

## Házi gyermekorvosok célzott felkészültségének vizsgálata a 0-7 éves gyermekek ellátása kapcsán

*Németh Anikó, Lantos Katalin, Pukánszky Judit, Tobak Orsolya*

Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

### Összefoglalás

**Célkitűzés:** Vizsgálatunk célja volt felmérni a házi gyermekorvosok célzott felkészültségének és tájékozottságának mértékét a 0-7 éves gyermekek ellátása kapcsán.

**Módszer:** Reprezentatív keresztmetszeti vizsgálatunkat több fókuszcsoporthoz interjú alapján, saját szerkesztésű kérdőívvel végeztük Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Vas megyék, valamint Budapest területén, összesen 90 házi gyermekorvos bevonásával.

**Eredmények:** A 90 válaszadó legnagyobb mértékben a testi fejlődés felmérésére használt eszközök és az ezekre alkalmazott módszerek ismeretében érzi felkészültnek magát. Szakmai irányelvekből, módszertani levelekből, folyóiratokból/szakkönyvekből, konferenciákból tájékozódnak. Információcsere többnyire telefonon, egyeztetett időben történő orvos-védőnő megbeszéléseken és levélváltással történik.

**Megbeszélés:** Szükség lenne team megbeszélésekre és csecsemőhalálózási értekezletekre is.

**Kulcsszavak:** házi gyermekorvos, felkészültség, eltérő és megkésett fejlődés

### Preparedness of paediatricians for the treatment of children aged 0-7 years

#### Summary

**Aim:** The main goal of the presented study was to assess the preparedness and knowledge of paediatricians for the treatment of children aged 0-7 years.

**Method:** This cross-sectional study was conducted by the means of a self-constructed questionnaire based on several focus group interviews. Paediatricians (N=90) were enrolled from Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Vas counties and from Budapest, Hungary.

**Results:** The ninety responders reported the most knowledge regarding the measurements and methods used to assess the somatic development. They gather information from guidelines, methodological letters, journals, books and at congresses. They exchange information via telephone, mail and at doctor and district nurse meetings.

**Discussion:** Team meetings and infant mortality conferences would be needed.

**Keywords:** paediatrician, preparedness, delayed development

## Bevezetés

A gyermeki szervezet testi és pszichomotoros fejlődése fontos jelzője a gyermekek egészségi állapotának. A gyermek-alapellátást végző orvosok munkája kiterjed ennek nyomon követésére és a prevencióra is. A koragyermekkor időszaka – a későbbi életút megalapozásaként – kihívás a holisztikus, rendszer szemléletű tudomány- és szakmaközi együttműködés számára [1]. „Az első életévekben az egészségügy feladatai közé tartozik a fejlődés nyomon követése és a megkésett, vagy eltérően fejlődő gyermekek minél korábbi felismerése” [2]. A gyermek szükségleteihez megfelelően igazodó ellátás megteremtéséhez elengedhetetlenül szükséges az ellátás folyamatában résztvevő valamennyi szakember közötti kölcsönös, hatékony, képzettségüknek megfelelő együttműködés, folyamatos kapcsolattartás és kommunikáció [3]. Azon munkahelyeken, ahol team munkában dolgoznak, sokkal hatékonyabb a munkavégzés, mint ahol hiányzik az ilyen jellegű együttműködés [4]. Az alapellátásban végzett team munka költséghatékony is egyben, illetve hozzájárul a munkával való elégedettséghez és a dolgozók mentális egészségéhez [5]. A koragyermekkor megkésett fejlődés diagnosztizálása nagy körültekintést, szakértelmet igényel az alapellátásban dolgozó szakemberektől. Az ilyen problémával küzdő gyermekek családja is érzékenyebbé válik. Eisenhower és munkatársai kutatásukban arra a következtetésre jutottak, hogy a megkésett fejlődésű gyermekek édesanyja sokkal rosszabbnak értékeli testi egészségét, mint a normál fejlődési ütemű gyermek édesanyja. Különösen igaz ez akkor, ha a megkésett fejlődéshez viselkedészavar is társul [6, 7]. Ezen, családra való khatások miatt is szükséges a megkésett fejlődésű gyermekek mielőbbi felismerése, és a szakszerű segítség biztosítása. A hazai alapellátásban tevékenykedő orvosok és védőnők ennek kulcsszereplői. Az orvos-védőnő együttműködés hiánya akadályozhatja a megelőző-gyógyító ellátást [8, 9].

A TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkor (0-7 év) kiemelt projekt keretén belül került kiírásra az „Attitűd- és időmérleg vizsgálat, módszertani kidolgozás, adatgyűjtés, elemzés” TÁMOP 6.1.4/12/1-2012-0001 számú közbeszerzés. Ehhez kapcsolódóan vizsgálatunk célja volt felmérni a házi gyermekorvosok koragyermekkor megkésett fejlődés diagnosztizálásával kapcsolatos attitűdjét, ezen feladatra való motiváltságát, felkészültségét, a más szakemberekkel közös team munkával kapcsolatos elvárásait és a feladattal kapcsolatos kompetenciáit. Jelen tanulmány a szakemberek felkészültségének és tájékozottságának mértékét mutatja be a 0-7 éves korú gyermekek ellátása során. Vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy milyen mértékben felkészültek és tájékozottak a házi gyermekorvosok a 0-7 éves gyermekek ellátása kapcsán, valamint milyen fórumokon cserélnek információt egymással?

## Anyag és módszerek

Keresztmetszeti vizsgálatunkat több fókuszcsoportos interjú alapuló, saját szerkesztésű önkitöltős kérdőívvel végeztük. Az országos területi lefedettség biztosítása érdekében a regionális struktúrát vettük figyelembe, így a mintába Baranya, Borsod-Abaúj-Zemplén, Csongrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Vas megyék, valamint Budapest kerültek beválasztásra. A megyéken belül a települések típusa szerint határoztuk meg a kategóriákat, így a megyeszékhely, város, község került definiálásra. A szükséges mintavételi keretet a megyei/fővárosi Kormányhivatalok Népegészségügyi Szakigazgatási Szervei a kiadott működési engedélyek adatbázisából bocsátották rendelkezésünkre. A mintába kerülés esélyének biztosítása érdekében valamennyi területről 25-25 házi gyermekorvos (összesen 150) került a mintába településtípusonként arányos, véletlen mintavételi eljárással. A kérdőívek kérésbiztosok útján kerültek kiosztásra, akik a kitöltést követően választóborítékban, postai úton juttatták azokat vissza.

Az adatfeldolgozást PASW Statistics 18.0 (SPSS for Windows) szoftver segítségével végeztük. A házi orvosok vizsgálata során területi és életkor szerinti csoportosítást végeztünk. A csoportokon belül a részarányokat Pearson-féle  $\chi^2$ -próbával hasonlítottuk össze. Abban az esetben, ha az alacsony eset-szám miatt ezt nem lehetett alkalmazni, a próba nem paraméteres (Fisher-féle egzakt próba) párjának alkalmazására került sor. Az összefüggés elemzések elkészítéséhez többváltozós logisztikus és lineáris regressziós elemzést használtunk. A többváltozós logisztikus regresszió elemzés során kapott eredményeket esélyhányadosokkal jellemeztük (EH). 95%-os szignifikancia szinttel dolgoztunk ( $p < 0,05$ ).

### Eredmények

A visszaérkezett és értékelhető kérdőívek száma 90 (a válaszadási arány 60%). A legmagasabb válaszadási hajlandóságot Vas és Csongrád megyében regisztráltuk (72%-72%), míg a legkevesebb kérdőív Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéből érkezett vissza (40%). A minta és a válaszadók aránya között nincs jelentős eltérés ( $p = 0,775$ ), így a felmérést reprezentatívnak lehet tekinteni. A válaszadók átlagéletkora 57,06 év, és átlagosan 22,3 éves szakmai gyakorlattal rendelkeznek. A körzet elhelyezkedését tekintve 18% (16 fő) fővárosban, 41,6% (37 fő) megyeszékhelyen, megyei jogú városban, 30,3% (27 fő) városban, és 10,1% (9 fő) községben látja el házi gyermekorvosi teendőit. Átlagosan 764,43 beteget látnak el saját körzetükben, ebből átlagosan 307,86 fő 0-7 éves korú gyermeket, illetve 33,5 fő eltérő és megkésett fejlődésű gyermeket. A saját területen ellátott szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek száma átlagosan 64,68 fő orvosonként ( $N = 88$ ), és munkájuk során átlagosan 7 védőnővel tartanak kapcsolatot. 55,8%-uk (48 fő) látott el helyettesítést a kérdőív kitöltésének időpontjában. A helyettesített területen átlagosan 862,2 fő gondozottat ( $N = 34$ ), 343,2 fő 0-7 éves gyermeket ( $N = 32$ ), 41 fő eltérő és megkésett fejlődésű

désű gyermeket ( $N = 18$ ), továbbá 130 fő szociálisan hátrányos helyzetű gondozottat ( $N = 17$ ) látnak el.

