

# Miért nem vonzó a pálya?

**„Nem az a kérdés, hogy gyermekorvos vagy háziorvos végezze-e a gyermekek alapellátását, hanem az, hogy miért magas a házi gyermekorvosok körében a pályaelhagyók száma.” – ez volt a Stratégiai Szövetség a Gyermekgyógyászatért nevű európai szervezet júniusi, prágai értekezletének egyik fő témája.**

Magyarországon sincs utánpótlás, itt sem tülekednek a praxisért a harmincasok, negyvenesek, de nálunk nem elhagyják a pályát, hanem be sem teszik oda a lábukat. A végeredmény szempontjából egyébként mindegy, hogy elmennek vagy nem jönnek, a lényeg, hogy nincs az öregedő házigyermekorvos-gárdának utánpótlása. Nem vonzó a házi gyermekorvosi egzisztencia. Többnyire általános, európai gondok miatt, amit azonban meghatározóan tetéz egy „hungaricum”: a bevétel messze nem elég arra, hogy abból a praxisvételre felvett szülői vagy baráti kölcsön részleteire is teljen.

## MIBŐL?

Ma a legkisebb praxis is drága egy eddig kórházban, szakrendelőben dolgozó gyermekorvosnak. Akinek pedig se rokona, se boldog ismerőse nincs, akitől egy néhány milliós kölcsönt felvehetne, annak, mint-hogy előtakarékoskodásra az előéletében esélye sem volt, a praxisvásárlás fel sem merülhet. Ahhoz, hogy egy újonnan vett praxis úgy-ahogy termőre forduljon, hosszú évek kitaró munkájára van szükség. És addig? Addig mi legyen? Addig miből fizesse valaki a gyerekevelés meg a lakás-hitel mellett még a praxisvétel részleteit is?

Nincs most lehetőség arra a külön történetre, hogy hogyan lett számunkra a praxis vagyoneértékű, és hogyan nullázódott le tömegében ez az érték, meg hogy miért kényszerülünk mi, kvázi vállalkozó alapellátók – bankbetét és nyugdíj hiányában – praxisaink bármi áron történő értékesítésére. Az is megérne egy misét, hogy egy gyermekekkel foglalkozó orvos – legyen az kórházi vagy házi, sebész vagy fülész, kardiológus vagy gasztroenterológus, pulmonológus vagy endokrinológus – jövedelme mindig alacsonyabb, mint a felnőttekkel foglalkozó társaiaké. Hol van egy házi gyermekorvos hálapénze, hol van nekünk üzem-egészségügyi rendelés, hol van nekünk idősothtoni mellékállás? Nekünk legfeljebb az iskola van, finoman fogalmaz-

va is elgondolkodtató feladatokkal és annak megfelelő alig fizetéssel.

## „MINEK IDE GYERMEKORVOS?”

Lehetne ugyan ingyen is praxishoz jutni, ha egy addig ellátatlan terület önkormányzatának eszébe jutna egy praxis létesítése. De egy szegény falunak hogy jutna ez eszébe, amikor a háziorvost is alig bírja eltartani, nemhogy gyermekorvosi rendelőt építsen! Ha meg egy valamivel gazdagabb település ilyen-olyan okból mégis rászánja magát egy új gyermekorvosi praxis meghirdetésére, az oda készülő gyermekorvosnak már a híre is ellenállást generál.

Mert a fejkvóta alapú finanszírozás mellett minden alapellátó abban érdekelt, hogy minél több beteget legyen. A gyerekekért járó magasabb pontszám a háziorvos számára is vonzóvá teszi a gyerekvállalást. Vállalta, vállalja is bátran, csecsemőtől serdülőig, hisz, hogy egy intézetvezetőt idézzünk: egy gyereknek a torokgyulladás és a hasmenésen kívül nem nagyon van más baja, ha meg mégis, hát ott a kórház! Még mindig elterjedt ez a vélekedés a gyermek-alapellátásról, ami pedig a megelőzést illeti, hát a védőoltásokat is be tudják „nyomni”. És akkor tényleg: „minek ide a gyerekorvos?”

Következésképpen, ha egy addig gyermekorvosilag ellátatlan faluba bemenészkedik egy fiatal gyermekorvos, szinte azonnal az addig ott egyeduralkodó háziorvossal találja magát szemben. Meg annak a szomszédfalubeli kollégáival, akik szintén óvják a praxisukba tartozó gyereket a közelben „sertepertélni” kezdő gyerekorvostól, félnek, hogy a szülő átviszi hozzá a gyerek kártyáját.

