ellátás is. Az óvodának nincs fejlesztőpedagógusa és logopédusa, a családoknak viszont utazásra nincs pénze, ott a gyerekek nem jutnak hozzá a nekik járó szolgáltatásokhoz.

A „Biztos kezdet” házak kezdeményezés éppen az ilyen hátrányos helyzetű településeken jelenthet színteret egészségfejlesztésre, ám a fenntartásukhoz szükséges finanszírozás akadózó.

Az egészségértés hazai terjesztése.

Magyarországon is elkészült a nemzetközileg validált Egészségértés Kutatás (9) kilencedikként a világon. A kutatást korábban egy kifejezetten erre a témára létrejött konzorciumi kutatócsoport (HLS-EU Consortium – hosted by the Maastricht University) végezte el az első körben résztvevő országokban: Ausztria, Bulgária, Görögország, Írország, Hollandia, Lengyelország, Németország és Spanyolország. Hazánkban a Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft. 1008 fős reprezentatív mintán vizsgálta, hogy a magyar lakosság képességei mennyire felelnek meg az egészséggel kapcsolatos komplex igényeknek a modern társadalomban. A kutatás magyar megvalósítását az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete tette lehetővé. Fontos kiemelni, hogy a kutatás nem tudásszintet, hanem az élet három, egészséggel kapcsolatos területén (egészségügy, prevenció, egészségfejlesztés) mért négy információfeldolgozási szintet (elérés, megértés, értékelés, alkalmazás), illetve az ezekhez kapcsolódó készségeket, képességeket mért. Magyarországon az összes mutató esetében ***a megkérdezettek rendkívül alacsony arányban értek el kiváló szintet, míg a nem megfelelő pontszámot elérők aránya nemzetközi összehasonlításban az egyik legmagasabb!***

Ismert tény, hogy a szülők egészséggel kapcsolatos információkért is gyakran a világháléhoz fordulnak. Jelentős probléma, hogy az egészséggel, ezen belül a gyermekek egészségével kapcsolatos információk közül túlnyomórészt ellenőrizetlen, megtévesztő, szakmailag kifogásolható tartalmakhoz jutnak, mivel ezek vannak többségben, kevés a „megbízható forrás”.

Szűrések helyzete.

A gyermekkori szűrővizsgálatok jelenlegi rendjét az **51/1997. (XII. 18.) NM rendelet** a kötelező egészségbiztosítás **keretében** igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról 1. számú melléklete szabályozza. Az **1. számú mellékletben** meghatározott szűrővizsgálatok eredményeit az e rendelet szerinti Egészségügyi Könyvben kell dokumentálni. A 6 évesnél

idősebb 6-18 éves szűrővizsgálataihoz egységes módszertant kell kidolgozni. Szükséges a 18 éven aluliak szülő jelenléte nélkül történő szűrővizsgálati körülményeinek jogi tisztázása.

A házi orvos és a védőnő az adott korcsoport számára ajánlott valamennyi szűrővizsgálat igénybevételének lehetőségére köteles felhívni az általa ellátott biztosított, illetve törvényes képviselője figyelmét.

1. *0-4 napos életkorban:*

a) teljes fizikális vizsgálat, különös tekintettel a fejlődési rendellenességek szűrésére, *fekvőbeteg-gyógyintézetek szülészeti-nőgyógyászati osztálya*

b) testtömeg, testhossz, fejkörfoghat mérése és a hazai standardok szerinti értékelése, *fekvőbeteg-gyógyintézetek szülészeti-nőgyógyászati osztálya*

c) ideggyógyászati vizsgálat, *fekvőbeteg-gyógyintézetek szülészeti-nőgyógyászati osztálya*

d) csípőficam szűrése, *fekvőbeteg-gyógyintézetek szülészeti-nőgyógyászati osztálya*

e) érzékszervek működésének vizsgálata: *fekvőbeteg-gyógyintézetek szülészeti-nőgyógyászati osztálya*

ea)* hallás objektív vizsgálata,

eb) látás vizsgálata,

f) veleszületett anyagcsere-betegségek: *jogszabály által meghatározott egészségügyi szolgáltató laboratórium*

fa) galactosaemia (összgalaktóz-szint és Gal-1-PUT), hypothyreosis, biotinidáz hiány,

fb) tömegspektográfias vizsgálattal, egy vizsgálati mintából: jávorfaszörp betegség (MSUD), tyrosinaemia I, II, citrullinaemia I (argininosuccinát synthase hiány, ASS), arginosuccinic aciduria (arginosuccinát lyase hiány, ASL), homocystinuria, rövid-láncú acyl-CoA dehydrogenase hiány (SCAD), közép-láncú acyl-CoA dehydrogenase hiány (MCAD), hosszú-láncú hydroxi-acyl-CoA dehydrogenase hiány (LCHAD), nagyon hosszú-láncú acyl-CoA dehydrogenase hiány (VLCAD), Carnitin-palmytoil transferase hiány (CPT-I, II), Carnitin transzport zavara (CT), multiplex acyl-CoA dehydrogenase defectus (glutársav aciduria GA II), beta-ketothiolase (oxothiolase) hiány, glutársav aciduria I (GAI), isovaleriánsav acidaemia (IVA), metilmalonsav acidaemia (MMA), propionsav acidaemia (PA), 3-hydroxi-3-metilglutaryl-(HMG-)-CoA lyase, methylcrotonyl CoA karboxylase hiány (MCC) multiplex carboxylase hiány, phenylketonuria

2. * Újszülött *hazaadását* követő első vizsgálat esetén, valamint 1, 2, 3, 4, 6 és 9 hónapos életkorban:

a) teljes fizikális vizsgálat, különös tekintettel a fejlődési rendellenességek szűrésére,

b) mozgásszervi vizsgálat, csípőficam szűrése 4 hónapos korig,

c) idegrendszer vizsgálata,

d) rejtettheréjűség vizsgálata,

e) adaptáció, gondolkodás, preverbalis képességek, kommunikáció, szocializáció, testi fejlődés és motoros képességek (nagy- és finommozgások, manipuláció) vizsgálata,

- f) érzékszervek, érzékelés, észlelés vizsgálata (látás, hallás), területi védőnő
 - g) testhossz, testtömeg, fejkörfogat mérése, a fejlődés és tápláltsági állapot értékelése a hazai standardok alapján, területi védőnő
 - h) rizikószűrés a hazaadást követően 1 hónapon belül és az életkörülményekben történő egészségi, környezeti változás esetén. területi védőnő
3. * 12 hónapos, szükség esetén 15 hónapos, 18 hónapos, 2 éves, szükség esetén 2,5 éves, 3 éves életkorban és ezt követően 6 éves életkorig évente:
- a) teljes fizikális vizsgálat, háziorvos
 - b) idegrendszer vizsgálata, háziorvos
 - c) rejtettheréjűség vizsgálata 2 éves korig, herék vizsgálata évente, háziorvos
 - d) testmagasság, testtömeg (fejkörfogat szükség szerinti mérése), a fejlődés és tápláltsági állapot értékelése hazai standardok alapján, területi védőnő
 - e) adaptáció, gondolkodás, preverbalis képességek, kommunikáció, szocializáció, testi fejlődés és motoros képességek (nagy- és finommozgások/manipuláció) vizsgálata, területi védőnő
 - f) érzékszervek, érzékelés, észlelés vizsgálata (látás, hallás), területi védőnő
 - g) mozgásszervek vizsgálata: különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerincrendellenességeire (tartáshiba, scoliosis), területi védőnő
 - h) vérnyomás mérése 3-6 éves életkor között, területi védőnő
 - i) korai fogászati szűrés és gondozás, iskolafogászat
 - j) rizikószűrés az életkörülményekben történő egészségi, környezeti változás esetén. területi védőnő
4. *6-18 év között kétfévente**:
- a) teljes fizikális vizsgálat, iskolaorvos
 - b) a kórelőzmény és családi anamnézis ismételt felvétele, iskolaorvos
 - c) az anamnézis alapján veszélyeztetett gyerekek kiszűrése, szükség esetén szakorvosi vizsgálatra irányítása, iskolaorvos
 - d) * pajzsmirigy tapintásos vizsgálata 4. évfolyamtól, iskolai védőnő
 - e) a testmagasság, testtömeg, a testi fejlettség és tápláltsági állapot hazai standardok szerinti értékelése, a nemi fejlődés értékelése, iskolai védőnő
 - f) pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés, magatartásproblémák feltárása, iskolai védőnő
 - g) érzékszervek működésének vizsgálata a szakmai irányelveknek megfelelően, a színlátás vizsgálata, iskolai védőnő
 - h) * mozgásszervek vizsgálata: különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerincrendellenességekre, iskolai védőnő
 - i) vérnyomásmérés, iskolai védőnő
 - j) fogászati szűrés és gondozás. iskolafogászat
5. *16 éves korban (a szeptember 1-je és a következő év augusztus 31-e között 16. életévüket betöltők)*
- a) teljes fizikális vizsgálat, iskolaorvos

- b) a kórelőzmény és családi anamnézis ismételt felvétele, az anamnézis alapján veszélyeztetett gyerekek kiszűrése, szükség esetén szakorvosi vizsgálatra irányítása, iskolaorvos
- c) a tápláltsági állapot, a szív- és érrendszeri állapotfelmérés, iskolaorvos
- d) testmagasság, testtömeg mérése, a testi fejlettség és tápláltsági állapot hazai standardok szerinti értékelése, iskolai védőnő
- e) pszichés, motoros, mentális szociális fejlődés és magatartásproblémák feltárása, iskolai védőnő
- f) érzékszervek működésének vizsgálata (látás, kancsalság, hallás), iskolai védőnő
- g) mozgásszervek vizsgálata, különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc-rendellenességekre (tartáshiba, scoliosis), iskolai védőnő
- h) vérnyomásmérés, iskolai védőnő
- i) * pajzsmirigy tapintásos vizsgálata. iskolai védőnő

A családi anamnézis, a teljes körű fizikális vizsgálat eredményei alapján, amennyiben a szakorvos indokoltnak tartja, célzott vizsgálatok végzése szükséges. Bizonyos esetekben jól megoldott a kiszűrt betegek további vizsgálata (pl. anyagcsere betegségek), más esetekben a betegutak tisztázatlansága vagy a relatív kapacitáshiány miatt nehezen kerül a beteg a megfelelő ellátási szintre.

A **16/2015 (III. 30.) EMMI** rendelet kötelezővé teszi 2015. szeptember 1-től az újszülöttek objektív hallásvizsgálatát, (módosítva az **51/1997 (XII. 18.) NM rendeletet**). A rendelet melléklete tartalmazza mind a neonatológiai osztály, mind a PIC minimumfeltételeként az újszülöttkori objektív hallásszűrő készüléket. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve "A 0-18 éves korú gyermekek teljes körű, életkorhoz kötött hallásszűréséről és a kiszűrt gyermekek gondozásba, rehabilitációba vételéről" az Egészségügyi Közlöny 2015/9 (május 27.) számában jelent meg és minden újszülött szűrő BERA vizsgálatát teszi kötelezővé. Az Eü. Szakmai Kollégium Fül-orr-gégészeti és Neonatológiai tagozata egyetértésével és szakmai támogatásával az EFOP 1.9.6-19 az Elektronikus egészségügyi ágazati fejlesztések című Európai Unió projekt „C” komponense elkészítette az újszülött hallásvizsgálat regisztert. A regiszter tesztelése (pilot study) elkezdődött, de félben maradt. A következő időszak feladata, hogy a már elindult, ígéretes folyamatokat segítve megvalósuljon a teljes körű újszülöttkori hallásszűrés és az azt követő szakszerű ellátás.

A **15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet** a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 4. melléklete írja elő az 5 éves státuszvizsgálatot minden gyermekről (Adatlap a fejlődési szint megítéléséhez az iskolai felkészítés elősegítésére). Adatszolgáltatásra kötelezett a gyermek házi-(gyermek) orvosa a területi védőnő által szolgáltatott információk felhasználásával. Kitöltése kötelező 5 éves életkorban. Az adatlap az iskola-egészségügyi dokumentáció része, azonban nagyon heterogén, hogy milyen arányban jut el valóban a dokumentum az iskolaegészségüghöz.

Korábbi országos programok, ágazati együttműködések

TÁMOP 6.1.4. – 0-7 évesek komplex koragyermekkorai alapellátási programja (10), melyben meghatározott fejlődési pontokon a szülők bevonásával (szülői kérdőívek) követni lehet a psychomotoros fejlődést annak érdekében, hogy minél korábban észlelni lehessen, ha a csecsemő-kisded, kisgyermek szellemi- és mozgásfejlődése nem megfelelő és beavatkozásra van szükség. A projekt 2012-14. közt lezajlott, a gyermekegészségügyi alapellátás gyermek fejlődést követő – szűrő – szülői szerepet támogató módszertanát újította meg – kapcsolódó továbbképzésekkel, informatikai fejlesztéssel (utóbbi korrekciókra szorul – nem működik megfelelően.) Két koragyermekkorai tájékoztató portált fejlesztettek ki, melyek működnek jelenleg is (www.gyermekalapellatas.hu szakemberek és www.koragyermekkor.hu szülők számára)

A projekt 5 évig tartó után követése zajlik, ezen belül a tapasztalatok gyűjtése, módszertani korrekciók és továbbképzések, képzések zajlanak országszerte – az egészségügyi szakirányítás felügyelete vezetésével. Az eddigi tapasztalatok szerint a fejlesztések jelentős többletmunkát jelentenek a védőnők számára is, de kedvező hatásuk a szülők és kisgyermektek tekintetében már érzékelhető. Közismert tény, a tanulók közel 10%-a speciális igényű, ennek ellenére, ezen gyermekek töredéke részesült fejlesztésben a projekt előtt. A védőnői kutatások szerint a szülők túlnyomó többsége kedvezően fogadta a szóban forgó Szülői Kérdőívet.

Teljeskörű intézményi/iskolai egészségfejlesztés/TIE (11) minél hatékonyabb megvalósításának elérése a köznevelés intézményeiben

Több ágazat együttműködésében végzendő feladat:

A köznevelés intézményeiben a pedagógusok által végzendő primer prevenciók tennivalók összességét a teljeskörű intézményi egészségfejlesztés (TIE) tartalmazza. Ezt 2012 óta jogszabály írja elő minden köznevelési intézmény részére. Több nagy segítő projekt mellett az Oktatásért Felelős Államtitkárság és az Egészségügyért Felelős Államtitkárság 2016-ban közösen elkészítette a pedagógusok mindennapi TIE-munkájának segítésére a TIE-ajánlást (ld. www.egeszseg.hu), melyet 2016-ban minden iskolaigazgató, 2017-ben minden tankerületi központ-igazgató megkapott. A köznevelés irányítás minden szintje fontosnak tartja és támogatja a TIE minél jobb végzését, de még számos további ágazatközi erőfeszítés szükséges:

Egészséges táplálkozás (TIE I.) terén:

Iskolakertek művelése, a tudatos vásárlás gyakorlása, az egészséges táplálék megszerettetése, az egészséges főzés megtanítása, az alapellátásban hozzáférhetővé teendő dietetikus segítségével és a szülők bevonásával.

Mindennapos testnevelés (TIE II.) terén:

A mindennapos testnevelésnek az egészségfejlesztési kritériumoknak megfelelő működése (ld. <https://gerinces.hu/prevencio/mindennapi-testneveles-nepegeszsegugy-folyoiratban/>).

A mindennapos testnevelés szakmai minőségének javítása érdekében az oktatási, egészségügyi és sport államtitkárság együttműködésében jelentős erőfeszítések

szükségesek, ezek tervezését a Klebelsberg Központban megkezdték, ebben az egészségügy részéről részt kell vennünk.

Az egészségügyi alapellátásban elérhetővé teendő gyógytornászok segíthetik a testnevelők gerinc- és ízülevédelmi feladatait, ez részletesen szerepel a mozgásszervi programban.

Lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek alkalmazása (TIE III.) terén:

A pozitív lelki egészség fejlesztés koncepciójából kiindulva a gyermekek lelki egészségét támogató pedagógiai módszerek elterjesztése javasolt az oktatási intézményekben, melynek részletei a szakpolitikai program kidolgozása során kerülnek nevesítésre. Ugyancsak célkitűzés a függőségek megelőzése komplex módon, melynek módszertana szintén a szakpolitikai program kidolgozása során kerül részletezésre. A művészeti nevelés, a művészetek megszerettetése a lelki egészségfejlesztés és primer prevenció fontos eleme, mely további részletezést igényel a szakpolitikai programban.

Az egészség-ismeretek készséggé váló átadása (TIE IV.) terén:

Az egészség-ismeretek készséggé formálása érdekében gyakorló egészségügyi szakemberek bevonása is javasolt az oktatási folyamatba, mint pl. házi orvosok, gyermekorvosok, dietetikus, gyógytornász, pszichológus, mentőtiszt, ápoló.