### *A szakemberek felkészültségének mértéke a 0-7 éves gyermekek ellátása, gondozása kapcsán*

A házi orvosok felkészültségének mértékét különböző területeken egy 15 kérdésből álló kérdéssorozattal mértük, az egyes kérdéseket 1-10-ig terjedő skálán lehetett pontozni (1 = egyáltalán nem felkészült; 10 = nagyon felkészült). Leginkább a gyermeki személyiség fejlődési fázisainak (átlag 8 pont), az eltérő vagy megkésett fejlődés gyanújeleinek (átlag 8,13 pont), a testi fejlődés követésére használt szempontrendszer (átlag 8,65 pont), a testi fejlődés felmérésére használt eszközök (átlag 8,92 pont), és a testi fejlődés felmérésére használt módszerek ismeretében (átlag 8,62 pont) érzik felkészültnek magukat a házi gyermekorvosok. (1. táblázat)

Minél több elláttal rendelkeztek a saját területükön, annál kevésbé érezték magukat felkészültnek a gyermeki személyiség átlagos fejlődési fázisainak és az egyes életkori szakaszok átlagos fejlődési jellemzőinek ismeretében ( $b = -0,22$ ;  $p = 0,041$ ), és annál kevésbé ( $b = -0,24$ ;  $p = 0,022$ ) érezték felkészültnek magukat a gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismerete terén. Minél több volt a 0-7 éves korú ellátottak száma a helyettesített területen, annál inkább felkészültnek érezték magukat a házi gyermekorvosok a gyermek testi fejlődésének felmérésére használt módszerek ( $b = 0,23$ ;  $p = 0,032$ ) és eszközök ( $b = 0,28$ ;  $p = 0,009$ ) ismeretében, valamint a testi fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismeretében ( $b = 0,25$ ;  $p = 0,023$ ).

Ha a házi gyermekorvosok helyettesítési területén sok volt a szociálisan hátrányos helyzetű gyermek, akkor felkészültebbnek érezték magukat a gyermekek pszichés fejlődésének felmérésére használt eszközök ( $b = 0,28$ ;  $p = 0,010$ ) és módszerek ( $b = 0,28$ ;  $p = 0,009$ ), az életkornak megfelelő pszichés

Felkészültség területei	Átlag	SD
A gyermeki személyiség átlagos fejlődési fázisainak, az egyes életkori szakaszok átlagos fejlődési jellemzőinek ismerete (N=88)	8,00	1,619
Az eltérő vagy megkésett fejlődési ütem gyanújeleinek, korai tüneteinek ismerete (N=89)	8,13	1,391
A gyermekek testi fejlődésének követésére használt szempontrendszer ismerete (N=89)	8,65	1,652
A gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismerete (N=87)	8,92	1,504
A gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt módszerek ismerete (N=87)	8,62	1,480
Az életkornak megfelelő testi fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismerete (N=83)	7,36	1,929
A gyermekek pszichés fejlődésének követésére használt szempontrendszer ismerete (N=87)	6,85	1,926
A gyermekek pszichés fejlődésének felmérésére használt eszközök ismerete (N=86)	6,07	2,124
A gyermekek pszichés fejlődésének felmérésére használt módszerek ismerete (N=87)	6,16	2,068
Az életkornak megfelelő pszichés fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismerete (N=87)	5,85	2,234
A gyermekek szociális fejlődésének követésére használt szempontrendszer ismerete (N=87)	6,14	2,097
A gyermekek szociális fejlődésének felmérésére használt eszközök ismerete (N=87)	5,86	2,036
A gyermekek szociális fejlődésének felmérésére használt módszerek ismerete (N=87)	5,78	2,104
Az életkornak megfelelő szociális fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismerete	5,64	2,259
Az egyes fejlesztési területek közötti integráció lehetőségeinek ismerete (N=87)	5,41	2,181