A gyermekorvos többnyire a gyengébb nemhez tartozik, ami legalább annyira fontos, mint az, hogy egy gyermekorvosnak soha nem lesz olyan kapcsolatrendszere és képviselőtestületi támogatottsága a faluban, mint a háziorvosnak, aki kezeli a polgármestert, a jegyzőt, a feleségüket meg az édesanyjukat. És eddig a gyerekeket is. Származott ebből kára valakinek? Nem. Felnőttek a gyerekek? Fel, ahogy felnőtt a nagyanyjuk meg a nagyapjuk is, akiket szintén ő, vagy az elődje kezelte. Ha ezek után most valami felvilágosult szülő mégis az új, a „gyüttment” gyermekorvost választaná, hát gyorsan eljut hozzá az alig burkolt fenyegetés, hogy megnézheti magát, ha majd maga is a „Doktor Úr”-ra szorul. Ki meri így bevállalni a gyerekorvost,

és ki az a gyermekorvos, aki képes ilyen körülmények között kitarítani? Széll szemben már csak azért is nehéz, mert „felnőtt” kapcsolat nélkül a hétvége, a helyettesítés, a szabadság is megoldhatatlan, meg aztán a „vegyes” ügyelet egy barátságtalan környezetben még nehezebb.

## VEGYESÜGYELET

Újabb kérdés, hogy mire tartják abban az országban az egészséget, ahol egy központi gyermek- vagy egy elkülönült „felnőtt”-ügyelet megszervezése helyileg is, központilag is megoldhatatlan feladatot jelent, ahol egy „vegyes” ügyeletben a „felnőttorvosnak” gyermeket, a gyermekorvosnak felnőttet is el kell látnia. Képzettség és szinte minimális gyakorlat nélkül infarktus, diabéteszes kóma, agyvérzés az egyik oldalon, míg a másikon a felső és alsó légúti megbetegedések elkülönítő diagnózisa, a csecsemők nagy gyakorlatot igénylő állapotdiagnózisa, a ritkább kórképek felismerése okoz napi gondot. És hagyjuk most azt is, hogy ott, ahol van központi gyermekügyelet, ott a 14–18 évesek ügyeleti ellátásáért járó fejkvótát miért a felnőttügyelet kapja a gyermekügyelet helyett? A helyzet rendezése annyira kézenfekvő, hogy az OEP képességeit húsz éve meghaladja a feladat!

## NINCS VISSZAÚT

Ha mindezek után valaki mégis egy kórháztól távoli területre „számúzná” magát – és családját – néhány év után biztosan felmerül a következő probléma: ha egyszer önként vállalta, miért kell életfogytig tartani annak, amiből esetleg néhány év is elég? Régen Algériát, Nigériát vállalt be az, aki „igazi” orvos akart lenni, aki több pénzt akart keresni, onnan azonban vissza lehetett jönni. Volt ott is szubkultúra, szegénység, megélhetési, meg nem megélhetési bűnözés, de volt visszaút is! Miért tárja itt szét mindenki mindenét, amikor azt mond, hogy ha ma valaki Szabolcsban, Zalaiban vagy a szerencsi kistérségben (járásban) vállal időleges munkát, kapja meg ott a pesti, debreceni vagy szegedi bér többszörösét, hogy legyen később lehetősége a visszaútra, továbbállásra, vagy akár pályamódosításra! Valóban örökös száműzésre kell-e kényszerülnie annak a kollégának, aki kész volt a kihívásra, de növekvő gyermekei számára egy idő után már nem talál megfelelő iskolát, vagy a társa számára fogott el a munka?

## FEJ NÉLKÜL

Ha egy gyermekorvos a körzeti munkával kacérkodik és elég okos, akkor mások kárán, ha meg nem elég okos, a saját bőrén szerzett tapasztalatból jön rá rövid úton az alaptételre, arra, hogy a gyermekek alapellátása olyan terület, ami vezetés, irányítás nélkül vegetál.