Iskolás gyermekek egészségmagatartása /Health Behaviour in School aged Children/ HBSC, 2016. (2)

Nagy presztizsű, reprezentatív nemzetközi kutatás, melyben Magyarország is részt vesz az első, 1985/86-os évi felmérések óta. A kérdőíves felmérések két évente, az 5., 7., 9. és 11. osztályosok önbevalláson alapuló válaszaival követik nyomon az iskolás korosztály egészségmagatartásának alakulását. A viselkedés és a háttértényezők közötti összefüggések feltárása pedig ahhoz nyújt útmutatást, hogy hogyan lehetne kedvező változásokat elérni. A rendszeres időközönként gyűjtött adatok és statisztikák segítségével az e téren kifejtett erőfeszítések hatékonysága is mérhető. A projekt a kezdetek óta folyamatosan vizsgálja a fiatalok *táplálkozási szokásait, fizikai aktivitását, rizikómagatartását, szexuális aktivitását, közérzetét, szubjektív jóllétét.* A kutatási eredmények alapján az Egészségügyi Világszervezet ajánlása (World Health Organization, [WHO], 2010): a gyermekeknek és serdülőknek naponta legalább 60 perc, legalább közepes intenzitású testmozgásra van szükségük. A fizikai aktivitásnak nagyrészt aerob jellegűnek kell lennie, és az egy órás időtartamnak intenzív szakaszokat is tartalmaznia kell (beleértve az izmokat és csontokat fejlesztő mozgásformákat) legalább hetente három napon.

Családbarát ország – EFOP-1.2.6-VEKOP-17-2017-00001 (12)

A Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft. 2021 tavaszáig valósítja meg az EFOP-1.2.6-VEKOP-17-2017-00001 kódszámú, Családbarát ország című projektet. A szakmai programok, akciók, rendezvények, valamint a szakmai fejlesztések, képzések alapvető célja, hogy a társadalomban erősödjön, általánossá váljon a családbarát értékrend, amely éppúgy jelenti a család- és gyermekbarát szemléletet, mint a munka és a családi élet

összeegyeztetését, vagy éppen a családi kohézió növelését a generációkon átívelő együttműködés előmozdításával.

A projekt céljai között szerepel a családbarát társadalom fejlesztése, a családi szféra társadalmi jelentőségének és a prevencióban betöltött szerepének tudatosítása, a családok tájékozottságának növelése a családtámogatási és gyermeknevelést segítő lehetőségekkel kapcsolatban, a szakemberek felkészültségének növelése a családpolitika, a családi életre nevelés, valamint a kisgyermekes nappali ellátása területén, továbbá a nők munkaerő-piaci helyzetének javítása.

E célok elérésének érdekében a megvalósítási fázisban kutatási tevékenységek folynak, a kutatási eredményeket felhasználva pedig kidolgozásra kerülnek szakmai standardok, működési protokollok, képzési, felkészítési és módszertani anyagok, valamint megvalósul számos képzés, megrendezésre kerül több hazai és nemzetközi konferencia, szakmai előadás és találkozó, workshop, továbbá szemléletformáló és ismeretterjesztő lakossági esemény.

A családbarát értékrend formálása kommunikációs feladat is, amelynek során a projekt komplex, országos kampányok segítségével törekszik a negatív sztereotípiák felszámolására, amelyek egyúttal a szemlélet formálását és a tájékozottság szintjének növekedését eredményezik.

A Családbarát ország projekt megvalósítása során babacsomagot kapnak a projektidő alatt a megszületendő gyermekek családjai, több, hátrányos helyzetű térség kisgyermekes családjához pedig kelengyecsomag formájában jut el a támogatás.

Összeállításra kerül továbbá egy helyi, civil, egyházi és önkormányzati jógyakorlat-térkép, valamint több száz vállalkozás (munkáltatók és szolgáltatók) nyeri el a Családbarát-védjegy minősítést egy újonnan kidolgozott követelményrendszer szempontjai alapján.

A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése – EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001(13)

A Széchenyi 2020 program keretében 2017 tavaszán elindult „A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése” projekt, amely 5,7 milliárd forintból valósítja meg az iskoláskor előtti eltérő, megkésett fejlődésű gyermekek és családjaik hatékonyabb, a szükségletekhez jobban igazodó, magasabb színvonalú ellátását.

A projekt elsődleges célja olyan egységes gyermekút kialakítása, amelyben a különböző szakterületekhez tartozó kora gyermekkori intervencióval foglalkozó szakemberek együttműködése és a továbbküldési utak pontosan szabályozottak. A gyermekút kialakítása kapcsán az eltérő, megkésett fejlődésű gyermekek minél korábbi életkorban történő felismerése, a probléma azonosítása és a diagnózis pontos felállítása érdekében egységes szűrési, mérési, vizsgálóeljárások, valamint irányelvek, protokollok kerülnek bevezetésre.

A projekt törekszik az iskoláskor előtti gyermekekkel foglalkozó szakemberek tudásának bővítésére, amelynek keretében az ellátórendszerrel, a társágazati szereplők feladatairól,

kompetenciáiról, az együttműködésük mikéntjéről, a köztük lévő és a szülőkkel való kommunikációról kapnak ismereteket.

A szülők gyermekük fejlődésével, az ellátórendszerrel, a továbbküldési utakkal kapcsolatos ismereteinek bővítése növeli a szülők kompetencia érzését, önértékelését, ugyanakkor csökkenti – különösen a hátrányos társadalmi helyzetben élők – elszigeteltségét.

Az ágazatközi szolgáltatási modell háttéréül szolgáló informatikai szakrendszerek összekapcsolásra kerülnek, melynek köszönhetően a gyermek fejlődése nyomon követhetővé válik.

Az egységes gyermekút megvalósítása, a szakemberek kompetenciájának szélesítése, a koordinatív funkció bevezetése és a szülői tájékozottság növelése hatékonyabb szolgáltatásokat és a családokat fókuszba helyező, támogató ellátórendszert eredményez.

Kisgyermekkori nevelés támogatása – EFOP-3.1.1-14-2015-00001 (14)

A Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft. és az Oktatási Hivatal által közösen megvalósított EFOP-3.1.1-14-2015-00001 számú, Kisgyermekkori nevelés támogatása című kiemelt projekt célja képzéssel és támogató szolgáltatásokkal erősíteni az óvoda és a 3 év alatti gyermekek napközbeni ellátásának esélyteremtő szerepét és hátránykompenzációs képességét. További célok az óvodákban és a 3 év alatti gyermekek napközbeni ellátása területén dolgozó szakemberek továbbképzése, szakmai támogatása; az érdekelt szereplők hálózatos együttműködésének segítése.

Mindemellett a Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft. projekt tevékenységei közé tartozik a bölcsődei ellátás rendszerének átalakulása kapcsán az intézmények, szolgáltatók, önkormányzatok, leendő fenntartók informálása, valamint a szakmai tanácsadás és támogatás is. A projektben zajló folyamatokról – kutatás, képzés, mentorálás, hálózati koordináció, „Gyerekeknek áll a világ” című rendezvénysorozat lebonyolítása.

Iskolai fittség mérés – NETFIT program (15)

A 10-18 éves tanulók országosan egységes, tudományos igényű, a Cooper Intézettel együttműködésben kialakított, tanévente egyszer kötelezően alkalmazandó fittségmérése, a Netfit a mindennapos testnevelés nyomonkövetésére alkalmas mérőeszköz, melynek kifejlesztése a TÁMOP-3.1.13-12-2013-0001 kiemelt projekt keretében valósult meg. A Netfit a 10-18 évesek leggyengébb eredményeként az állóképességi ingafutást és a hátizmok erejét mutatta az eddigi mindhárom tanévben, a túlsúly és elhízás aránya pedig 20%-ról 30%-ra emelkedett 2015-2017 közt. Az eredményeket elemzők ezért le is vonták azt a következtetést, hogy a mindennapos testnevelés szakmai minőségét javítani szükséges, azon belül a gerinc egészségét szolgáló gyakorlatokra különösen oda kell figyelni, valamint a gyerekek egészséges táplálkozása terén is áttörő előrelépést kell elérni. A fitsségi adatokat hozzáférhetővé kell tenni az iskolaegészségügy számára az egyéni egészségfejlesztéshez, tanácsadáshoz. A készülő Nemzeti Alaptanterv a testnevelés oktatással kapcsolatban is keresi a legjobb megoldást a diákok egészségének védelme érdekében.

II. Hazai ellátórendszer struktúrája, adatai, jellemzői (alap- és szakellátás, az országos intézet szerepe, betegutak)

Magyarországon a gyermekellátás alapellátásra, járóbeteg szakellátásra és fekvőbeteg ellátásra épül.

3. Alapellátás

3.1. Házi gyermekorvosok, házi gyermekorvoslás, védőnői ellátás

A gyermek alapellátás két szolgáltatásra épül: a házi gyermekorvosokra (vegyes praxisban gyermekeket is ellátó házi orvosokra) és védőnőkre, akik a több mint száz éves múlttal rendelkező közel 100%-os lefedettségű védőnői hálózattal valósítják meg a hazai gyermekellátást.

Egyedülálló ellátási formaként csecsemő- és gyermekgyógyászati szakorvosi tudással és készségekkel valósítja meg a prevenciós, gyógyító tevékenységet e korcsoport számára. A hazai gyermeknépesség alapvető érdeke, hogy az alapellátásban korlátozás nélkül, az ország egész területén hozzájuthasson a csecsemő és gyermekgyógyász szaktudáshoz, biztosítva területileg is az azonos esélyeket. Kiemelt szerepe van az elsődleges ellátásban, a ritka megbetegedések felismerésében, a krónikus betegségek gondozásában, a korai fejlődés zavarainak felismerésében, az elkerülhető halálesetek megelőzésében, a fertőző megbetegedések visszaszorításában és a felnőttkori krónikus megbetegedések gyermekkori megelőzésében.

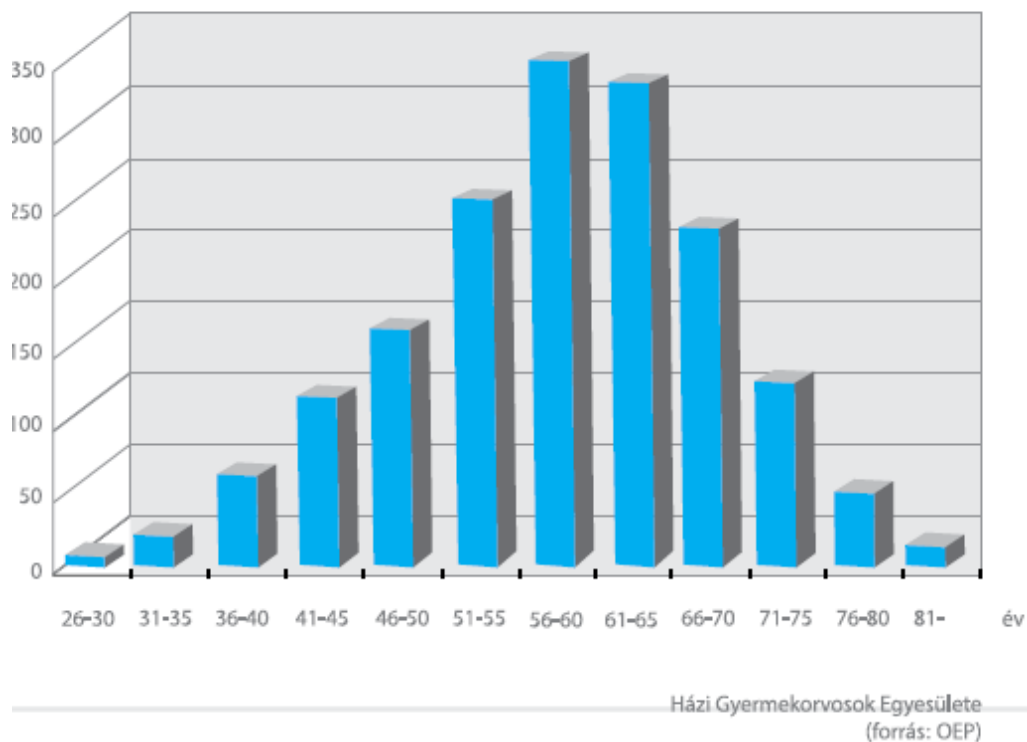
3.1.1. Az ellátás jelenlegi helyzete

3.1.1.1. A praxisok száma

Magyarországon 2017 júliusában mintegy 1500 házi gyermekorvosi praxis működött. Az egy praxisban ellátott gyermekek száma kevéssel 900 fő feletti, nem változott lényegesen az elmúlt években. Házi gyermekorvosok látják el a gyermekek 75% - át. A maradék 25 %-ot két csoport teszi ki: a gyermekorvosi ellátás hiányában vegyes praxisokba bejelentkezett családok, illetve a 14 éves kor felett opcionális lehetőségként a felnőtt házi orvosi praxisok.

3.1.1.2. Az ellátók korfája

Az életkori megoszlás, a 60 év feletti kiugró, mintegy 45% aránya különösen figyelemre méltó. 2010-ben pl. 265 fő, napjainkban kb. 374 fő dolgozik 65 év felett. Számos kolléga óriási erőfeszítéssel, akár 70 éves kora felett is dolgozik. Utánpótlás hiányában kiesésükkel drámai hiány alakul ki.



3.1.1.3. Fehér foltok

Ahogy a felnőtt ellátásban, így a gyermekellátásban is egyre több a fehér folt, amit a kieső kollégák száma csak növelni fog és félő, hogy a tartósan betöltetlen praxisokat, ahol lehet, vegyes-praxisokká alakítják, ami tovább növeli az esélyegyenlőtlenséget. A demográfia helyzet, a születésszám alakulása, a fiatalok külföldi munkavállalása rendkívül sérülékennyé teszi a gyermek praxisokat. Ezeket finanszírozással és csoport praxisok pozitív diszkriminációjával lehetne kiegyenlíteni.

3.1.1.4. A jövő

Cél az országos lefedettségű, megújulásra, szakmai fejlődésre képes gyermekgyógyászati alapellátó hálózat biztosítása. Csak így garantálható a gyermeknépesség számára a hazai hagyományoknak, településszerkezetnek megfelelő, **hozzáférési korlát nélküli, alapellátó szakorvosi ellátás** a területen.

A házi gyermekorvoslást **önálló alrendszerként** a gyermekegészségügy, az alapellátás és a népegészségügy intézményi rendszerével szoros együttműködésben képzeljük el. Erre nagyon jó alapot jelent az alapellátási törvényben a szakma megjelenítése, illetve a Szakmai Kollégiumok rendszerében a házi gyermekorvostan szerepeltetése.

3.1.2. Eszközök

1. Célorientált, **teljesítmény alapú**, kiszámítható és tisztos megélhetést biztosító **finanszírozás**.

2. A területi sajátosságokhoz igazodó **rugalmas ellátási modellek** kialakítása, melyek működőképességének biztosítása az önkormányzat, a finanszírozó, a szakigazgatási szerv, a szakmai szervezet és az érintett szakember konszenzusán alapulva.
 3. Szakmai **kompetencia**, definitív ellátás arányának emelése, ezzel együtt a felesleges orvos-beteg találkozások számának (jelenleg egyik legmagasabb európai érték) csökkentése, a nem orvosi feladatok leadása vagy delegálása (kompetens szakdolgozó felé) is szükséges. Erre jó példát jelent az orvosi igazolások túlburjánzó sokasága.
 4. Kiszámítható **életpályamodell**.
 5. **Módszertani központ** – az országos intézetben, házi gyermekorvosok aktív közreműködésével.
 6. Szükséglet alapú, egységes követelményrendszerű **gyakorlati továbbképzés** – országos intézet irányításával.
 7. **Praxis management** támogatás – szoftveres, könyvelési, stb.
 8. Megfelelő számú **utánpótlás** biztosítása - a 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelettel meghatározott 40 fős évi keret effektív kitöltése nem biztosított, mert a szakma versenyképességét a medikusok alacsonynak tartják. A biztos jövőkép hiánya, a röghöz kötöttség egyaránt számos kockázatot hordoz, a szakma anyagi presztízse - az elmúlt évek jelentős finanszírozási emelése ellenére is - még mindig alacsony.
- 9. Letelepédési támogatás.**
10. Segítő **szakfelügyeleti** rendszer kiépítése – a területi munka jellege „magárahagyatottságot” sugall. Erre nem jelent megoldást a kollegiális vezető, csak a megfelelő szakfelügyeleti rendszer.
 11. Korszerű **munkakörnyezet**, megfelelő technikai, technológiai eszközök (POCT), melyek a megnövekedett kompetencia biztonságos támaszai.
 12. **Adminisztratív** feladatok minimalizálása.
 13. Átgondolt **ügyeleti** ellátás biztosítása, kapcsolódva a megfelelő sürgősségi ellátáshoz.
 14. Megfelelő **eszközbeszerzési** támogatás.
 15. Megfelelő **szakdolgozó(k)** biztosítása.
 16. **Rezidensek** beforgatása a praxisokba.
 17. **Tudományos** aktivitás biztosítása.