1. táblázat

Házi gyermekorvosok célzott felkészültségének mértéke

fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ( $b=0,28$ ;  $p=0,009$ ), a gyermekek szociális fejlődésének követésére használt szempontrendszer ( $b=0,28$ ;  $p=0,007$ ) és eszközök ( $b=0,29$ ;  $p=0,006$ ) ismerete terén. Annál inkább felkészültnek érezték magukat a gyermekek szociális fejlődésének felmérésére használt módszerek terén, minél nagyobb számban gondoztak helyettesítési területükön szociálisan hátrányos gyermeket ( $b=0,29$ ;  $p=0,006$ ). A házi gyermekorvosok

körében az életkornak megfelelő szociális fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek terén felkészületlenebbnek érezték magukat az 50 év feletti orvosok ( $b=-0,61$ ;  $p<0,001$ ). A helyettesítési területen lévő szociálisan hátrányos helyzetű gyermekek magasabb száma pozitív kapcsolatot mutatott az életkornak megfelelő szociális fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek ismeretében való jártassággal ( $b=0,26$ ;  $p=0,010$ ).

### A szakemberek tájékozódása a szükséges információkról

Vizsgáltuk azt is, hogy a házi gyermekorvosok honnan tájékozódnak a munkájukhoz szükséges információkról. Az eredményeket a 2. táblázat szemlélteti.

Leginkább szakmai irányelvekből, módszertani levelekből, folyóiratokból/szakkönyvekből, konferenciákon tájékozódnak a megkérdezett szakemberek (2. táblázat).

Szakmai irányelvekből a 35-49 éves háziorvosok 29,41%-a, az 50 év feletti 44,93%-a tájékozódik. A módszertani leveleket az 50 év feletti korosztály 54,93%-a használja tájékozódásra, a szakmai folyóiratokat ezen korosztály 41,43%-a. Az 50 év feletti esetében 40% tájékozódik kizárólag konferenciákon, és 26,15% szakmai értekezleten. Orvosi portálokon a 35 év alattiak tájékozódnak leginkább (50%). A 35-49 éves korcsoport 12,5%-a, az 50 év feletti 8,7%-a tájékozódik kizárólag az orvosi portálokon. Arra a kérdésre, hogy „Milyen jellegű szakmai fórumokon venne részt a 0-7 éves gyermekek átlagos fejlődése, illetve eltérő és megkésett fejlődése területén?” a fővárosban vagy megyeszékhelyen praktizáló házi gyermekorvosok 72,22%-a válaszolta a konferenciát. A városban dolgozó házi gyermekorvosok 75%-a válaszolt hasonlóan, a köz-

ségben praktizáló házi gyermekorvosok 83,33%-a vallotta ugyanezt. Minél több eltérő és megkésett fejlődésű gyermek volt a választ adó szakemberek ellátási területén, annál kisebb eséllyel ( $EH=0,99$ ;  $p=0,035$ ) tájékozódtak a munkájukhoz szükséges információkról módszertani levelekből. Azok a válaszadó szakemberek, akiknek ellátási területe községben volt, szignifikánsan nagyobb eséllyel ( $EH=2,28$ ;  $p=0,001$ ) tájékozódtak teljes mértékben az internetről, mint azok a szakemberek akik a fővárosban, vagy megyei jogú városban dolgoztak. A szükséges információkat szignifikánsan nagyobb eséllyel szerezték be a szakemberek továbbképzéseken, ha az ellátási területük Baranya megyében ( $EH=2,14$ ;  $p=0,043$ ), Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében ( $EH=3,65$ ;  $p<0,001$ ) vagy Vas megyében ( $EH=2,78$ ;  $p=0,009$ ) volt, mint azok a szakemberek, akiknek ellátási területe Budapesten helyezkedett el. A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében ellátási területtel rendelkező szakemberek szignifikánsan nagyobb eséllyel ( $EH=3,09$ ;  $p=0,005$ ) tájékozódtak konferenciákról, mint a Budapesten dolgozók. Informális beszélgetésekről kisebb eséllyel ( $EH=0,33$ ;  $p=0,007$ ) szerzik a szakemberek a szükséges információkat ha 2 vagy 3 védőnővel tartanak kapcsolatot azokhoz ké-

