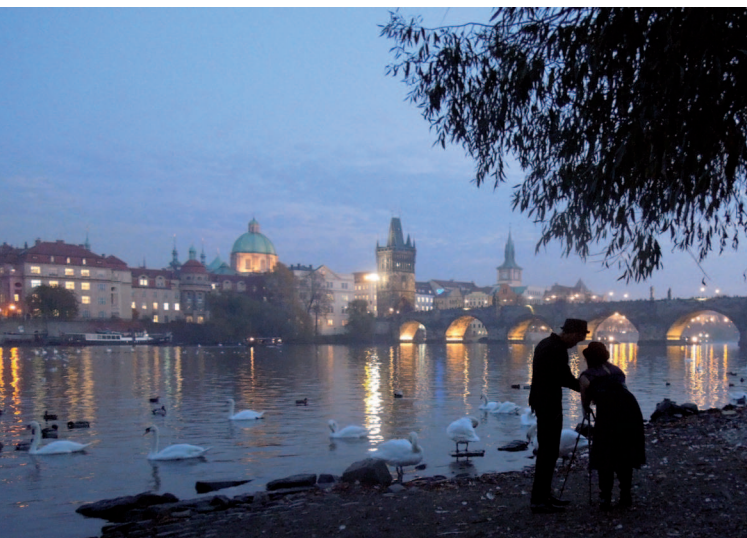


Hogy állnak a csehek?



A novemberi prágai ECPCP-értekezlet során arra is volt alkalmunk, hogy betekintsünk a cseh kollégák mindennapjaiba. Náluk – Európában egyedülállóan – kétféle gyermekgyógyászati szakvizsga van: az egyik „kórházi”, a másik házi gyermekorvosi. Bár nem nagyon életszerű, hogy egyetlen után közvetlenül képes valaki annak eldöntésére, hogy a területi vagy kórházi/klinikai gyermekorvosi munkát privilegizálja, az elhatározást meg kell hozni, mert kezdettől eltér egymástól a két képzési rend. Gyermek-gasztroenterológus, gyermekpulmonológus stb. csak kórházi utat választó orvos lehet, csak előtte áll nyitva az út a szubspecializáció felé. (A házi gyermekorvosi képzési szisztéma praktikusán a „felöltött” háziorvosit követi, ott is eltér a háziorvosi és a belgyógyászati curriculum.) Az út gyakorlatilag egyirányú, kórházból az alapellátásba még van, alapellátásból a kórházba azonban már nincs visszaút.

Aki körzet mellett dönt, az mindenekelőtt választ a listából egy oktató házi gyermekorvost, aki majd eldönti, hogy a rezidense mikor, melyik osztályon szerezzék meg a szakvizsgájához szükséges kórházi gyakorlatot. A kórházi képzés költségeit, a szakorvosjelölt fizetését – és persze a maga honoráriumát – az oktató abból a pályázati pénzből gazdálkodik ki, amit a rezidens képzésére nyert.

Ez a képzési rend nem eurokonform, és most úgy néz ki, hogy a házi gyermekorvosok szövetségének tiltakozása ellenére meg is változtatják: az általános európai gyakorlatnak megfelelően náluk is közös lesz a törzsképzés (common trunk).

Csehország tízmillió lakosának kb. 20 százaléka 18 éven aluli, alapellátásukat egységesen gyermekorvosok végzik. Mintegy 2000 házi gyermekorvos dolgozik jelenleg az országban, de vidéken mindinkább érezhető az utánpótlás hiánya. Egy praxisba átlagosan 1000 gyermek tartozik. Napi 8–9 óra a munkaidő, aminek túlnyomó hányadát a rendelőben töltik, reggeltől késő délutánig. Iskolaorvosi munkakör vagy kötelezettség nincs, oktatási intézménybe orvos vagy védőnő csak akkor teszi be a lábát, ha ott valami közegészségügyi gond (pl. hepatitis) adódik.