3.1.3. Szakmai megújulás

A magasabb színvonalú alapellátói munka csak magasabb szakmai kompetencia megadása mellett biztosítható. Ennek része a kollégák által megszerezhető speciális szaktudások, licencek, szakvizsgák alkalmazási lehetőségének biztosítása. A területen működő kollégák évek óta szorgalmazzák a **gyermek háziorvosi szakvizsga** bevezetését. Ez talán megoldható lenne bizonyos praxisban eltöltött időtartam után – pl. 4 év – egy vizsga letételével. Ennél hasznosabb lenne bizonyos krónikus megbetegedésekhez (pulmonológia, allergológia, gasztroenterológia, kardiológia, stb.) vagy gyakori betegségekhez (infektológia, orr-, fül-, gégzészet, stb.) kapcsolódó,

speciális ellátásra feljogosító licencek megszerzése. Ezzel nő a betegek helyben történő definitív ellátása, csökken a szakrendelői várólisták időtartama és csökken a szakrendelők és kórházak túlzott használata is. Az adott területen licenccel rendelkező kolléga biztosíthatja akár csoportpraxis keretében, akár csak laza szövetségben nagyobb területek jobb és helybeni ellátását. A házi gyermekorvosok tudásának jobb kihasználása javítja a betegek megelégedettségét és csökkenti a költségeket is.

A szakmai megújulás alapfeltétele a megfelelő **tutor** képzés, módszertani anyagok, irányelvek készítése, karbantartása, minőség ellenőrzés, controlling biztosítása, szakmára szabott pilot-ok, modellkísérletek megtervezése, kivitelezése, értékelése, illetve szakmai-tudományos koordinációs munka katalizálása.

A gyakorlati megvalósulás az Országos Intézet keretében működő házi gyermekorvosi módszertani egységben képzelhető el, melynek feladata lenne a szakma módszertanának, identitásának meghatározása és folyamatos képviselése, modern, európai színvonalú szakmai követelményrendszer és controlling felállítása, elméleti és gyakorlati törzsanyag és képzési rendszer (curriculum) kidolgozása, rendszeres szinten tartó és szintre hozó továbbképzési lehetőségek biztosítása, szakmai kommunikáció elősegítése, konferenciák, publikációk, hazai és nemzetközi szakmai kapcsolatok ápolása és fejlesztése.

3.1.4. Népegészségügyi programok a gyermek-egészségügyben--előzmények, korábbi projektek az "Előzmények", a tervezettek a "Célkitűzések" és "Akciók" részben részletesebben kifejtve

Bizonyos esetekben a teljes célpopulációt elérő programok (pl. dohányzás, drog, alkohol ellenes, mindennapos testnevelés bevezetése, egészséges táplálkozásra irányuló programok) hatékonyak, máskor azonban szükséges azok egyénre szabása (hypertonia, CVD, anyagcsere, stb. szűrés). Az egyénre irányuló népegészségügyi szűrőprogramok jelenleg csupán a felnőtt lakosságra kerültek kidolgozásra, pedig azok gyermekkori kiterjesztése és harmonizálása a populáció programjaival, az egészséges felnőttkor megalapozását jelenthetik, akár egyéenként több évtizednyi egészséges életévet hozhatnak. Társadalmi szintű eredményeket a színvonalas praxistevékenység önmagában csupán korlátok között nyújthat - tekintve, hogy a lakóközösség egy szeletét képes csak elérni - ezért konkrét, mérhető paraméterek mentén koordináltan felépített, komplex népegészségügyi programok (kora-gyermekkori fejlődés, obesitas, kardiovaszkuláris prevenció, baleset-megelőzés stb.) végrehajtása is szükséges. Ezek megvalósítására kiváló terep az alapellátás, mert ez az egyetlen beutalási korlát nélkül elérhető és széles populációt érintő, beteg közeli ellátási forma.

Az alapellátási tevékenység körébe illeszthető a jövőbeni individuális adatállományok kidolgozása, karbantartása, melynek alapján lehetőség lesz a teljes életútra kiterjedő egészségprogram megalkotására és elősegítésére.

3.1.5. Sportorvoslás

Jelentős elérendő cél a gyermekek megfelelő fizikai aktivitásának széles körű gyakorlása, benne a sporttevékenység. Kívánatos lenne, hogy a gyermeknépesség ilyen célú vizsgálatát, gyermekek vonatkozásában igazolt jártassággal és megfelelő felszereltséggel rendelkező házi gyermekorvos, iskolaorvos, ifjúsági orvos végezze. Ez nem vonatkozik az élsportolókra.

3.1.6. Teljesítmény finanszírozás – indikátorrendszer – monitoring

Az indikátoralapú teljesítményfinanszírozás célja a praxisokban végzett munka minőségének, kapuőri funkciójának javítása, ösztönzése. Létrehozásához szükség van bizonyos egészségcélok és minőségi elvárások konszenzusos definiálására.

Lehetséges indikátorok: választható védőoltások, szűrővizsgálatok, szakellátásra küldés, kizárólagos anyatejes táplálás, D vitamin profilaxis, Fluor profilaxis, antibiotikum felírás, ügyeleti és sürgősségi ellátási igény, labor vizsgálatok, obesitás gondozás, asthma bronchiále gondozás, gyermekek otthonápolása, stb.

3.1.7. Lehetséges ellátási szintek

1. Önálló házi gyermekorvos praxisok: gazdaságilag, humán erőforrás szempontból megerősítve, a jelenleginél nagyobb betegszámmal (900 versus 1200-1500 ellátott)
2. Praxisközösségek gyermekpraxissal (mikrotérségi praxis): mikrotérségi centrum több háziorvos és egy házi gyermekorvos napi ellátásban történő részvételével.
3. Praxisközösségek gyermekgyógyász szakorvos napi jelenlétével (nem feltétlenül alapellátó gyermekorvos): mikrotérségi centrum több háziorvos és egy állandó gyermekorvos.
4. Gyermekgyógyász szakorvosi rendelés: fehér foltokon rendszeres, effektív óraszámban gyermekgyógyászati rendeléssel, konzultációval megtámogatott háziorvosi praxis a/ más házi gyermekorvosi praxis munkatársainak részvételével b/ egyéb gyermekgyógyász szakorvos bevonásával.
5. Vegyes-praxis: amennyiben nem biztosítható a gyermekek szakorvosi ellátás, a vegyes-praxisok jelenthetik a gyermekkel való első találkozás helyét (kényszermegoldás!). Ebben az esetben javasolt a háziorvos kollégák gyermekorvosi licence vizsgálja.

3.2. Védőnők, védőnői ellátás

A védőnői hivatás létrejötté óta (1915) a védőnők feladataikat az adott kor népegészségügyi kihívásainak megfelelően végzik. Egyedülálló ellátási formaként – „Hungarikum” – felsőfokú, a megelőzésre fókuszáló tudással és készségekkel valósítja meg a prevenciós tevékenységet a családok körében, kiemelten a nő-, anya-, gyermekek számára. A hazai gyermeknépesség az alapellátásban korlátozás nélkül, az ország egész területén hozzájut a védőnői ellátáshoz, biztosítva területileg is az azonos esélyeket. Kiemelt szerepe van a gyermekvállalás, a várandósság támogatásában, kiemelten a primer prevencióban, a korai

fejlődés zavarainak felismerésében, az elkerülhető megbetegedések megelőzésében, a fertőző megbetegedések visszaszorításában és a felnőttkori krónikus megbetegedések gyermekkori megelőzésében.

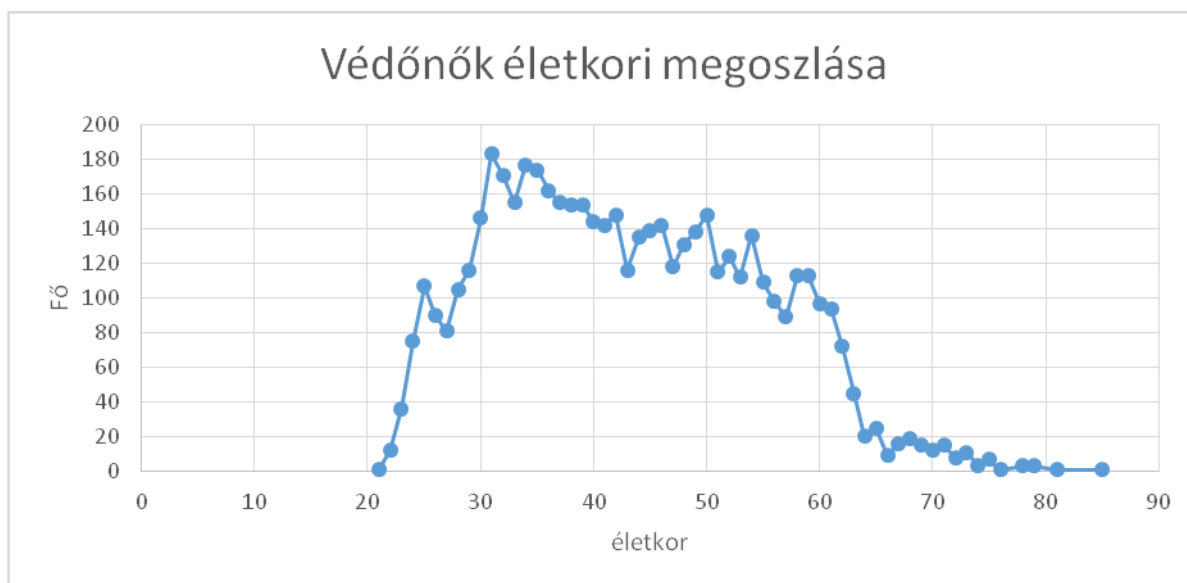
3.2.1. Az ellátás jelenlegi helyzete

3.2.1.1. A védőnői szolgálatok száma

2017. évi statisztikai adatok alapján az egészségügyi ellátó rendszerben 5163 védőnői álláshelyen 4800 védőnő teljesített szolgálatot, a betöltetlen szolgálatok száma 363. (2016-ban a számok: álláshelyek: 5304, betöltött 4902, betöltetlen szolgálatok száma 402). 2017-ben jelentősen csökkent a területi védőnői álláshelyek száma az összevonások miatt, illetve az iskolai szolgálatok száma is, a vegyes körzetesítés miatt. **A körzetek kialakítása jelentős anomáliákat mutat.** A 100 főt alig elérő és éppen hogy finanszírozható körzetektől a 971 főt magában foglaló körzetig működnek védőnői szolgálatok, ami egy részről a védőnői tevékenység kihasználatlanságát, más részről pedig a jelentős túlterheltséget jelent. A NEAK finanszírozási adatai alapján területet ellátó védőnői szolgáltok (ide tartozik az óvoda ellátása is) száma 1981, vegyes ellátási formában működő szolgálat (terület, óvoda és iskola) 2041, iskolát teljes munkaidőben ellátó szolgálat 1000.

3.2.1.2. Az ellátók korfája

Az életkori megoszlás 2017-re kedvező irányba változott, a 60 év felett dolgozó védőnők száma csökken, ennek oka a 40 éves kedvezményes nyugdíj lehetőséggel sokan éltek. Viszont egy másik probléma jelentkezik, a védőnők is a 30-40 év között vállalják gyermekeiket, ezzel jelentősen növekedett a helyettesítéssel ellátott szolgálatok száma.



Forrás: MESZK tagnyilvántartás 2017.

3.2.1.3. A védőnői szolgálat egyenlő esélyű hozzáférése

A tartósan (1 éven túl) betöltetlen és a tartósan távollévő (GYED, GYES, stb.) védőnők száma eléri az 1000 szolgálatot NEAK adatai alapján. Ez a szám jelentősen magasabb, ha az ugyan betöltöttek számító, de nyugdíjas védőnők által ellátott szolgálatok számát ismernénk, valamint az 1 évet el nem érő helyettesítések számát ismernénk. Mindez növeli az egyes védőnők túlterheltségét, a fentebb említett magas létszámú körzetek mellett.

3.2.2. A jövő

A védőnői szolgálat 100 éve alatt bebizonyította, hogy megújulásra, fejlődésre képes. Az eredményes és hatékony működés megteremtése érdekében azonnali, és olyan intézkedések szükségesek, amelyek a jelenlegi széttagoltságában is biztosítja a védőnői szolgálat rendszer szintű működését, a minőségirányítás és szakmai controlling megvalósulását.

A védőnői szolgálat és a házigyermekorvosi/háziorvosi szolgálat két egymást támogató rendszer (szolgáltatás) a gyermekek egészséges fejlődése érdekében a magzati kortól a felnőtt korig.

A védőnő szakmai feladatait munkája jelentős részében - primer prevenció - önállóan végzi felsőfokú végzettsége alapján, saját hatáskörben, kompetenciájának megfelelően mérlegel, szükség esetén, a szakmai szabályok betartásával konzultál az egyén ellátása érdekében egyéb egészségügyi-, szociális-, oktatási szakemberekkel, a helyes döntés meghozatala érdekében.

A védőnői tevékenység egyben team munka része is - szekunder-, terciér prevenció -, mely során a védőnő - igénytől és helyzettől függően - együttműködik a házi-gyermekorvossal, vegyes praxis keretében gyermekeket is ellátó házi-orvossal, a szakellátás egyéb szakembereivel illetve a szociális alapellátással, oktatási rendszerrel.

Orvosi oldalról felmerült a védőnői hálózat és a házi gyermekorvosok együttműködésének erősítése elkülönítettségének megszüntetése.

Szükséges csatlakoztatni a védőnői ellátást is a kialakítandó Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térhez, amely megoldást jelenthet az orvos-védőnő közötti kommunikáció minőségének javulásához.

3.2.2.1. Szakmai megújulás

A védőnői képzettség jobb kihasználása érdekében a specializálódás lehetőségének megteremtése szükséges.

A védőnői területen is szükséges újraindítani az MSc képzést, (PTE ETK keretében 2004- 2009 között működött) az önálló kompetenciák növelése érdekében.

Lehetséges további specializációk:

- népegészségügyi szűrő védőnő (méhnyak szűrés)
- családtervezési tanácsadás (vizsgálatok elvégzésével együtt)
- perinatális tanácsadás - szülésre felkészítés
- szoptatási tanácsadás speciális esetekben – szoptató anyacsoportok vezetése
- szaktanácsadás regulációs zavarral küzdő személyek számára

3.2.2.2. Teljesítmény finanszírozás – indikátorrendszer – monitoring

A védőnői ellátás területén új alapokra szükséges helyezni a teljesítményfinanszírozást, mivel a jelenleg alkalmazott létszám alapján számított kiegészítő díj nem ösztönöz jobb teljesítményre, csupán az ellátott létszám alapján számítódik.

Javasoljuk a védőnői területen is az indikátoralapú teljesítményfinanszírozás kidolgozását.

Lehetséges indikátorok: szűrővizsgálatok, szülői kérdőívek kitöltöttsége, kizárólagos anyatejes táplálás, első várandós, újszülött látogatás.

Ezen felül védőnői előmeneteli rendszer kialakítását, valamint kiegészítő díjazások bevezetésével a megengedettnél magasabb létszám ellátása, az egyes kiegészítő tevékenységek végzése, többlet képezés megszerzése esetén, megerősíthető a védőnői ellátás és a pályán tartás.

3.3. Óvoda-egészségügyi orvosi, védőnői feladatok

A tevékenységet a **26/1997 (IX.3.) NM rendelet** szabályozza.

Az elmúlt évek változásai az óvodai ellátás területén is változást eredményezett. Az egészségi állapot szűrések a csoportos óvodai szűrés megszűnt.

2010-től az óvodáskorúak, 3-6 éves korú gyermekek évenkénti védőnői szűrővizsgálata kikerült az iskolaegészségügyi feladatkörből, a szűrővizsgálatokat a gyermek háziorvosa és területi védőnője végzi. Az óvodaorvosi ellátás egyebekben változatlan, a védőnői ellátást a területi védőnő a munkaköréhez tartozó feladatként végzi. A gyermekek fejlődésének nyomon követése, gondozása a területi védőnő tanácsadóban végzendő feladatai közé került, melyet egyénileg, szülő jelenlétében végez.

Az óvodai ellátás szabályozását szükséges áttekinteni, és a valós igényekhez igazítani.