Felismeri, hogy nincs ott koncepció, ahol a prioritásnak mondott alapellátás egyik legfontosabb szegmensét, a 18 éven aluliakat, többféle képesítéssel is el lehet látni. Hiába bizonyítja hazai és nemzetközi felmérések sora, hogy a gyermekek a megelőzés, a gyógyítás és a gondozás terén is messze jobb helyen vannak a gyermekorvosnál, a vezetésnek úgy tűnik, mindegy, hogy gyermekorvos, vagy családinak is nevezett, a gyerekekhez azonban nem igazán értő házi orvos látja el őket. Többnyire a hátrányos körülmények között élő, betegségeknek fokozottan kitett gyerekek vannak a gyermekgyógyászat terén alacsonyabban képzett, jóval kisebb gyermekellátási gyakorlattal és készséggel rendelkező házi orvosra bízva. Minél szegényebb egy térség, annál nagyobb arányban.

Hiába bizonyított, mennyivel jobb gyerekeknek, szülőnek, sőt a majdani felnőttnek is a gyermekorvos, hogy mennyi megtakarítást hoz ez az egészségügyi költségvetés számára, a szakmai érveket nem veszik figyelembe a döntéshozók. A házi orvosok nem ismerik az ilyen témájú tanulmányokat, szakmai és érdekképviselői szerveik, tudományos szervezeteik pedig agyonhallgatják azokat. Még a gyermekgyógyászat helyi vagy központi vezetői, akiknek hangja elérhetne az egészségpolitika irányítóhoz, még ők is inkább saját klinikájukkal, osztályukkal, vagy egymással vannak elfoglalva, és nem látják át, hogy ha a gyermek-alapellátásért nem állnak ki úgy, ahogy kellene, akkor a gyermekgyógyászat egésze sem működhet hatékonyan. Százszor elmondtuk már, hogy nem marad következmény nélkül, hogy míg a házi orvoslásnak minisztériumi képviselője, saját tudományos társasága, országos intézete, önálló kollégiumi tagozata, egyetemi tanszékei és szakmai lapjai vannak, ezeknek a pandantjai a gyermek-alapellátásban hiányoznak! Érzékelhető, hogy az országos hivatalok, kormányzati szervek vezetői sose voltak, és ma sincsenek tisztában azzal, hogy ahogy cipőt a cipőboltban, úgy gyereket is gyermekorvosi rendelőben! Hiába tiltakozunk, szervezünk, írunk és nyilatkozunk, hiába van használható koncepciónk, javaslataink rendre a semmibe vésznek. Mire egy regnáló miniszter a gondolatainkat magáévé teszi, leváltják, ha meg véletlenül nem váltanak le, akkor igyekezete az elején a gaz-

dasági tárcán, a végén meg a falu jegyzőjének ellenállásán bukna el.

Ha ugyanis egy járásban/kistérségben belátnák, hogy nem kell minden faluba külön gyermekorvos, hogy akár 5-6 községre is elég lenne egy vagy kettő, hogy nem az orvost kell kijárására kényszeríteni, hanem be kell hozni (akár egy közös autóval) a gyereket, akkor biztosan kitörne a hacacaré, hogy jó, de akkor melyik faluban legyen a központ. És a vita gyorsan eldőlné: legegyszerűbb, ha egyikben sem!

## ÁLMEGOLDÁSOK (SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLY, NAPPALI KÓRHÁZ)

Nem biztos, hogy valaki, aki területi munkavállaláson töri a fejét, végül azért nem jön ki, mert mindjárt az elején megérti ezt a hínáros helyzetet. Az olyan félmegoldás mögött rejlik buktatókat biztos nem veszi észre elsőre, mint amilyen például egy sürgősségi osztály mögött rejlik. Nem látja meg azonnal, hogy ott többnyire pontosan azt a feladatot végzik, amit az alapellátásban, egy igazán jó alapellátásban kellene, csak sokkal drágábban. És rejtve marad előtte az a házi gyermekorvosra leselkedő veszély, hogy ha ezek az osztályok azt a munkát végzik, amit nekünk kellene, akkor először feleslegessé, utána szükségtelenné válhatunk, a kórház átveszi, majd elveszi tőlünk a betegek elsődleges ellátását, a munkát, az egzisztenciát.