Felhasznált információforrás	Tájékozódás mértéke			
	Egyáltalán nem	Kismértékben	Nagymértékben	Teljes mértékben
Szakmai irányelvek	0%	10,2% (9 fő)	48,8% (43 fő)	40,9% (36 fő)
Módszertani levelek	0%	4,4% (4 fő)	46,7% (42 fő)	48,9% (44 fő)
Folyóirat, szakkönyv	0%	3,4% (3 fő)	58,4% (52 fő)	38,2% (34 fő)
Internet	2,2% (2 fő)	30,3% (27 fő)	42,7% (38 fő)	24,7% (22 fő)
Továbbképzés	0%	9,2% (8 fő)	54% (47 fő)	36,8% (32 fő)
Konferencia	2,4% (2 fő)	23,8% (20 fő)	38,1% (32 fő)	35,7% (30 fő)
Szakmai értekezlet	15,5% (13 fő)	29,8% (25 fő)	33,3% (28 fő)	21,4% (18 fő)
Informális beszélgetés szakemberekkel	13,1% (11 fő)	28,6% (24 fő)	47,6% (40 fő)	10,7% (9 fő)
Kör e-mail	43,2% (35 fő)	33,3% (27 fő)	18,5% (15 fő)	4,9% (4 fő)
Orvosi portál	11,5% (10 fő)	33,3% (29 fő)	44,8% (39 fő)	10,3% (9 fő)

2. táblázat  
Információforrások a vizsgált személyek körében (N=90)

pest, akik maximum egy szakemberrel állnak munkakapcsolatban. Ha a szakemberek ellátási területei Baranya megyében ( $EH=6,91$ ;  $p=0,003$ ), Borsod-Abaúj-Zemplén megyében ( $EH=4,52$ ;  $p=0,013$ ), Csongrád megyében ( $EH=8,64$ ;  $p<0,001$ ) vagy Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében ( $EH=5,43$ ;  $p=0,006$ ) voltak, akkor szignifikánsan nagyobb eséllyel mondták azt, hogy a munkájukhoz szükséges információkat e-mailekből szerzik be, mint azok a szakemberek, kiknek ellátási területe Budapesten volt.

*A szakemberek információcseréje, tapasztalatcseréje a különböző fórumokon*  
Vizsgálatunkban felmértük azt is, hogy a szakembereknek milyen lehetőségei vannak a tapasztalatcserére, és mi az, amire nincs lehetőségük, de igényelnék. A válaszokat a 3. táblázat szemlélteti.

A szakemberek közötti információcsere leginkább telefonon keresztül (92,5%), egyeztetett időben történő orvos-védőnő megbeszéléseken (88%) és levélváltással történik (84,6%). Leginkább a team megbeszéléseket igényelnék a válaszadók (60,3%). (3. táblázat)

Azok a szakemberek, kiknek ellátási területe Baranya megyében ( $EH=2,16$ ;  $p=0,039$ ) vagy Borsod-Abaúj-Zemplén megyében ( $EH=2,26$ ;  $p=0,012$ ) volt, szignifikánsan nagyobb eséllyel mondták azt, hogy igényük lenne team megbeszélésre, mint azok a szak-

emberek, akiknek ellátási területe Budapest. A budapestiekhez képest azok a szakemberek, akiknek ellátási területük Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében volt, szignifikánsan kisebb eséllyel ( $EH=0,03$ ;  $p<0,001$ ) mondták azt, hogy igényük lenne csecsemőhalálozási értekezletre. A 35-49 éves válaszadó szakemberek szignifikánsan kisebb arányban ( $EH=0,33$ ;  $p=0,040$ ) nyilatkoztak úgy, hogy igényük lenne csecsemőhalálozási értekezletre, mint a 35 évnél fiatalabbak. A telefonos megbeszélésről azok a szakemberek, akik több pácienssel, gondozottal rendelkeztek, szignifikánsan nagyobb eséllyel ( $EH=1,001$ ;  $p=0,021$ ) mondták azt, hogy igényük lenne rá, mint azok akik kevesebb gondozottal rendelkeztek. Minél nagyobb szakmai gyakorlattal rendelkezett egy szakember, annál kisebb eséllyel ( $EH=0,99$ ;  $p=0,020$ ) mondta azt, hogy igénye van telefonos megbeszélésre. A levélváltásra vonatkozóan az 50 évnél idősebbek ötször nagyobb arányban ( $EH=5,19$ ;  $p=0,026$ ) felelték azt, hogy igényük lenne rá, mint a 35 évnél fiatalabbak. Minél nagyobb szakmai gyakorlattal rendelkezett egy szakember, annál kisebb eséllyel ( $EH=0,99$ ;  $p=0,001$ ) tartott igényt a levélváltásra, mint kommunikációs formára. Minél több gondozottal vagy ellátottal rendelkezett egy szakember az ellátási területén, annál kisebb eséllyel ( $EH=0,99$ ;  $p=0,017$ ) érezte szükségesnek egymás dokumentációjának átnézését.