A nevelési-oktatási intézmény orvosa által ellátandó iskola-egészségügyi feladatok

1. A gyermekek, tanulók egészségi állapotának vizsgálata, követése

a) Az óvodás korú gyermekek vizsgálata járvány és a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló miniszteri rendelet szerinti fertőző betegség esetén.

Az ellátó orvostól elvárt feladatok:

1. Az óvodában lehetőleg havi rendszerességgel megjelenik.
2. Látogatásai során konzultál az óvónőkkel a kisgyermek betege miatti gyakori hiányzásairól, közösségi magatartásáról, pszichoszomatikus, motoros és mentális fejlődéséről, szükség esetén (járványveszély, elhanyagolás, bántalmazás gyanúja) vizsgálatot végez.
3. Közegészségügyi és járványügyi feladatok.
4. Krónikus beteg intézményi integrációjának elősegítése.
5. Felkérésre az intézmény vezetésével egyeztetett módon egészségnevelési témában előadás tartása.

A jogszabályokban foglaltak alapján a védőnő feladatai az óvodában a következők:

- gyermekek személyi higiéniájának ellenőrzése
- elsősegélynyújtás, amennyiben a védőnő ott tartózkodik
- orvosi vizsgálatok előkészítése, járvány és a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló miniszteri rendelet szerinti fertőző betegség esetén.
- Egészségfejlesztésben részvétel- felkérésre - népegészségügyi szempontból fontos kérdésekben a védőnő kezdeményezhet témaköröket, programokat.
- A védőnő a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagja
- Az előírásoknak megfelelő védőnői dokumentáció vezetése.

3.4. Iskola-egészségügyi ellátás

Az iskola-egészségügyi ellátó hálózat mind személyi, mind tárgyi feltételek, mind pedig szakmai-módszertani, finanszírozási szempontból évtizedek óta súlyos nehézségekkel küzd, ennek következtében szakmai-erkölcsi megbecsülése is alacsony és a benne rejlő egészségmegőrzésre irányuló potenciál nincs kihasználva. Amennyiben rövid időn belül nem javulnak az ellátás feltételei, néhány év múlva eltűnnek a főfoglalkozású iskolaorvosok a rendszerből és elenyésző lesz az iskolaorvostan- ifjúságvédelem szakvizsgával rendelkezők száma, az iskolaorvosi rendszer összeomlik, a humánerőforrás-hiány védőnői oldalon is veszélyeztetni fogja az ellátást.

Az egészségügy fejlesztési céljainak megvalósításához - mint a prevenció erősítése, a lakóhely közeli ellátások kialakítása, hátrányos helyzetűek segítése, szektorközi együttműködés – az iskoláskorúak tekintetében az iskola-egészségügyi szolgáltatások megerősítése fontos eszköz:

- feladata elsődlegesen a prevenció,
- az ellátás helyszíne a nevelési-oktatási intézmény, (ahol a gyermek naponta jelen van, és amivel a szülő is szoros kapcsolatban áll)

- az iskolában egyszerűen és költséghatékony módon minden gyermek elérhető a prevenció számára, különösen fontos ez a hátrányos helyzetű, veszélyeztetett gyermekek szempontjából,
- a feladatellátás során szükségszerű az iskola-egészségügy és nevelés-oktatási intézmény közötti szoros együttműködés, a gyermekjóléti rendszerrel, a kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szerveivel, más egészségügyi alap- és szakellátó rendszerrel, egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetekkel való kapcsolattartás.

Főállású iskolaorvos: 244 fő, részállású iskolát ellátó orvos: 1901 fő, iskolát ellátó védőnő teljes munkaidőben 1000 fő, teljes munkaideje részeként: 2041 fő)

Az iskola-egészségügy feladatait az iskoláskorúak egészséggel összefüggő szükségleteihez kell igazítani a nevelési-oktatási intézményekben, ezek a szükségletek:

- egészséget támogató, biztonságos tárgyi környezet,
- egészséges táplálkozás, ivóvízfogyasztás lehetőségének biztosítása,
- megfelelő higiénés viszonyok,
- támogató szociális környezet
- akut roszullétek, sérülések, veszélyeztető állapotok, bántalmazás felismerése és ellátása
- krónikus betegséggel élők iskolai alkalmazkodásának segítése,
- egészségi állapotnak és képességnek megfelelő pályaeorientáció,
- szakma elsajátításához szükséges szakmai és munkaköri egészségügyi alkalmassági vizsgálatok biztosítása,
- egészséggel kapcsolatos ismeretek megszerzése, egészségfejlesztés

Az iskola-egészségügyi ellátás bizonyos szempontból hasonló a foglalkozás-egészségügyi ellátáshoz, a gyermekek számára az iskola a munkakörnyezet, számukra is szükséges a megfelelő környezet biztosítása, a környezeti kockázati tényezők felmérése és az egészségi állapotuktól függő rendszeres ellenőrzés. Foglalkozás-egészségügyi szempontból a fiatalok a sérülékeny csoportba tartoznak. Környezet-egészségügyi, táplálkozás-egészségügyi feladatok ellátásához, az iskolai környezet kockázatértékeléséhez és az egészséges környezet biztosításához módszertani útmutatók szükségesek. Az iskola-egészségügy azokat a feladatokat végezze, amit más hivatalos szerv (kormányhivatal népegészségügyi szakigazgatási szerve, NÉBIH, munkavédelem) nem lát el, de a tanulók egészségére jelentős hatással van (pl. iskolatáska súlya, napirend, iskolai terhelés, iskolai légkör, iskolai étkeztetés biz. körülményei). Az iskola-egészségügy kifejezetten a tanulók egészségét támogató prevenciók tevékenységeiben érdekelt szolgáltató.

Az iskola-egészségügy alapfeladatai:

- az új tanulók nyilvántartásba vétele,
- a rendszeres szűrővizsgálatok,
- fertőző betegségek megelőzése, szűrése,

- védőoltások adása,
- az akut rosszullétek, sérülések, veszélyeztető állapotok, bántalmazás felismerése és ellátása,
- a pedagógusokkal, pedagógiai szakszolgálattal együttműködve a magatartási és mentális problémákkal élő tanulók felismerése,
- a krónikus betegséggel élők iskolai alkalmazkodásának segítése,
- egészségi állapotnak és képességnek megfelelő pályaorientáció,
- szakma elsajátításához szükséges szakmai egészségügyi alkalmassági vizsgálatok biztosítása.

Az közösségi és egyéni egészségfejlesztésben az iskola-egészségügynek jelentős szakmai, tanácsadó és koordináló feladata van. Szerepe van a kirándulásokra, táborokra való felkészülésben. Jelentősek az iskolai sporttal kapcsolatos feladatok, testnevelési csoportbesorolás.

A szűrővizsgálatok tekintetében jelentős átfedés és érdekellentét mutatkozik az iskolaorvosok és a házi gyermekorvosok között. Jelenleg számos esetben párhuzamos szűrések vannak, ami nem költséghatékony. Az iskolás időszakban 16 éves korig (tankötelezettség) az iskolaorvosi hálózat szinte 100%-ban eléri a gyermekeket és bár a korszpecifikus morbiditást nem tükrözi az azonos évfolyamok vizsgálata, a hozzáférés szempontjából mindenképpen előnyösnek látszik. Különösen igaz ez, ha az iskolai védőoltásokkal egybekötve történnek a vizsgálatok.

A Fodor József Iskola-egészségügyi Társaság és az OGYEI 2011-ben végzett kérdőíves felmérése szerint az iskolában végzett szűrővizsgálatokat az orvosok 70%-ban, a szülők 85%-ban előnyben részesítették a körzetben történő vizsgálatokhoz képest. A felmérésben 158 iskolaorvos ($\frac{3}{4}$ -e részfoglalkozású, $\frac{1}{4}$ -e főfoglalkozású), több, mint 2700 szülő (7. osztályos tanulók szülei) vettek részt.

Vitathatatlan szerepe van az iskola-egészségügyi ellátásnak (orvosi és védőnői) az egészségfejlesztésben, egyéni rizikósűrésben, kockázatbecslésben, célzott egyéni tanácsadásban.

Az iskola-egészségügyi jelentés adatait a Központi Statisztikai Hivatal adataival összevetve megállapítható, hogy az általános iskolák 90,7%-ból érkezett jelentés. A középiskolák adatszolgáltatása viszont messze nem teljes körű. Az iskolavédőnők által leadott jelentés 100%-os.

Emellett fontos a közösségi, iskolai egészségfejlesztési stratégia kialakítása, életmódbeli tanácsadás, egészségismeretek átadása (pedagógusok, szülők, tanulók számára), EFI-ekkel, szakemberekkel történő együttműködés.

Jól példázza a népegészségügyi jelentőséget a hódmezővásárhelyi jó gyakorlat, mely az iskolai obezitás, hypertonia és fittség szűrés valamint megfelelő intervenció segítségével komoly eredményeket ért el alacsony költség és viszonylag rövid idő alatt.

A feladatok tekintetében jelentős különbség van az egyes iskola típusok, képzési formák és a különböző korosztályok között.

Előnyös helyzet az oktatási intézménnyel való szoros kapcsolat.

Mindenképpen megszüntetendők a felesleges párhuzamosságok, melynek alapfeltétele a szolgáltatók közötti elektronikus kommunikáció.

Jól átgondoltan kell megtervezni a vizsgálatokat, hogy a lehető legtöbb gyermeket érjük el és a legjobb beavatkozásra legyen mód. Sürgető feladat az iskolai informatikai rendszerek (KRÉTA) és az EESZT láthatóvá tétele az iskola-egészségügyi szolgálat számára megfelelő interfész segítségével, mely biztosítja a GDPR érvényesülését is. Fontos lenne az egyéni NETFIT adatok elérése, korszerű dokumentáció, iskola-egészségügyi szoftver biztosítása. A primer prevenció számára fontos a tanulók rendszeres és biztonságos, szinte 100%-os elérése, ami az oktatási intézményekben biztosított. A 6-18 évesek körében szekunder és terciér prevenció terepe elsősorban a házi gyermekorvos.

Óvodások és az általános iskolások esetében a háziorvosi és gyermekgyógyászati alapképzésbe integrált tanfolyam, középiskolások esetén iskolaorvostan-ifjúságvédelem szakvizsga javasolt türelmi idővel. Szükséges az orvosok és védőnők támogatása a hivatásválasztásban és a továbbképzésben a humán erőforrás biztosítása érdekében.

Az iskola-egészségügy is helyet kap az Országos Intézet szakmai módszertani központjában ezzel is javítva a párhuzamosan működő hálózatok együttműködését és a szakterület szakmai módszertani fejlesztését

Megoldandó kérdés a finanszírozás és a szakmai minőség-ellenőrzés kérdése.

4. Fekvőbeteg ellátás

4.1. Jelenlegi helyzet

A gyermekgyógyászat az utóbbi évtizedekben jelentős változáson esett át. Egyre inkább integratív, ami a szubspecialitások megjelenésével a bonyolultabb esetek nagyobb centrumokba küldését teszi szükségessé, ahol ezek a szakemberek rendelkezésre állnak, vagy legalább elérhető távolságban vannak. Egy gyermek szakintézményben kötelezően helye van az olyan társszakmáknak, mint a gyermeksebészet és traumatológia, a gyermekradiológia, a gyermek fül-orr-gégészet, a gyermekkardiológia, s még sok egyéb szubdiszciplína. Természetesen hozzátartozik a mikro-metodikákat alkalmazó speciális laboratórium, valamint a pszichológus, pedagógus jelenléte is. E teljességre nem törekvő felsorolásból látszik, hogy a gyermekellátás alapvetően különbözik a felnőttektől: komplexebb és speciálisabb infrastruktúrát, szervezettséget és logisztikát és nagyobb ellátó személyzetet igényel. A korszerű diagnosztikai és terápiás beavatkozások természetesen azonnal tért hódítanak a gyermekgyógyászatban is. Mivel azonban ezek rendkívül költségesek, hatékonyan csak nagyobb centrumokban alkalmazhatók. A gyógyítás és a szakorvos képzés minőségi javulását eredményezi a centralizált betegellátási forma. A több

és sokféle beteget észlelő és gyógyító orvosok és ápolószemélyzet ismeretanyaga folyamatosan bővül, a centrum lehetőségei többszörös szakmai kontrollt tesznek lehetővé.

A fejlett világ országaiban az elmúlt időszakban a fentiek figyelembevételével valósult meg a korszerű és komplex gyermek-betegellátás. S mivel a hatékonyságot jelentősen fokozza a centralizáció, ezekben az országokban általában nagy gyermek-egészségügyi centrumokat alakítottak ki (Hospital for Sick Children, Toronto, Children's Hospital of Philadelphia stb.).

Ezzel szemben pl. Budapesten valamivel több, mint 1000 gyermekágy, legalább 10 különböző kórházban helyezkedik el. Ha csak a szolgáltatások összességét összeadjuk, elmondható, hogy a gyermekellátás szinte valamennyi szegmense jelen van Budapesten, csak egymástól jelentős távolságra, nem kellő hozzáférhetőséggel, jelentős utaztatással, s a szervezés hiányosságaiból adódó minden hátránnyal és veszéllyel együtt. A széttagoltság történelmi tény, amely azonban gátolja a szakma további fejlődését. Makrogazdasági szinten, a működtetők legjobb szándéka mellett is, feltétlenül veszteséghez vezet. Emellett ugyanakkor jelentős szakmai hiányosságok is fennállnak. Nincs például Budapesten elegendő gyermekrehabilitációs, szociálpédiatriai, mentálhigiénés, pszichiátriai, addiktológiai ágy vagy prevencióval foglalkozó egészségre nevelő intézet, drogabúzus ellátását biztosító korszerű hely, toxikológiai laboratórium, ér és idegsebészeti ellátást biztosító hely, hogy csak a legfontosabb hiányokat említsük. Nem szerencsés továbbá a kórházak földrajzi elhelyezkedése sem: a legtöbb a pesti oldalon helyezkedik el.

A világban lezajlott centralizációs folyamatokkal párhuzamosan Magyarországon a kisebb városi osztályok „kiürültek”, sok helyen csak egyetlen szakorvos van és az ügyeket a területen dolgozó házi gyermekorvosok látják el. Bonyolítja a helyzetet, hogy ezekben a kórházakban a szülészeti osztályok akkreditációja miatt kell fenntartani a folyamatos gyermekgyógyászati készenléteket. Jelenleg Magyarországon több, mint 70 intézményben működik szülészeti osztály, számos helyen igen alacsony éves szülésszámmal. Középtávon sem fenntartható, hogy ennyire széttagolt ellátó rendszerben mindenütt, minden helyszínen azonos színvonalon biztosítani lehessen az újszülött ellátás biztonságát. Ezért a jövőben szükséges a szülészeti és azzal együtt a neonatológiai ellátás koncentrálása. A szülészeti – neonatológiai ellátó helyek számának csökkentése olyan racionális kényszer, amely az ellátás minőségének és megbízhatóságának fokozásának nem megkerülhető lépése. Az 5 Millió Finnországban 5 kórházi helyszíntre vannak koncentrálva a szülések.

A 70-es évek közepén létrehozott Perinatális Intenzív Centrumok (III szintű PIC) hálózata jelenleg 20 működő osztályból áll. Ez a szám túlságosan magas a jelenlegi szülésszámhoz képest. Bizonyos PIC-ek forgalma kicsiny, nem ökonomikus, szükséges a PIC-ek számának csökkentése és az ellátás koncentrációja. Ennyi helyszínen nem tartható fenn a megfelelő szakmai színvonalon az újszülött intenzív ellátás.

Megyei szintű osztályok jelentős részében is komoly gondok vannak a szakorvos ellátottság terén, noha ezen a szinten már a szubspecialitások jelentős részét is biztosítani kellene.

A kedvezőtlen tendencia nehezen állítható meg, mert a rezidens helyek betöltése is nehézségekbe ütközik a vidéki kórházakban. Ennek csak egyik oka a földrajzi

elhelyezkedés, sokkal inkább a csökkenő betegszám és a tanulás, tapasztalatszerzés hiánya miatt nem választják a fiatal szakemberek ezeket a kórházakat.

A fokozódó integráció és a csökkenő szakember szám is jelentős centralizációt tesz szükségessé. Ma komplex, biztonságos, folyamatos és teljes körű ellátást csak az Országos Intézet, a Gyermekklinikák a Bethesda Gyermekkórház, a Velkey László Gyermekegészségügyi Központ és néhány nagyobb megyei osztály tud biztosítani, de még ezekben is sok esetben külső segítségre van szükség (pl. idegsebészet, érsebészet, stb.)