Egy körzet iránt érdeklődő fiatal ezt még nem látja. Honnan is tudhatná, hogy ez az út abba az irányba visz, ami ma Angliában van, ahol a gyerek a GP-hez tartozik, de csak elvileg, mert a szülő inkább kórházba viszi a gyereket, ahol mindig talál egy gyermekszakorvos-jelöltet. Angliában (vagy Hollandiában) így mind több helyen válik el egymástól a gyógyító és a preventív orvos személye, a gyógyítás és a megelőzés helyszíne.

A mostanában bedobott, a megszüntetett kisosztályok helyébe tervezett „nappali kórház” ötlete is hasonló irányba mutat, függetlenül attól, hogy a nappali kórház fából vaskarika. Ami ugyanis nappal kórházba való, az éjjel is oda való, továbbá amit ott nappal el lehet látni, azt egy jól működő, igazi gyermekorvosi központban is el kell tudni látni. Alacsonyabb költségen!

## A KIHÍVÁS HIÁNYZIK?

Amikor a „miért nem jönnek?” kérdést fessegetjük, a humán erőforrás-tervezés nehézségei (hogyan épüljön fel a hatékony gyermek-alapellátás, hány házi gyermekorvosra, hány szubspecialistára, mikor, hol, mennyi új szakemberre van szüksége a közel kétmillió gyermeknek stb.) után, oda-tolakodik egy további kérdés: vonzó-e a

kórházi gyermekorvos szemében a területi munka?

Rövidebb a munkahelyi elfoglaltság, szabadabb a munkabeosztás, több idő juthat a családra, nagyobb a döntési szabadság és a felelősség, de azt is látják, hogy a banális körképek, az indokolatlan orvos-beteg találkozások száma nagyon magas. Hogy sok a „semmi” munka, az elavult jogszabályok miatti álmunka, és számukra tűnhet úgy, hogy kevés a „nagy” eset. Nem feltétlenül látja egy „külsős”, aki sem az egyetemi éveit során, sem a szakképzés alatt nem szerethetett valós képet a primer ellátásról, hogy mennyi és mekkora kihívást jelentő „eset” van a rutinesetek kazlában. Hogy mi minden történik egy körzetben! Hogy milyen kihívást is jelent néha egy panaszmegoldása, egy diagnózis, egy beteg útjának egyengetése, vagy épp egy „eltévedt” eset kiemelése a tévutakból! Hogy szakmai sikert okoz, ha egy fontos, de költséges védőoltással sikerül magas átoltottságot elérni, és nem pusztán a „jobbak”, hanem minden rászoruló körében! Hogy sikert okoz az antibiotikum-abuzus leszorítása, a felesleges hospitalizációk elkerülése, az asztmás attackok számának csökkentése, vagy ha kezdenek csepegni az egészségnevelés eredményei!

## BAJ VAN A KÉPZÉSEL

A területi ellátásról azonban csak felületes képet szerezhethet, aki képzése során csak heteket, legfeljebb néhány hónapot töltött körzetben. Hogy is mérhetné fel a vonzások és tasztítások mélységét, széles körét három hónap alatt?

Mert ne feledjük: a gyermekorvosi szakvizsgálóhoz mindössze 3 hónapos területi munkát írnak elő, és a szakvizsgajelöltek jelentős része még ezt sem teljesíti. Már csak azért sem, mert a kórház, ami a képzését és fizetését vállalja, nem szívesen enged körzeti gyakorlatra egy fiatalot, mert ki lesz akkor ügyelni? Azt már meg sem említhetjük, hogy a közel 20 éve működő házi orvosi oktatópraxis-hálózat mellett még el sem kezdődött a házi gyermekorvosi oktatóhálózat kiépítése.

Nemcsak egy körzetbe belépni készül a szorong, de magunk is gyakran elgondolkodunk: elég ismeretet ad-e a területi problémák biztonságos kezelésére a szakorvosi vizsgálóhoz szükséges 4-5 éves képzés? Nincs-e szükség a szubspecialitásokban szerzett hosszabb, szélesebb körű gyakorlatra, szakvizsga után még néhány további klinikai-kórházi évre a kellő diagnosztikai biztonság megszerzéséhez?

Egy kórházi orvoskollektíva szélesebb „otthonmelegítő” háta után végül is nem

csoda, ha sok fiatal érzi magát bizonytalannak a magányos feladat ellátására. Lehet vonzó, hogy a körzetben nincs főorvos, nincs felettes, de lehet ugyanúgy szorongató is egy „főnök” hiánya. Különösen, ha a működésképes szakfelügyeleti rendszer is hiányzik – úgy évtizedek óta!