Meglepő volt számunkra, hogy az a rendelő, amit Prága egyik szociálisan jól elerestett külvárosi részében meglátogattunk, egy befektető, tőle bérlő kollégáné. A rendelő majdnem olyan, mint egy Doktor House-helyszín. A betegek Prága minden részéből, sőt azon túlról jönnek, a páciensek között sok a külföldi gyerek, ami nem csoda, hiszen a doktornő kiválóan beszél angolul. Nagy gyakorlattal

rendelkező gastroenterológusként gastroenterológiai rendelést is végez, erre külön szerződése van a biztosítóval. Mindent tudó ultrahang-készülékét ő vette, két asszisztenssel dolgozik.

A vizsgálati mintákat ő vagy az asszisztens veszi le, hívásra azonnal – naponta akár többször is – jön egy autó, ami a vérmintát, torokváladékot elviszi a laboratóriumba. A doktornő is panaszkodik arról, hogy „kopik” a hajdanán volt, nagyon élő kórházi kapcsolatrendszere, már alig teszi be a lábát oda, ahol korábban dolgozott és ahol őt mindenki ismerte, becsülte.

Pézt cseh állampolgártól nem kérhetnek és nem is fogadhatnak el, sem a rendelőben, sem a beteg lakásán, a házhoz hívás amúgy is nagyon ritka. Egy „1000-es” cseh kolléga nettója kb. kétszerese egy hazai „ezres”-nek.

Ami az ECPCP-rendezvényt illeti, komoly vita bontakozott ki arról, hogy nem kellene-e mégis szorosabbra fűznünk kapcsolatainkat az EPA-val, (European Paediatric Association), az európai gyermekorvostársasággal. A kérdésnek az ad aktualitást, hogy az EAP-tól (Európai Gyermekgyógyászati Akadémiától), eddigi stratégiai partnerünkől, nem kapjuk meg az alapellátást megillető szakmai támogatást.

A Curriculum Munkacsoport munkája ebben az évben új fázisba lépett. Az Európai Alapellátó Gyermekorvosok Curricula első verziójának elkészülte után az anyag második lépcsőben egy szélesebb értelmezésű kontextusba helyeződik. A curriculum tartalmában nemcsak a már elkészült (angol és spanyol után magyar nyelvre is lefordított, a HGYE honlapján elérhető) ún. „szilabuszt” jelenti, hanem egy erre az alapra épülő kompetenciaalapú képzési és minőségellenőrző rendszert. Ennek a rendszernek az alapvető struktúrája az elméleti ismeret – gyakorlati készség – megbízható szakmai aktivitás hármasság. A kompetens házi gyermekorvos fogalmának meghatározása, tartalmi körülírása a tankönyvekből elsajátítható *elméleti ismeretek*, az elkészült szilabuszban felsorolt *gyakorlati készségek*, valamint a munkacsoport által jelenleg kidolgozás alatt álló, ún. *megbízható szakmai aktivitások* (entrustable professional activities) segítségével történik. A munkában a magyar házi gyermekorvosok is részt vesznek.

Téma volt a különböző országok menekültellátása is. Az olaszok, németek, osztrákok és szlovének egyaránt panaszkodtak az ellátórendszer túlterheltségéről, de az ellátók mindegyik országban komoly kormányzati támogatást kapnak. Érdekes volt egy délnyugat-németországi kolléga beszámolója: az ő húszezres városuk volt amerikai laktanyájában 3000 menekültet szállásoltak el, a táborban a város minden orvosa vállal szolgálatot. A pedagógusok és óvónők bejárnak oktatni, gondozni, a menekültek pedig mind nagyobb számban jutnak kinti munkához. A kolléga megjegyezte: hibázott az elmúlt fél évszázadban annyit Európa közel-keleti politikája, hogy kötelességünk most segíteni nekik. Különben is – tette hozzá -, szükségünk lesz a menekültek 20 év múlva már asszimilálódott gyermekeinek képzett munkaerejére ahhoz, hogy biztosítva legyen majd a nyugdíjunk. Abban minden ország képviselője egyetértett, hogy a WHO állásfoglalásának megfelelően, a menekült gyermekeknek jár ugyanaz az egészségügyi ellátás, ami a befogadó ország gyerekeinek is jár. A menekült gyermekek körében most a felzárkóztató (catch-up) vakcinációnak és a tbc-szűrésnek van prioritása.