Az elmúlt két évtizedben alapvető szemléletváltás következett be Európa és a tengeren túli országok gyermekgyógyászatában. A betegellátás döntően járóbeteg-formában történik. Kórházi felvételre csak invazív vagy speciális körülményeket igénylő diagnosztika, akut betegellátás, illetve speciális kezelés miatt kerül sor.

A gyermekkórházakban szinte csak intenzív ellátást igénylő betegek fekszenek, ugyanakkor a beteg gyermek mellett marad a család, de legalább az édesanya. Mindez a régi, elavult kórházi struktúra alapos átalakításához vezetett.

Ez a fajta ellátás természetesen finanszírozási változásokkal is járt, ami nem hasonlítható a hazai finanszírozáshoz, amely szinte csak a fekvőbeteg-ellátást honorálja és nem a tényleges és definitív orvosi ténykedést. Ez felesleges ápolási eseményekhez, „túlápoláshoz” vezet, ami nem csak pazarlás, de a betegek veszélyeztetése is. Amellett az ellátó rendszer kereteinek feszegetése.

A finanszírozás kontraproduktív volta mellett súlyos gond a kórházi osztályok elavult szerkezete. Bár törvényi előírás a szülő elhelyezése beteg gyermeke mellett, ez gyakran megvalósíthatatlan a szűk kubarura és a megfelelő szociális helységek hiánya miatt.

4.2. Adatok - adathiányok

Szükséges a magyarországi fekvőbeteg intézetek, gyerekosztályok pontos felmérése a szülők gyermek mellett tartózkodásának lehetőségeiről: szülő szálló, anyaszálló, családi kórterem. Szükséges, hogy a jelen kormányzati ciklusban azok a hiányok, amelyek jelenleg a gyermekek szeparációját okozzák célzottan felszámolásra kerüljenek.

Az ÁNTSZ honlapján megjelentített ágyszámokból semmilyen következtetést sem szabad levonni. Egy részük nem működik, jelentős részben pedig kórházi ellátást nem igénylő betegek fekszenek rajtuk. További probléma, hogy a gyermekbetegek jelentős részben felnőtt osztályokon fekszenek (pl. gégszét, orthopaedia, urológia, szemészet, traumatológia, stb.). A szakorvosi létszámok nem csak ismeretlenek, de nem is értékelhetőek, mert folyamatosan változnak és nem ritkán egy-egy szakorvos több helyen is dolgozik. A valós helyzetet ezekkel az adatokkal nem lehetne jellemezni. Feltételezhető, hogy a szigorú minimum feltételeknek csak néhány intézmény tudna eleget tenni.

Mindenesetre szükség lenne egy keresztmetszeti felmérésre, amikor egy adott időszak valamennyi valóban működő gyermekgyógyászati ágyszámát és az összes szakorvosi

létszámot láthatnánk a szubspecialitásokkal együtt. Ez jó kiindulási alap lenne a további tervezéshez.

4.3. Kedvező változások

Az utóbbi évek fejlesztése nyomán a vidéki kórházak rekonstrukciója befejeződött. Jól felszerelt, korszerű új, vagy jelentősen megújult osztályok jöttek létre (pl. Nyíregyháza, Kecskemét, Gyula, stb.).

A jelentős területi egyenlőtlenségek kiküszöbölésére megindult az **EFOP-2.2.1-VEKOP-16-2016-00001 „Gyermek sürgősségi, baleseti ellátás fejlesztése”** elnevezésű program. A program keretein belül hat megvalósítási helyszínen kivitelezés, valamint eszközbeszerzés keretében kialakításra kerül a gyermek traumatológiai és sürgősségi ellátás országos, és regionális ellátórendszere. Korszerű, a XXI. sz. igényeit kielégítő, III-as szintű gyermek-sürgősségi és gyermektraumatológiai centrumok jönnek létre.

Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ kidolgozza a megfelelő módszertant a gyermek traumatológiai és sürgősségi ellátó hálózat működéséhez, emellett ellátási tevékenységek teljesítmény jelentéséhez szükséges BNO-ok, OENO-ok, HBCS-k is meghatározásra, kidolgozásra kerülnek. A fent jelzett 6 helyszínen összesen több mint 21.000 m² érintett a fejlesztésben.

Jelentős fejlődést és koncentrációt jelenthet az Egészséges Budapest Program megvalósulása, mely döntően 3 helyre súlyozza Budapest gyermekellátását. Ez mind biztonsági, mind pedig gazdaságossági szempontból előnyt jelent.

Ez a modell talán mintául szolgálhat más betegcsoportok ellátásában is. Vagyis az erőforrások szükségtelen szétszabdalása helyett az ésszerű koncentráció jobb klinikai eredményre vezet, a beteg nagyobb biztonsága mellett és a költségek is csökkenthetők.

Ezt a gondolatot példázza a 70-es évek elején, a korát messze megelőzően létrehozott Gyermek onko-hematológiai hálózat. Az onkológia betegeket csak néhány kórházban és osztályon (centrumokban) kezdték kezelni. A centrumok egymással szoros kapcsolatban voltak, a betegekről rendszeres konzultációkat tartottak. Egységesen vezették be a nemzetközi protokollokat. Az önkontroll mellett szoros központi kontroll is van. Évente kétszer beszámolnak a tevékenységükről egymásnak. Bevezették a regisztert. Az eredmény pedig: a nemzetközi eredményekkel bátran összevethető túlélés és morbiditási adatok. A centralizáció eredményességének mintapéldája!

De ugyanezt mutatja a neonatalis centrumok működése is, melynek vitatatlan szerepe van a csecsemőhalandóság jelentős csökkentésében, szinte változatlan korszulás szám mellett.

Sajnálatos, hogy a társadalom és a politika szereplői sem mindig értik meg, hogy a biztonságos ellátás sokkal fontosabb, mint a lakóhelyhez közeli. Nem értik, hogy az I-es progresszivitási szinten nem lehet minden betegséget ellátni. Ennek megértésére és elfogadására komoly erőfeszítéseket kell tennünk a jövőben.

A továbbiakban az egészségügyi ellátás fókuszába a biztonság állítandó, mert ez az egyetlen érv, ami minden laikus számára érthető és elfogadható.

A centralizáció szükségszerűen megköveteli a szállítás megszervezését és annak biztonságosságát is. *Így az egész gyermekellátás szervezése elképzelhetetlen a mentőszállítás mennyiségi és minőségi fejlesztése nélkül.*

III. Általános célkitűzések

1. Egészséges utódok – várandósság, koragyermekkor

1.1. Egészséges életkezdet, lehetőleg azonos életkezdési esély minden újszülöttnak:

A pozitív családtervezés, az egészséges felnőtt páros-élet és felkészült gyermekvállalás támogatása, a koraszülések és a fejlődési rendellenességgel születettek arányának csökkentése és a túlélési arányok növelése. Ezáltal az életben maradtak életminőségének javítása, a pozitív népesedési és társadalmi-gazdasági folyamatok elérése érdekében.

A preconcepcionális gondozás módszerének kidolgozása mind az alapellátás, mind a szakellátás tekintetében, a gondozás általánossá és mindenki számára elérhetővé tétele, az ehhez szükséges intézményi/szervezeti struktúra kialakítása, a CSVSZ szolgálatok szakmai-módszertani háttérére építve. A preconcepcionális gondozás finanszírozása.

A pre és periconcepcionális időszak

Cél: Az egészséges és pozitív családtervezésre való felkészítés serdülőkortól kezdve: szexuális egészségre nevelés az STD, a szerzett meddőség, a nem kívánt terhességek és abortuszok, valamint a koraszülés csökkentése, a tudatos gyermekvállalás.

A várandósság időszak – prenatalis időszak

Cél: A várandósgondozás újraszabályozása, a mindenki számára elérhető, magas színvonalú várandós gondozás biztosítása, kiemelt figyelemmel a hátrányos helyzetű, egészségügyi szolgáltatásokkal rosszul ellátott területeken élő anyákra (mozgó szolgáltatások bevezetésének újragondolása).

Szükséges lépések:

- A várandós anya egészségügyi ellátásának újraszabályozása, különös tekintettel az alábbiakra:

esélyegyenlőség - azaz egységes struktúra, feladat keretében szükséges szabályozni és végezni;

szükségleten alapuló - azaz a biológiai, pszichológiai és szociális szükségletet egyaránt figyelembe vevő legyen az anamnézis és az ellátás, gondozás,

a prevenció (primer, szekunder, terciér) minden szintje egyaránt megfelelő hangsúlyt kapjon az ellátásban;

A szülés időszakában

Cél: A szülész és gyermekgyógyász (neonatólogus) együttműködése, a szüléssel rendelkező kórházban az újszülött ellátására kiképzett személy működésének folyamatos biztosítása alapvető követelmény. A definitív ellátást nyújtó PIC/NIC centrumok szülőszoba közelsége megnöveli az ellátás biztonságát.

Szükséges lépések:

- A szülészeti és NIC osztályokon a magzat, az anya és az újszülött biztonságát szolgáló személyzet: Szülészorvos, szülésznő és újszülött élesztésben jártas harmadik személy jelenléte a szüléseknél, valamint kellő számú eszközök biztosítása esetleges újraélesztésre.
- Személyi feltételek biztosítása: a szülésznő és szülész orvos utánpótlás biztosítása.
- Minden szülészeti/újszülött osztályon vagy részlegesen fontos lenne biztosítani kórházi védőnőt. Fontos jövőbeni feladat újra meghatározni a feladatukat, dokumentációjukat, tevékenységükkel kapcsolatos adatszolgáltatást
- A szülészeti osztályokon családcentrikus, barátságos légkör és alternatív megoldások biztosítása. Az apával való együttműködés lehetőségének biztosítása.

Postnatális időszakban

Cél: A prevenció a szülőszobán folytatódik: az újszülött korai, mellre helyezésével és folytatódik az újszülött osztályon az anya és az újszülött együttápolásával, a szoptatást támogató táplálási módszerekkel.

Szükséges lépések:

- A teljes rooming – in rendszer, a „baba barát” újszülött ellátás általánossá tétele, a személyi és tárgyi feltételek biztosításával.
- Szoptatás elősegítését biztosító laktációs tanácsadó.
- A gyermekvállalásra felkészítő, *komplex családtervező programok* terjesztésével csökkenthetőek az elkerülhető, ill. megelőzhető magzati ártalmak.
- Folsavprevenció elterjesztése az alapellátásban dolgozók (házi orvosok, védőnők bevonásával (16)

- Családbarát szülészetek, bababarát kórházi osztályok kialakítása
 - TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkorai program folytatása, fenntartása
- A szükséges informatikai háttér működtetésével folyamatos értékelés
- A szülői kérdőívek és az orvosi, védőnői szűrővizsgálatok alapján a kiszűrtek további sorsának után követése.

-

2. Egészséges gyermekkor

2.1. Egészséges, rendszeres mozgásigényű, biomechanikailag helyes testtartású, fizikailag terhelhető generáció felnövekedésének elősegítése. A gyermekek fejlődése során kell megalapozni az egészséges életmódra, rendszeres mozgásra való törekvést.

- A Teljeskörű Intézményi/Iskolai Egészségfejlesztés(TIE) megvalósításának széleskörű támogatása szakfelügyelettel, az iskolaegészségügyi és az oktatásügyi szakemberek közötti együttműködéssel.
- A köznevelési intézmények részére 2012 óta jogszabályban előírt TIE fontos része a tanulók lelki egészségét elősegítő pedagógiai módszerek és a művészetek alkalmazása. Ahhoz, hogy az iskolák elkezdjék mindennapi munkájukban ezen pedagógiai módszerek és a művészetek alkalmazását, a tanulók lelki egészségének mért javulásához kötöten egy-egy tantestület egészségének anyagi ösztönzése szükséges. A TIE megvalósításában az óvodák bevonása is szükséges.
- A „mindennapos testnevelés” fenntartása az oktatási intézményekben, módszertanának és tárgyi-személyi feltételeinek további javításával.
- NETFIT felmérések minőségbiztosítása szakfelügyelettel, a NETFIT adatok elérhetőségének biztosítása az iskolaegészségügy számára.
- Fel kell mérni a kollégiumokban élő gyermekek táplálkozási és sportolási lehetőségeit esélyegyenlőségük előmozdítására, támogatni szükséges a kollégiumokat a TIE megvalósításában.
- A gyermekkorai sportolás előmozdítása és az elhízás megelőzése érdekében iskolai program kidolgozása a 6-18 éves korosztálynak – a Testnevelési Egyetem, a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, valamint a vezető gyermekgyógyászati ellátó intézmények együttműködésével.
- Országos gerincszűrő program beindítása a HOGYI koordinálásával.

2.2. Családközpontú Nemzeti Immunizációs Program/NIP fenntartása, bővítése az ajánlott oltások hozzáférhetőségének támogatásával

- a magas kockázatúak (tumor-leukémia hálózat, stb.) ajánlott oltásainak biztosítása
- az újszülötteket, magas kockázatú gyermekbetegeket körülvevő családtagok immunizációjának támogatása (un. fészekimmunizáció).
- ajánlott védőoltások hozzáféréseinek anyagi támogatása különös tekintettel a ROTA vírus és a meningococcus oltásokra

- oltásellenző és oltáskritikus nézetek kezelésére képzések házi gyermekorvosoknak, házi orvosoknak, iskolaorvosoknak, védőnőknek, szülésznőknek és gyógyszerészeknek
- az állami gondozott gyermekek és az egészségügyi gyermekotthonokban ellátottak védőoltásait egyénre szabottan kell biztosítani

2.3. Nemzeti Program folytatása aktualizálással baleset, sérülés, bántalmazás, elhanyagolás megelőzésére

- Gyermekbaleset és Sérülés Prevenációs Tanács megújítása
- Az előző Nemzeti Gyermek egészségügyi Program Nemzeti Gyermek és Ifjúságbiztonsági Akciótervének (2010-2019) továbbvitele
- EFOP-2.2.1-VEKOP-16-2016-00001 „Gyermek sürgősségi, baleseti ellátás fejlesztése” program
- Hatékony iskolai baleset megelőzési programok, jó gyakorlatok megismertetése, a gyalogos és biciklis közlekedés szabályainak iskolai oktatása.

3. Népbetegségek korai prevenciója

3.1. Szoptatás szakmai támogatás program megerősítése. Az újszülöttek és csecsemők ellátásában érintett szakmai szereplők: szülész nőgyógyász, szülésznő, neonatológus, csecsemőszakápoló, házi orvos, házi gyermekorvos, védőnő, kórházi gyermekorvosok és ápolók koherens képzési programja és motiválása a szoptatással kapcsolatos modern ismeretek átadására és elmélyítésére. Célkitűzés, hogy a jelenleg csökkenő tendenciájú kizárólagos szoptatási ráta megforduljon. A kormányzati ciklus végére el kell érni, hogy a kórházból hazabocsátáskor a kizárólagos szoptatási ráta országosan érje el és haladja meg a 85 %-ot, a 3 hónapos korig terjedő kizárólagos szoptatás a 65 %-ot, a 6 hónapos korig terjedő kizárólagos szoptatás a 45 % -ot.

3.2. Az „Első 1000 nap” program a várandósságtól két éves korig terjedő időszakra, mint a későbbi életkor egészséges fejlődését alapvetően befolyásoló életszakaszra fókuszál.

3.3. Civilizációs betegségek korai prevenciója – obezitás, allergia, dohányzás, szervenélybetegségek

- A közétkeztetésben előírt változtatások hatásainak értékelése és szükség esetén korrekciók – bölcsődei, óvodai, iskolai étkezési felmérések alapján
- Minden oktatási intézményben megfelelő kézmosási, fogmosási lehetőség kialakítása, ivó kutak biztosítása
- Egyéni rizikószűrés és életmódi tanácsadás bevezetése az iskolaegészségügyben,
- Komplex iskolai prevenció program kidolgozása és bevezetése az elhízás és a szervenélybetegségek megelőzésére

- 3.4. Caries megelőzés – gyermekfogászati szakmával egyeztetett Gyermekkorai Fogászati és Szájhygiene program kialakítása. Gyermekkorban megerősítendő a közfinanszírozott fogászati ellátás.

IV. A cél eléréséhez szükséges szakmai változtatások, intervenciós lehetőségek

1. Családtervező programok

A pozitív családtervezés célja a koraszülés és a veleszületett rendellenességek megelőzése. Az ebben az időszakban alkalmazott primer prevenciós modellek a gyakori halálokokat jelentő betegségek megelőzését is lehetővé teszik, így a preconcepcionális egészség segíti mind az anya, mind a leendő csecsemő egészségének fejlesztését is (17).

A családtervezés részeként fontos a gyermekvállalás előtt, megfelelő időben és dózisban elkezdett folsav prevenció, a két leendő szülő egészségkockázatainak (anamnesztikusan az örökölhető, a krónikus betegségek, a szenvedélybetegségek, az anya fogállapotának felmérése és ellátása, a megelőzhető, potenciálisan magzatkárosító infekciók iránti fogékonyág felderítése és a fészekimmunizáció, stb.).