Információcsere eszközei	Van lehetősége	Nincs lehetősége, de igényelné
Team megbeszélések (N=63)	39,7%	60,3%
Esetmegbeszélés (N=78)	51,3%	48,7%
Csecsemőhalálozási értekezlet (N=45)	44,4%	55,6%
Egyeztetett időben történő orvos-védőnő megbeszélés (N=83)	88%	12%
Telefonos megbeszélés (N=80)	92,5%	7,5%
Levélváltás (N=52)	84,6%	15,4%
Egymás dokumentációjának áttekintése (N=58)	58,6%	41,4%

3. táblázat  
Információcsere módszerei a válaszadók körében

## Megbeszélés

A koragyermekkori szűrés rendkívül fontos a megkésett fejlődés azonosítása szempontjából, mivel az ilyen gyermekeknek mielőbbi beavatkozásra van szükségük [10, 11]. Felmérésünket a TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkori (0-7 év) kiemelt projekt keretén belül kiírt „Attitűd- és időmérleg vizsgálat, módszertani kidolgozás, adatgyűjtés, elemzés” projekt keretein belül végeztük.

Vizsgálatunkból levonható az a következtetés, hogy a magas ellátott szám hátrátható tényező a gyermekek fejlődési jellemzőinek ismeretében, viszont jótékonyan hat a gyermekek testi fejlődésének felmérésére használt eszközök ismeretére vonatkozó felkészültségre. Ha egy gyermekorvos helyettesítési területén sok szociálisan hátrányos helyzetű gyermek van, akkor számos területen felkészültebbnek érzi magát (pl.: a gyermekek pszichés fejlődésének felmérésére használt eszközök, módszerek, fejlesztő módszerek tekintetében). Az életkornak megfelelő szociális fejlettségi szint eléréséhez szükséges fejlesztő módszerek terén felkészületlenebbnek érezték magukat az idősebb, több szakmai gyakorlattal rendelkező orvosok. A fejlődés megítéléséhez szükséges szempontrendszer ismerete és használata elengedhetetlen a gyermekgyógyászati alapellátásban. Egy amerikai kutatásban arra az eredményre jutottak, hogy a gyermekorvosok csupán 23%-a használ standardizált eszközt a koragyermekkori megkésett fejlődés diagnosztizálására, 71%-uk csupán klinikai megfigyelésre hagyatkozik [12]. Gardner és munkatársai is azt találták, hogy a gyermekorvosok nem használják rutinszerűen a hitelesített mérőeszközöket a megkésett fejlődés diagnosztizálására [13].

A 35 év alatti házi gyermekorvosok gyakrabban használják az internetet tájékozódásra, az 50 év felettiak pedig szakmai folyóiratokból, könyvekből, és konferenciákon tájékozódnak inkább. Tapasztalatcserére a legtöbb szakember a telefonos megbeszélést, az egyeztetett időben történő orvos-védőnő megbe-

szélést, levélváltást alkalmazza, de szükségesnek tartanak a team megbeszéléseket és a csecsemőhalálzási értekezleteket is. Bár nem a szakemberek egymás közötti tapasztalatcseréjére irányult egy amerikai vizsgálat, hanem a betegekkel való kapcsolattartásra, de az alapellátásban dolgozó orvosok 60%-a helyettesítené a személyes vizitot olyan módszerekkel, ahol nem szükséges a betegek személyes jelenléte, ennek ellenére 41%-uk szeretné csökkenteni a telefonálással töltött időt [14]. Felmérésünkéből az is kiderült, hogy a vidéki szakemberek igényelnének inkább team megbeszéléseket, a budapestiek pedig a csecsemőhalálzási értekezletet. Mindkét megbeszélési típus nagyban hozzájárulna az információgyűjtéshez és cseréhez. Ennek azért is nagy jelentősége van, mert egy amerikai tanulmány szerint is a gyermekek zavartalan ellátása érdekében pontos adatgyűjtésre van szükség a szülőktől és a szakemberektől egyaránt, melyeket hozzáférhetővé kell tenni a gyermekek ellátását végző szakemberek számára. Ezen kívül szükséges a koordináció, tapasztalat, és az egymás közötti kommunikáció is a rendelőben [15].