2. **A várandósgondozás** fenntartása, a szülés körülményeinek jelentős megváltoztatása a háborítatlan szülés irányába. A VRONY működésének megújítása.
3. **A várandósság alatti gondozás** természetesen nem a „Gyermekprogram” része, de jó esélyt ad az újszülöttre vonatkozó fontos *primer prevenciós ismeretek átadására* kiemelten az egészséges csecsemő fejlődését, táplálását és a védőoltásokat tekintve.
4. **Az In Vitro Fertilizáció/IVF** program finanszírozásának újragondolása, pszichés támogatás nyújtása a kezelés mellé, a kivizsgálás feltételeinek egységesítése, finanszírozási minimum meghatározásával.
5. **A folsavprevenciót** széleskörűen el kell terjeszteni. Evidencia van arra, hogy 400-800 microgramm folsavat tartalmazó multivitamin és nyomelemkészítmény a fogamzás előtt elkezdve és a terhesség 8. hetéig szedve kivédi a velőcsőzáródási rendellenességek első előfordulásának 92%-át (16). Magyarországon a folsavat továbbra is a terhesség felismerésétől kezdik el szedni a várandósok. Az alapellátók (védőnő, házi orvos) segítségével és további egyértelmű kommunikációval lehetne ebben változást elérni. A témában irányelv-tervezet is készült, de még nem jutott el a kész állapotig.
6. **A védőoltásokkal elérhető egészségnyereséget**, mint értéket kell jobban elfogadtatni. Jelenleg, köszönhetően a még mindig európai összehasonlításban is magas átoltottságnak (életkor szerint előírt oltások tekintetében), nemcsak azért van szükség védőoltásokra, hogy elkerüljük a járványokat, hanem azért, hogy egészségesek maradjunk. Ehhez mind az előírt, mind az ajánlott védőoltásokra vonatkozó információk közérthető kommunikációjára van szükség. Célzott programokkal kell felkészíteni a házi gyermekorvosokat, a vegyes praxis keretében gyermekeket ellátó házi orvosokat,

iskolaorvosokat, védőnőket, szülésznőket és gyógyszerészeket az oltáskritikusokkal és hezitálókkal való eredményes kommunikációra. A bármilyen okból *kiemelt kockázatú*, koraszülött, fejlődési rendellenességgel született, krónikus-, anyagcsere- vagy rendszerbetegségben szenvedő és a Gyermek Hemato-Onkológiai hálózatban gondozott betegek részére biztosítani kell az *egyedileg szükséges, immunizációs program* kivitelezéséhez a finanszírozást, melynek fedeznie kell a szükséges szerológiai és immunológiai vizsgálatokon túl az oltóanyagok árát és beadását is.

7. A gyermekek egészségének a köznevelés intézményeiben történő fejlesztése (teljeskörű intézményi egészségfejlesztés, TIE) szakmai támogatása az iskolaegészségügy, házi gyermekorvosok, vegyes praxis keretében gyermekeket ellátó házi orvosok, védőnők és a népegészségügyi intézmények együttműködésében. Ennek részeként fontos cél lenne egy olyan *egészségnevelő eszköz kialakítása*, melyet a gyerekek szívesen használnak és visszajelzést is ad. Lehet *mobiltelefon/tablet applikáció*, mely korcsoportokra bontottan feladatokat ad, értékkel, stb. Ez még akkor is hasznot hozna, ha a képernyő/mobil előtt töltött idő redukálása is az egyik cél.
8. A gyermekek speciális igényeit legmagasabb szinten szem előtt tartó *házi gyermekorvosi alapellátás* és a védőnői ellátás fenntartása érdekében célzott intézkedéseket szükséges indítani, megállítva ennek az ellátórendszernek az elmúlt években megfigyelhető radikális felmorzsolódását. Intézkedés lehet a központi béremelés mindkét szakterületen, a házi gyermekorvosi praxisok kvótaemelése, a költségtérítések rendszerszerű kezelése. Szükséges az ösztöndíj rendszerű Rezidens Támogatási Program bevezetése mellett a tartósan betöltetlen praxisok szakemberhiányának kezelésére már elindult „Csecsemő- és Gyermekgyógyász Szakorvosjelöltek Méhes Károly ösztöndíj programjának” további támogatása.

Az iskolaegészségügy személyi és tárgyi feltételeinek megerősítése, iskolaorvostan- ifjúságvédelem szakvizsga megszerzéséhez ösztöndíjrendszer bevezetése, a finanszírozás javítása is szükséges a nevelési oktatási intézményben folyó eredményes preventív munkához.

A védőnői szakemberhiány csökkentése érdekében Védőnői Támogatási Program elindítása szükséges, „Stefánia” Ösztöndíjrendszer kialakítása a védőnő hallgatók körében, valamint a tartósan üres állásokat betöltő védőnő ösztönző finanszírozása.

9. Az *alapellátásban* a házi gyermekorvos/iskolaorvos/házi orvos és a védőnő/iskolavédőnő *csapatmunkáját erősíteni kell* – egy nyelvet kell, hogy beszéljenek, mert csak így hitelesek. A siker érdekében közös szakmai iránymutatások, protokollok, valamint megfelelő szakfelügyeleti ellenőrzések szükségesek. A megvalósításhoz az *informatikai rendszerek* megfelelő kapcsolódása elengedhetetlen.
10. *A fekvőbeteg ellátás aktuális struktúrájának felmérése halaszthatatlan feladat* - nem tervezhető reálisan az ellátás a rendelkezésre álló kapacitás (osztályok, ágyszámok, személyzet létszáma, összetétele) pontosabb ismerete nélkül.

11. A gyermekek járóbeteg szakellátásának országos kapacitás felmérése és a szükségleteknek megfelelő finanszírozás biztosítása halaszthatatlan feladat.
12. A 0-7 éves korosztály optimális bio-pszicho-szociális fejlődésének támogatására a *TÁMOP 6.1.4/12/1 Koragyermekkori (0-7 év) Kiemelt Projekt* keretében kidolgozott, majd bevezetett Szülői Kérdőívek segítségével egyre több gyermek szűrése és bevonása történik meg a korai fejlesztő ellátásokba. Tekintettel arra, hogy a Szülői Kérdőív minden 0-7 éves gyermekre földrajzi és társadalmi helyzettől függetlenül megtörténik, ezért az adatok digitalizálása kiváló adatbemenetet szolgáltatnak egy következő stratégia tudományos és közgazdasági kidolgozásához. A projekt további folyamatos fenntartása, valamint a felismert szükségleteknek megfelelő ellátás biztosítása fontos célkitűzés!
13. *Baleset - sérülésprevenció* – elkerülhető halálozás érdekében fontos célunk további erőfeszítéseket tenni. Az előző Nemzeti Gyermek egészségügyi Programban elindított Akcióprogram folytatása, az otthonbiztonság és a közlekedésből, sportolásból eredő sérülések megelőzésére fókuszálva, a Közlekedés Tudományi Intézettel szorosan együttműködve.
14. Speciális serdülőellátás megszervezése a külföldön már régóta működő és hazai kezdeményezéssel bíró „*kamaszambulanciák*” mintájára. Egyszerűen elérhető, sokszakmás, kamaszokra célzott prevenció-centrikus ellátási forma, ahol a mentálhigiene és nőgyógyászat-férfigyógyászat, bőrgyógyászat, ortopédia, szájhigiene és diétetika, lipidológia kiemelt szerepet kap.
15. Akcióterv kidolgozása szükséges a *szenvedélybetegségek* koragyermekkortól indított megelőzésére – alkohol, dohányzás, energia italok, koffein, füvezés, élvezeti drogok. Az akcióterv kidolgozásakor figyelembe kell venni a köznevelés intézményeiben a pedagógusok által a teljeskörű intézményi egészségfejlesztés (TIE) keretében végzendő elsődleges/egyetemes/általános prevenciót is.
16. A gyermekek egészséges fejlődését érintő, morbiditási és mortalitási adatait értékelni és az adatgyűjtést aktualizálni, összehangolni képes Módszertani Igazgatóság kialakítása a Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet (HOGYI) keretein belül. Az intézmény jelenti továbbá a gyermekalapellátás szakmai, módszertani háttérintézményét.
 - A Neonatális Intenzív Centrumok adatbázisának összekapcsolása és együttes működtetése a szülészeti adatgyűjtéssel (Tauffer statisztika), a VRONY adatbázissal és a már magas készültségű hallásszűrés adatbázissal az AEEK informatikai platformján. Ezen négy határterületi, de egységbe foglalt adatgyűjtés: „perinatális adatbázis” egységes, rendeleti úton történő szabályozása szükséges. Az egységes platformon történő adatgyűjtés adatgondnokság feladatainak és a stratégiai elemző feladatok ellátásra megfelelő módszertani központ a HOGYI-ban rendelkezésre áll. A folyamatos működtetés állami feladatként, az adatbevitel költségeit is fedező finanszírozással történik. A fenti perinatális adatbázis és jelenleg meglévő és kialakítandó (lásd alább) gyermekek egészségét érintő adatbázisok technikai összekapcsolása szükséges, amelynek eszköze a megszületéskor a „perinatális

adatbázisban” alkalmazott egészség karrier azonosító kóddal lehetséges. Ezzel kialakítható a 0 – 18 éves korosztály egészség és morbiditási monitoring rendszere, azaz az összes, a gyermek egészséget érintő adatgyűjtés egyetlen ID révén összekapcsolhatóvá válik. A 0 – 18 éves egészségre vonatkozó adatgyűjtés és monitoring megszervezés, felügyeleti tevékenység és a stratégiai elemző munka a HOGYI Módszertani Igazgatóságának a feladata.

- *jelenlegi*: Iskolaegészségügyi jelentés, Netfit, diabetes, adatbázis, coeliákia, rehabilitációs adatbázis
- *kialakítandó*: szepszis, Kawasaki betegség, ITP, gyermekbaleset, stb.

17. *Fejleszteni* kell a gyermekgyógyászat speciális igényeihez igazodó *diagnosztikai lehetőségeket* az egyes szubspecialitásoknak megfelelően – immunológia, genetika, hemato-onkológia, kardiológia. Mind a laboratóriumi, mind a képalkotó és egyéb diagnosztikus eszközök bővítése szükséges

18. *Országosan újra kell gondolni és fejleszteni kell a gyermekek számára elérhető mentő és szállítási lehetőségeket.* A gyermekek mentését és szállítását biztosító rendszert fejleszteni és lényegesen bővíteni szükséges annak érdekében, hogy könnyebben eljuthassanak a számukra legjobb ellátást nyújtani képes egészségügyi szolgáltatóhoz.

19. A gyermekellátásban is hozzá kell férni a tudomány fejlődésével *evidencia alapon indokolt terápiás eljárásokhoz* mind a csúcsintézményekben, mind a gondozás során.

20. *Gyermekrehabilitáció hazai hálózatának – fekvő és járóbetegellátás – kialakítása*

- A bármilyen okból sérült gyermekeket nevelő családok helyzetének komplex társadalmi – szervezési – finanszírozási programmal történő javítása
- házi betegápolás megszervezése és támogatása
- gyermek hospice hálózat támogatása

21. Hiteles, a gyermekek egészségével, egészségfejlesztésével foglalkozó weboldalak/honlapok működtetése, meglévők fejlesztése, újak kialakítása a lakosság egészségértésének javítására. Szükséges validált tartalmakkal megjelenő honlap csoportot kifejleszteni, ami garantálná, hogy valóban szakmai szempontból megalapozott információkhoz jutnak az olvasók (pl. védjeggyel hitelesített honlapok).

22. *A gyermekek jogainak következetes képviselése* az egészségügyi ellátásuk, oktatásuk nevelésük kapcsán.

23. Fontos cél, hogy a *tartós v. rendszeres kórházi kezelésére szoruló, izolált gyermekek, ifjak* számára megfelelő eszközökkel biztosítva legyen *a korosztályuknak megfelelő mentális, pszichoszocialis fejlődés-* az egyének, iskolai közösségeik és családi kapcsolataik támogatásával, csökkentve a betegségből, kezelésekből, izolációból adódó nehézségeket, hátrányokat, negatív hatásokat.

24. Az egészségügyi intézményben tartósan ellátott iskoláskorú gyermekeknek állapotukhoz igazodóan a tanulás lehetőségét is biztosítani kell – iskolapedagógusi hálózat fenntartásával.
25. Az Eötvös Lóránt Tudomány Egyetemhez 2017-ben átkerült Iskolásgyermek Egészségmagatartása/HBSC kutatócsoporttal szoros szakmai együttműködés folytatása, feltételeinek kialakítása és fenntartása.

V. Felosztás, közreműködők

Prevenció (primer, szekunder)

A primer prevenció elsődleges vonala a család. A rendelkezésre álló eszközrendszer, hálózatok ideális esetben már a fogantatás előtt eléri a szülőket. Azt követően a média és az erre a célra kifejlesztett eszközök (alkalmazások), védőnő, gyermekorvos, iskola-egészségügy stb. útján a szülésetektől a bölcsődéig-óvodáig kell megcélozni a családokat.

A közösségben a gyermek életkorának megfelelő szintű oktatást-nevelést kell biztosítani, melyre a pedagógusokat fel kell készíteni. A mozgás a kicsik lételeme. Fenntartása és bővítése a pedagógusok és a szülők feladata. A gyerekek útján megváltoztatható a szülők szokásrendszere. Nekik kellene alkalmazkodni a gyermekek mozgásigényéhez. Jól felszerelt közösségi terek szükségesek hozzá.

Logikus lenne bevonni az orvosi és egészségtudományi karok, valamint a pedagógus képzésben résztvevő hallgatóikat a képzésbe. Ez jó terep lenne számukra a gyakorlatszerzésben és az érzékenyítésben is.

A szekunder prevenció irányítása a házi gyermekorvos, vegyes praxisban gyermekeket is ellátó házi orvos, iskolaorvos, védőnő kezében van. Be kell vonni a szülőket, pedagógusokat és a kiegészítő szakmákat. A gyermekek számára korosztályuknak megfelelő anyagok és elérési módok (pl. számítógép, okos telefon, stb.) szükségesek. Speciális esetben a szakrendelők, gondozók, kórházi orvosok veszik át a betegek szekunder prevenióját.

Közreműködők

szülő, házi gyermekorvos/vegyes praxis házi orvos, szakrendelő orvosa, védőnő, iskolaorvos, pedagógus, gyógypedagógus, testnevelő, gyógytornász, dietetikus, pszichológus, gyógyszerészek/gyógyszertárak, közmédia

Terápia

Elsődlegesen a kezelőorvos feladata. Minél alacsonyabb szinten történik az ellátás, annál kedvezőbb a beteg és a társadalom számára. A speciális ellátások centralizációja szükséges a biztonság, a jobb klinikai eredmény és a költséghatékonyság miatt. A szakrendelők és kórházak tehermentesítésére ki kell szélesíteni a házi gyermekorvosok kompetenciáit (labor, képalkotó, igazolások, stb.). Alapelv, hogy az otthon ápolható gyermeket otthon kell ápolni.

Ezt a megfelelő kompetencia, a finanszírozás átalakítása és a családsegítő szolgáltatások (házi ápolók, otthoni monitorok-telemedicina) tennék lehetővé.

Közreműködők

szülő, házi gyermekorvos/vegyes praxisban házi orvos, védőnő, szakrendelő orvosa, kórházi orvos, iskolaorvos, pedagógus, gyógypedagógus, testnevelő, gyógytornász, dietetikus, pszichológus, telemedicina szakember, házi ápoló

Rehabilitáció

A rehabilitációs kapacitás kiszélesítése szükséges minden területen (mozgásszervi, idegrendszeri, légzőszervi, stb.). Az életminőség javítása mind a beteg, mind pedig a családja számára rendkívül fontos. Egy beteg gyermek akár két szülő életminőségét, munkaképességét is befolyásolja. A kapacitásokhoz való hozzáférést egyenletesen, az esélyegyelőség követelményei alapján kell biztosítani.