## Irodalom

1. Balázs I (szerk). A koragyermekkori fejlődés természete - fejlődési lépések és kihívások. Biztos Kezdet Kötetek II. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet Gyerekesély project. Budapest, 2011. [www.biztoskezdet.hu](http://www.biztoskezdet.hu) Elérés időpontja: 2013.04.29.
2. Büki Gy, Gallai M, Paksy L. A pszichomotoros fejlődés zavarainak felismerése és ellátása az alapellátás gyakorlatában. 2. sz. Módszertani levél. Országos Gyermekegészségügyi Intézet 2004, 7.
3. Odor A. Összefoglaló az alapellátásban dolgozó házi gyermekorvos/háziorvos és a területi védőnői együttműködésére kiadott „Szakfelügyeleti Ajánlás” megvalósulásának védőnői tapasztalatairól. Kézirat. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakfelügyeleti Osztály, Budapest, 2011.
4. Kalleberg AL, Moody JW. Human resource management and organizational performance. *American Behavioral Science* 1994; 37: 948-962.
5. West MA, Poulton BC. A failure of function: teamwork in primary health care. *Journal of Interprofessional Care* 1997; 11 (2): 205-216.

6. Eisenhower AS, Baker BL, Blacher J. Children's delayed development and behavior problems: Impact on mothers' perceived physical health across early childhood. *Social Science & Medicine* 2009; 68: 89–99.
  7. Eisenhower A, Blacher J, Baker BL. Mothers' perceived physical health during early and middle childhood: Relations with child developmental delay and behavior problems. *Research in Developmental Disabilities* 2013; 34: 1059–1068.
  8. Odor A. A védőnői rendszer működésének bemutatása, a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása 2007. [http://www.oktatasi.kerekasztal.hu/hattertanulmanyok/01/odor\\_andrea\\_vedonoi\\_rendszer.pdf](http://www.oktatasi.kerekasztal.hu/hattertanulmanyok/01/odor_andrea_vedonoi_rendszer.pdf) 2007.november Elérés időpontja: 2013.04.30.
  9. Kereki J. A koragyermekkorai intervenció rendszer működésének legfontosabb problématerületei. *Gyógypedagógiai Szemle* 2013; 1: 23–38.
  10. Bear LM. Early identification of infants at risk for developmental disabilities. *Pediatric Clinics of North America* 2004; 51: 685–701.
  11. Earls MF, Shackelford Hay S. Setting the stage for success: Implementation of developmental and behavioral screening and surveillance in primary care practice – The North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project. *Pediatrics* 2006; 118 (1): 183–188.
  12. American Academy of Pediatrics, Division of Health Policy Research. Periodic Survey #53 Identification of Children <36 Months at Risk for Developmental Problems and Referral to Early Identification Programs. [https://www.aap.org/en-us/professional-resources/Research/Pages/PS53\\_Executive\\_Summary\\_IdentificationofChildren36MonthsatRiskforDevelopmentalProblemsandReferraltoEarly.aspx](https://www.aap.org/en-us/professional-resources/Research/Pages/PS53_Executive_Summary_IdentificationofChildren36MonthsatRiskforDevelopmentalProblemsandReferraltoEarly.aspx) Elérés időpontja: 2015.11.01.
  13. Gardner W, Kelleher KJ, Pajer KA, Campo JV. Primary care clinicians' use of standardized tools to assess child psychosocial problems. *Ambulatory Pediatrics* 2003; 3: 191–195.
  14. Schor EL, Shea K. The Commonwealth Fund's International Health Policy Survey of Primary Care Doctors. New York: The Commonwealth Fund 2006. In: Schor EL. *The Future Pediatrician: Promoting children's health and development*. *The Journal of Pediatrics* 2007; (8): 11–16.
  15. Schor EL. *The Future Pediatrician: Promoting children's health and development*. *The Journal of Pediatrics* 2007; (8): 11–16.
-