Közreműködők

rehabilitációs szakember, szülő, házi gyermekorvos/vegyes praxis házi orvosa, védőnő, szakrendelő orvosa, kórházi orvos, iskolaorvos, pedagógus, gyógypedagógus, testnevelő, gyógytornász, dietetikus, pszichológus

VI. Mellékletek

- 6.1.** 1. sz. melléklet: Helyzetelemzés, ábrák
- 6.2.** 2. sz. melléklet: Gyermekszegénység elleni küzdelem eredményei

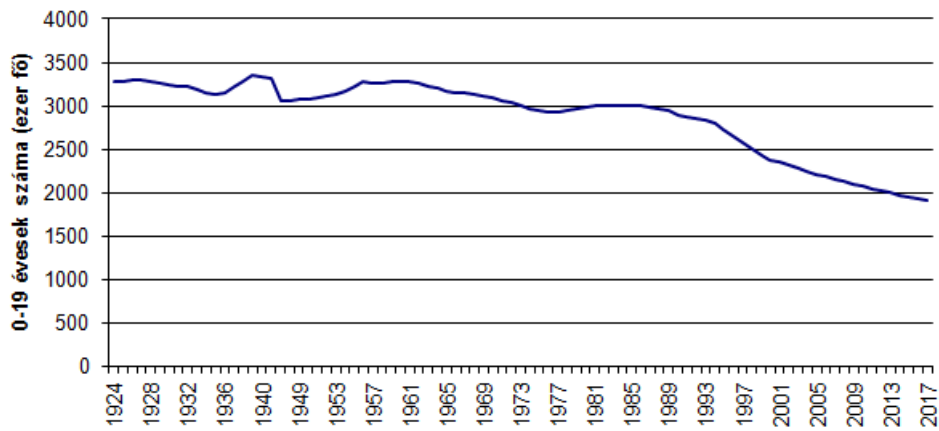
VII. Irodalom:

1. Magyar Statisztikai Évkönyv, Központi Statisztikai Hivatal, 2016.
2. Iskolásgyermek Egészségmagatartása/HBSC – http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-hbcs-nemzeti-jelentes-2014
3. Kovács VA és mtsai: Weight Status of 7-Year-Old Hungarian Children between 2010 and 2016 Using Different Classifications COSI study, Obes Facts 2018;11:195-205
4. Council of European Dentists – www.cedentists.eu
5. Kopp M (2003) A magatartástudományi kutatások lehetőségei az orvoslás területén, Magyar Tudomány, 11,1352-1363.
6. De Schrijver és mtsai: Serdülők mentális egészségügyi ellátása Európában: jelenlegi helyzet, az ADOCARE* hálózat által kidolgozott ajánlások és iránymutatások. - <http://www.adocare.eu/wp-content/uploads/2015/12/ADOCARE-HUN-2015.pdf>
7. Merikangas és mtsai: Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. Dialogues Clin Neurosci 2009;11(1):7-20.
8. EFOP-1.4.1-15. Integrált gyermekprogramok, valamint járási felzárkóztatási fejlesztések szakmai támogatása kiemelt projekt, 2018.február, Megvalósíthatósági tanulmány)

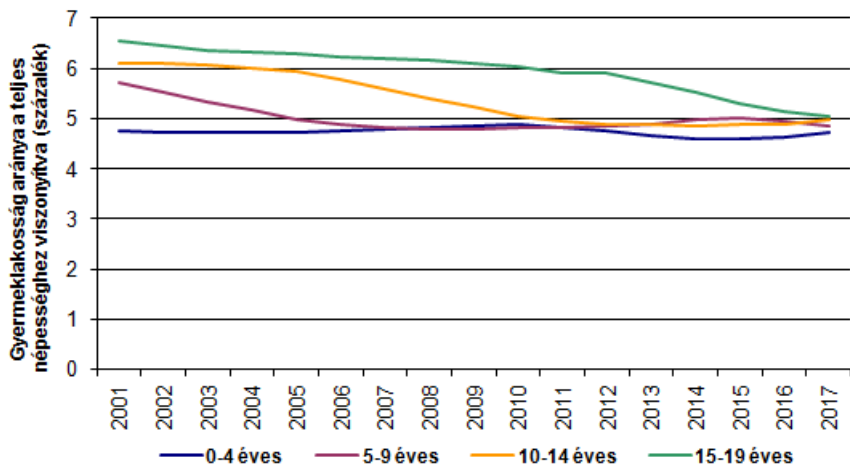
9. Comparative report on health literacy in eight EU member states - http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf
10. TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkorai program: https://www.antsz.hu/felso_menu/rolunk/projektek/tamop_614_koragyermek/tamop_koragyermekkorai.html
11. Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (TIE) – <http://www.egeszseg.hu/oldal/teljeskoru-iskolai-egeszsegfejlesztes-a-mindennapokban>
12. Családbarát ország – EFOP-1.2.6-VEKOP-17-2017-00001 <https://www.palyazat.gov.hu/efop-126-vekop-17-csaladbarat-orszag>
13. A kora gyermekkorai intervenció ágazatközi fejlesztése – EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001-<https://www.palyazat.gov.hu/efop-195-vekop-16-a-kora-gyermekkorai-intervencio-agazatkozi-fejlesztese>
14. Kisgyermekkorai nevelés támogatása – EFOP-3.1.1-14-2015-00001- az www.efop311.hu
15. Iskolai fittség mérés – NETFIT program - <http://www.mdsz.hu/hirek-hu/netfit/2018/02/15/elerhetove-valt-a-2016-2017-tanevben-mert-netfit-eredmenyek-tudomanyos-elemzese/>
16. Folsavprevenció - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1307234>
17. Erős E és mtsai: A pozitív családtervezés gyakorlata az Országos Gyermekkegészségügyi Intézetben, OH 2012.153;42:1667-73.
18. Start active, stay active: infographics on physical activity <http://www.euro.who.int/>
19. EMMI OTFHÁT védőnői feladatok összesítő statisztika
20. 43/1999. kormányrendelet 21.§
21. Összefoglaló jelentés a 2016/2017. tanévben végzett iskola-egészségügyi munkáról
22. NEAK finanszírozási adatok 2018.02.

1.sz. melléklet: Helyzetelemzés, ábrák

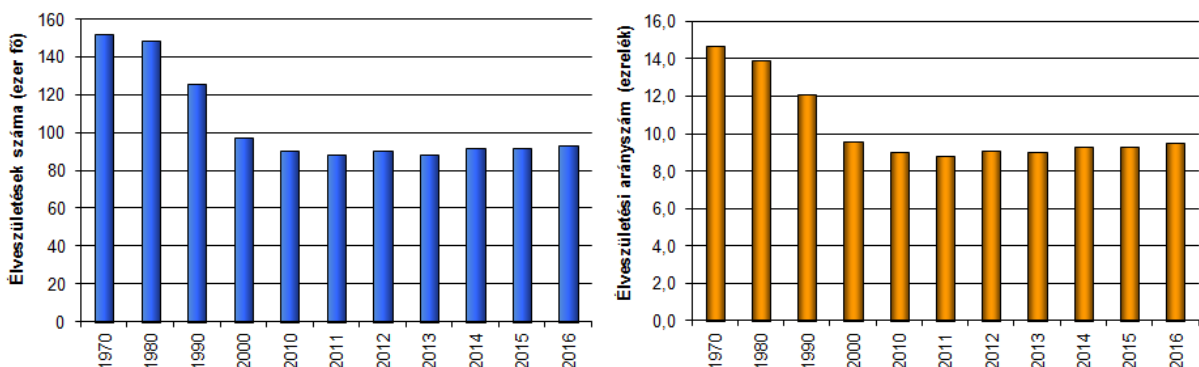
A 0-19 éves korosztály létszáma, 1924-2017



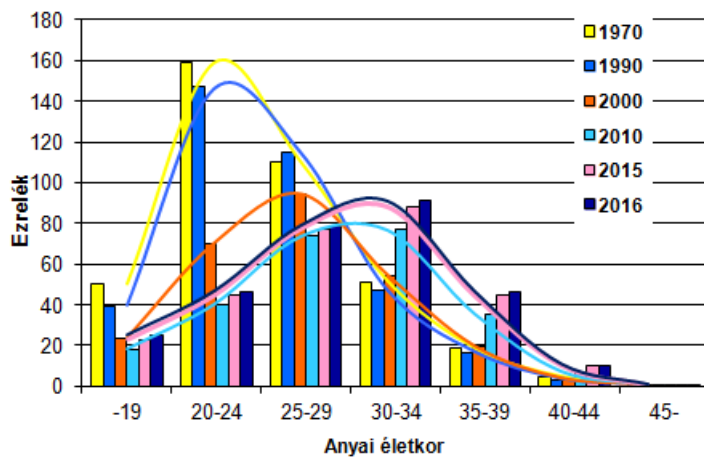
Az egyes gyermek korcsoportok aránya a teljes népességhez viszonyítva, 2001-2017



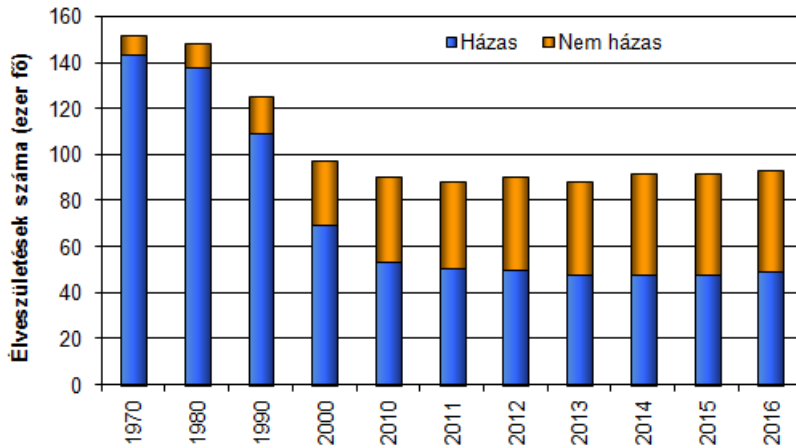
Az élveszületések számának és az élveszületési arányszám alakulása, 1970-2016



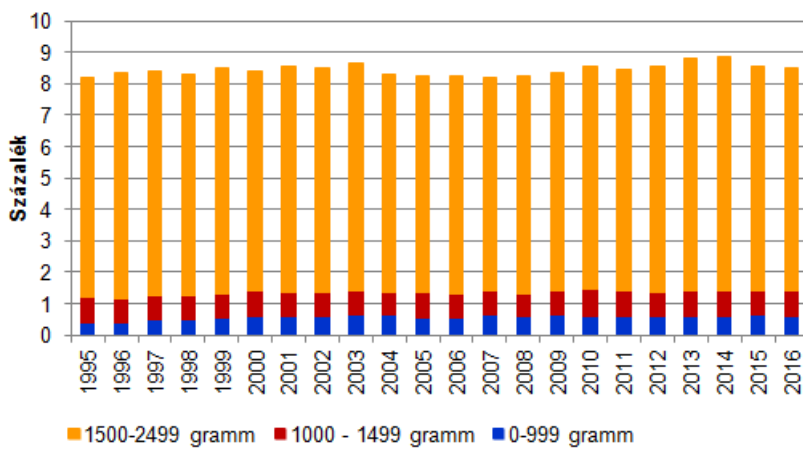
Élveszületések gyakorisága az anya korcsoportja szerint 1000 megfelelő korú nőre vonatkoztatva, 1970-2016



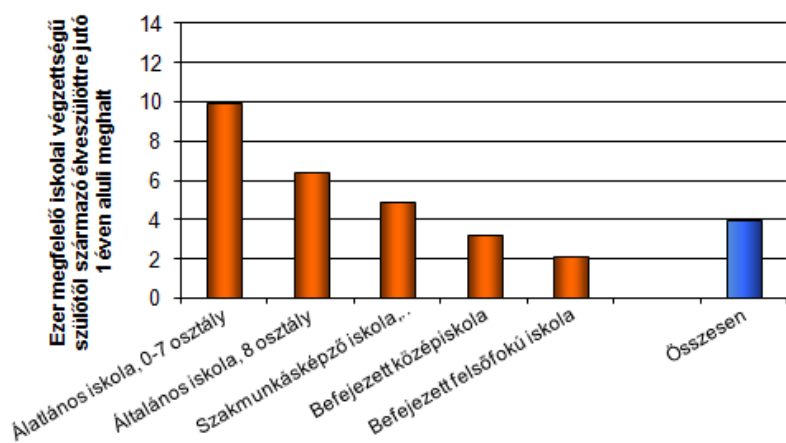
Élveszületések az anya családi állapota szerint, 1970-2016



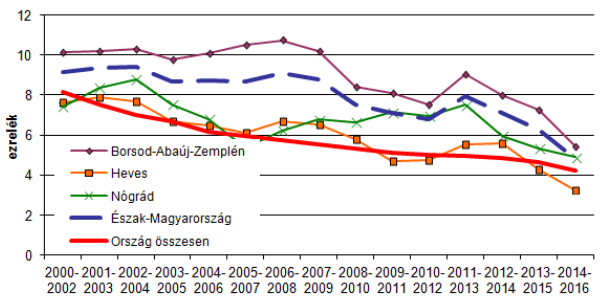
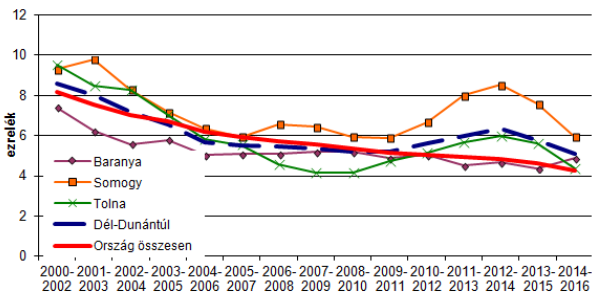
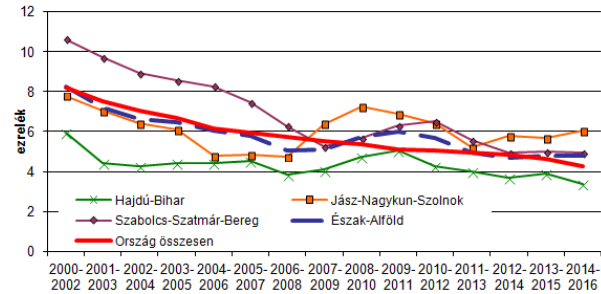
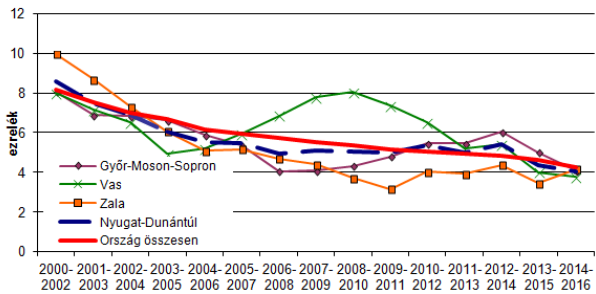
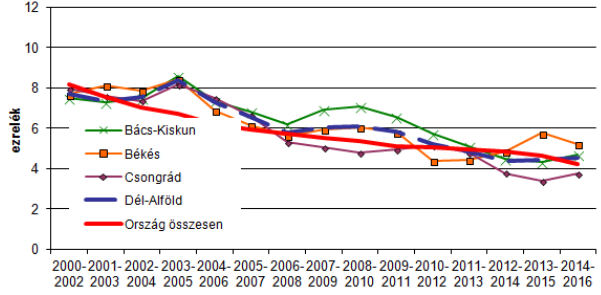
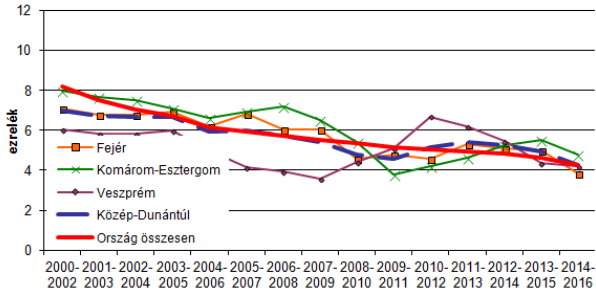
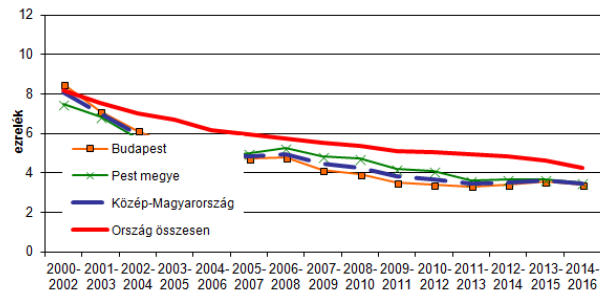
Kis súlyú, az igen kis súlyú és az extrém kis súlyú újszülöttek aránya, 1995-2016



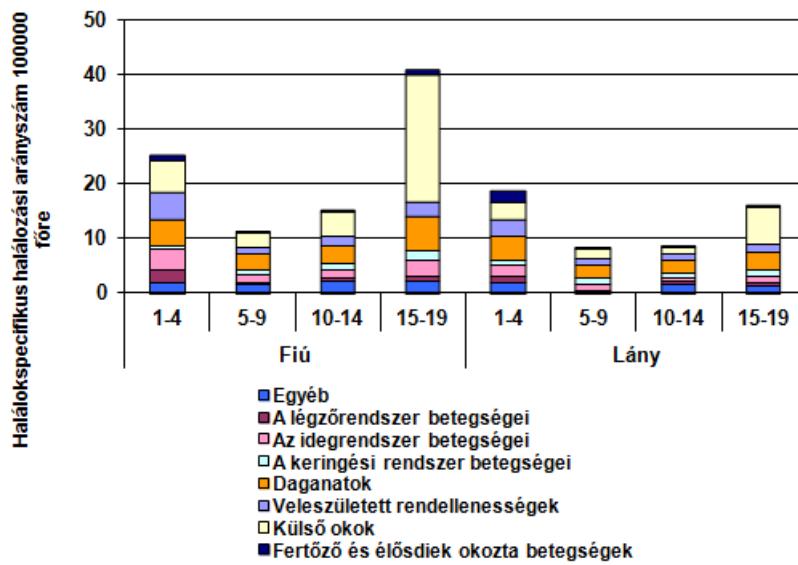
Csecsemőhalandóság az anya iskolai végzettsége szerint, 2016



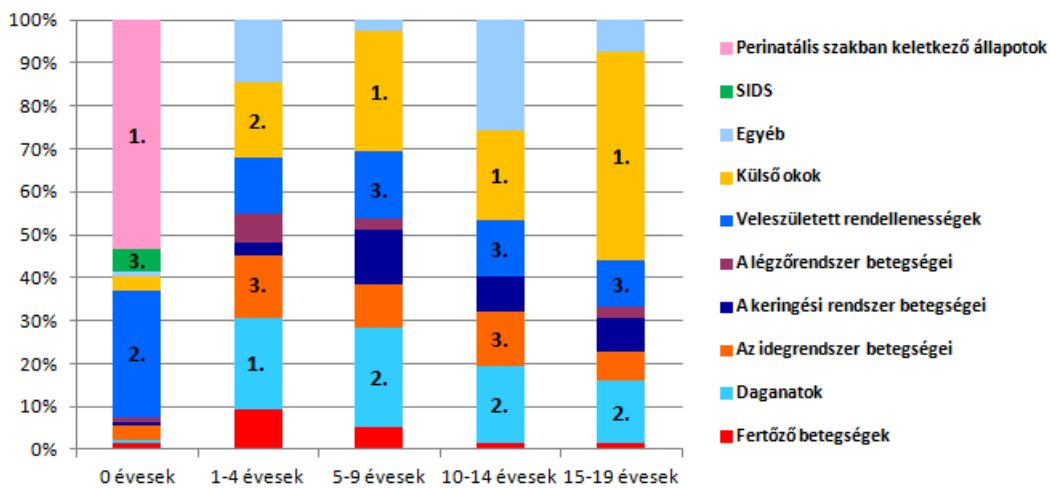
A csecsemőhalandóság megyénkénti alakulása, 2000-2016



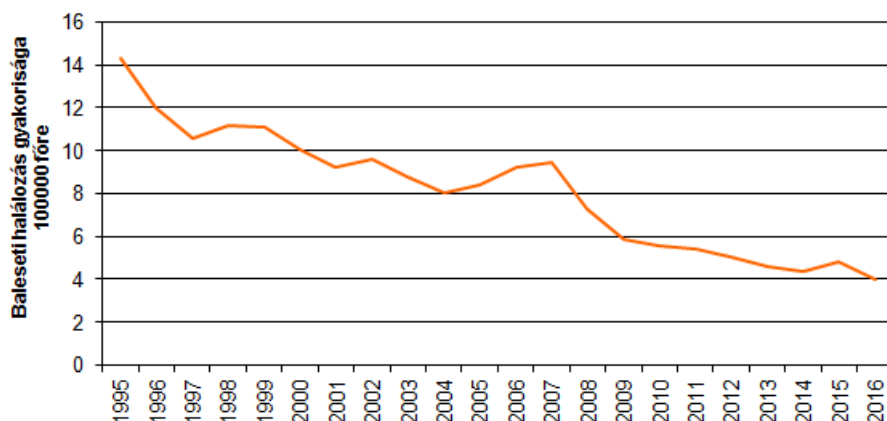
Gyermekhalandóság halállokokként, nemenként, korcsoportonként, 2016



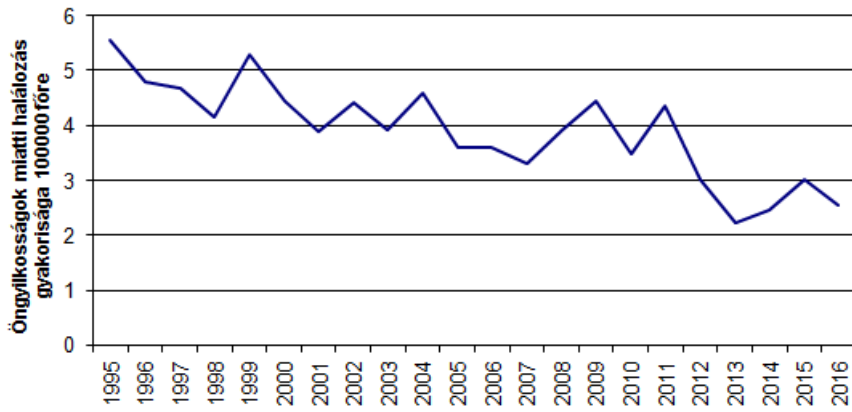
Vezető halállokok az egyes életkorokban, 2016



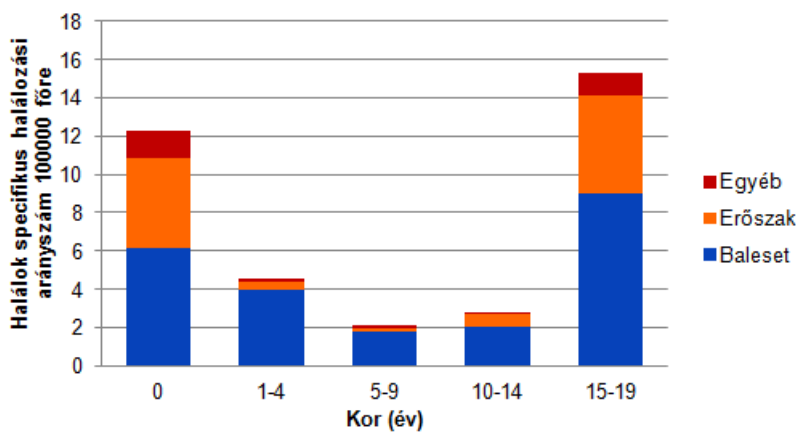
Baleset miatt bekövetkezett halálozás alakulása 0-19 éves korban, 1995-2016



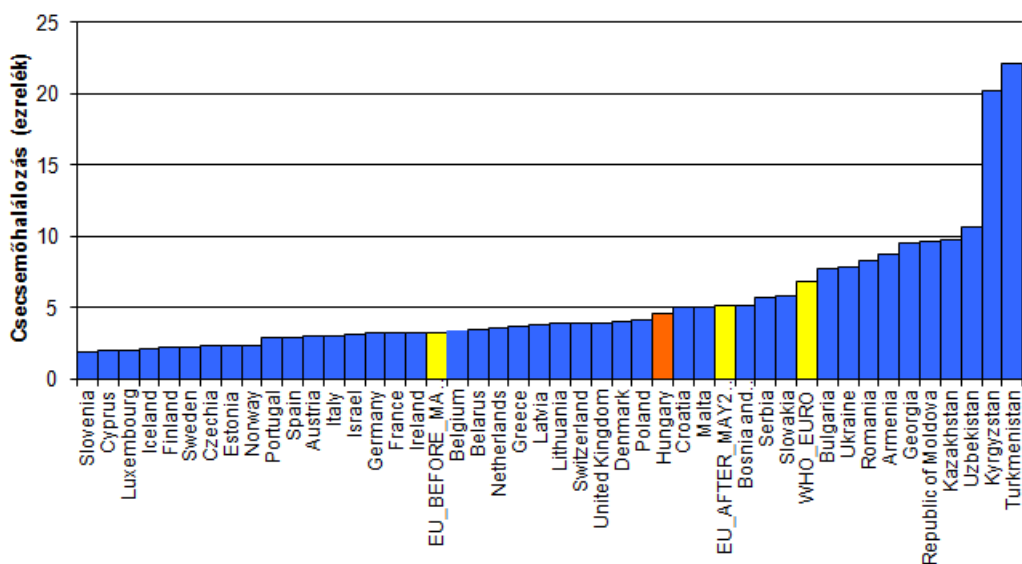
Öngyilkosság miatt bekövetkezett halálozás alakulása 10-19 éves korban, 1995-2016



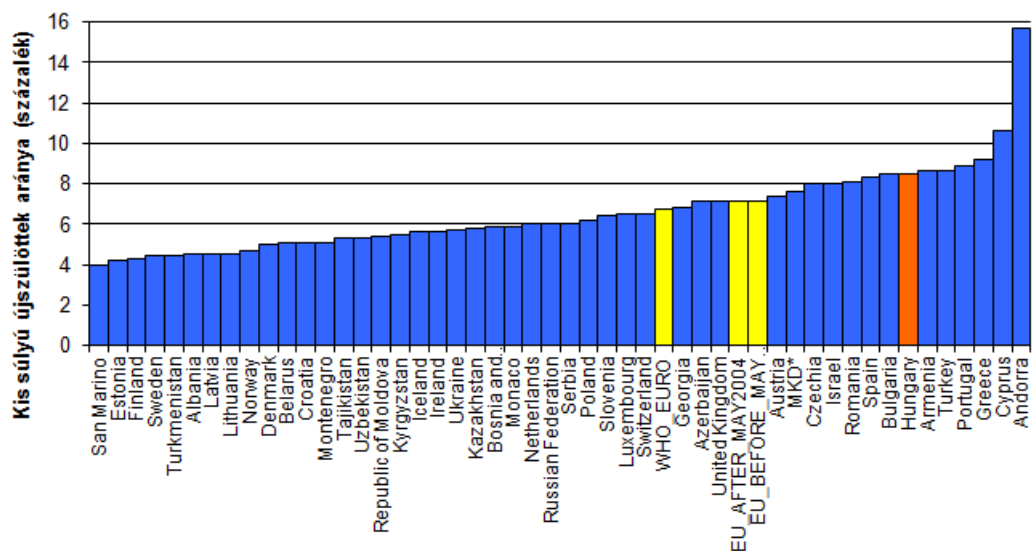
Külső ok miatti halálozás korcsoportonként, 2014-2016



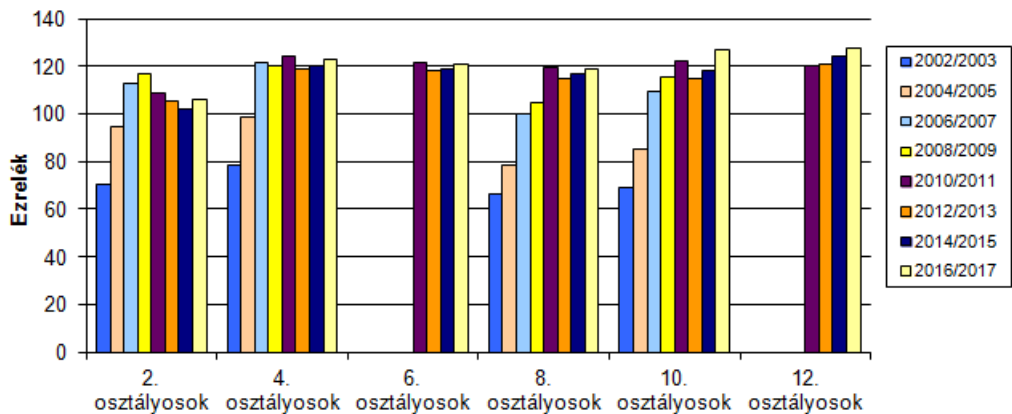
Csecsemőhalandóság Európában, 2014



Kis súlyú újszülöttek aránya Európában, 2015

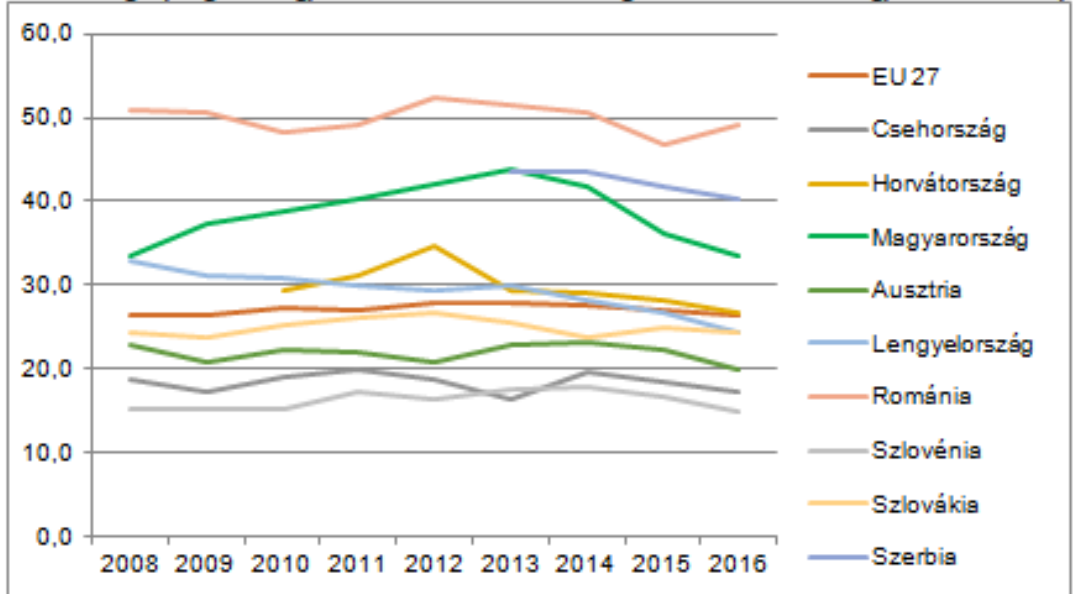


Az elhízás gyakorisága az iskolások körében az iskola-egészségügyi jelentés adatai szerint, 2002-2016



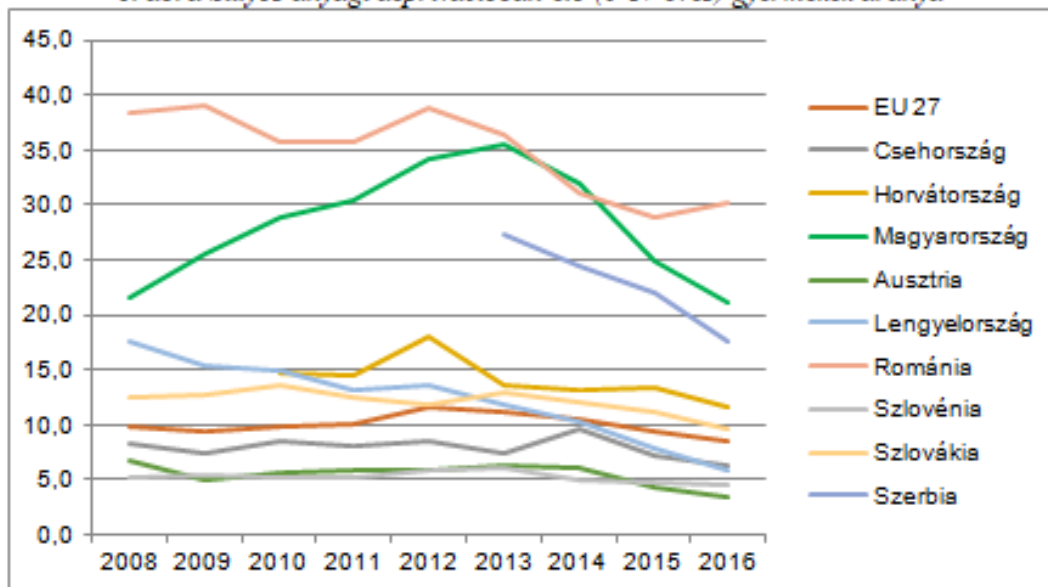
2. sz. melléklet: Gyermekszegénység elleni küzdelem eredményei
 5. és 6. ábra az EFOP-1.4.1-15 Megvalósíthatósági tanulmányból (2018.február)

5. ábra Szegénységben vagy társadalmi kirekesztettségben élő (0-17 éves) gyermekek aránya



Forrás: EUROSTAT – DATABASE (letöltés: 2018.01.11.)

6. ábra Súlyos anyagi deprivációban élő (0-17 éves) gyermekek aránya



Forrás: EUROSTAT – DATABASE (letöltés: 2018.01.11.)