### **GYERMEKORVOSI KÖZPONTOKAT!**

Ezért is kell szakítani a ma atomizált ellátási hálózatával, ezért támogatjuk a közös munkára, részmunkaidőre, a szubspecialisták könnyebb elérhetőségére, szakasszisztensek alkalmazására, tágabb körű eszközhasználatra, esetmegbeszélésre, kollektív döntésre, helyettesítésre, központi ügyeletre jóval több lehetőséget adó gyermekorvosi központok létrehozását. Ahol több lehetőség adódna a képzettségnek megfelelő feladatvégzésre, ahol nem függne az orvos egzisztenciája attól, hogy elveszti betegeit, ha uram bocsá' hosszabb tanulmányi útra, továbbképzésre megy, vagy ne adj' isten betegállományba kényszerül. Ahol nem csökkenne a bevétel, ha egy orvos jobban (és többet) dolgozik. Mert nálunk a depressziósnak nevezett, a többlet-

munkát szankcionáló, az átlagos méretű praxisokat is sújtó finanszírozás így működik!

Egy központinak nevezett, horizontális és vertikális értelemben is igazi csoportpraxis (ahol több házi gyermekorvos és több részállású szubspecialista működik együtt), a mainál nyitottabb előmeneteli lehetőséget is teremthetne. Ma ugyanis egy 60 éves körzeti orvos ugyanazt végzi, mint a 30 éves pályakezdő, a fizetésük azonban nem hogy nem követi a klinikai-kórházi orvosok bértábla szerinti fizetésemelkedését, de a kijárásban megfáradt idősbödő kollégák havi jövedelme a náluk 30 évvel fiatalabb, de még „járóképes” kollégák jövedelmét sem éri el. És mert a praxispénz sose adott lehetőséget tisztességgel úgy-ahogy mondható fizetésre, a nyugdíja is alacsonyabb, mint a kórházi sorstársak – egyébként amúgy megalázóan alacsony – nyugdíja. Ezért van ma egy házi gyermekorvos szinte életfogytig tartó munkára kötelezve.

### **HA VOLNA...**

Ha lenne gyermekorvosi központ, ha volna valódi csoportpraxis, ha találnánk végre

megoldást a felsorolt, részben jól látható, részben rejtett, de nagyon is tetten érhető gondokra, talán nem rettegne egy kórházi orvos a körzeti pályamódosítástól. Talán nem félne attól, hogy innen nincs tovább, hogy innen már sehová se vezet út! Talán adódna így arra is lehetőség, hogy német, francia, angol vagy spanyol kollégáinkhoz hasonlóan mi is megpróbálkozzunk egy rövid kitérőre a londoni Great Ormond-ban, a baltimore-i Johns Hopkins-ban, esetleg a mi életrajzunkban is szerepelhetne egy harvardi kurzus. Vagy legalább pár hónap gyakorlati ismerkedés egy osztrák, német vagy holland primer ellátó kolléga munkájával. Miért nonszensz egy házi gyermekorvosnak még mindig az, ami egy szakácsnak, egy pénzügyi szakembernek, egy klinikai orvosnak évtizedek óta nem az?

Nincs könnyű válasz ezekre a kérdésekre. Vagy centrális akarat, vagy széles körű szülői (társadalmi) igény kényszerítheti csak ki a megoldást. Ha nem lesz változás, a kívülállók szemében továbbra is alulértékeltel maradunk. Ha maradunk!

KADÁR FERENC

## **Háziorvos, gyermek háziorvos, házi gyermekorvos?**

Hogy ezek a fogalmak nem szinonimák, az nemcsak a „pórnép”, a szakhatóságok, a média számára sem tiszta, de a kórházi zárójelentések tanúsága szerint még a gyermekosztályok vezetői, vagy a zárójelentéseket körmölő fiatalabb kollégák előtt sem világos. Nem evidens, hogy azokat a gyermekorvosokat, akik a területen, a primer ellátásban dolgoznak, házi gyermekorvosnak nevezik, háziorvosnak pedig azokat hívják, akik felnőttek ellátására képesítő háziorvosi szakvizsgát tettek. Ha ez tisztázódna a fejekben, akkor nem utasítaná az elbocsátó üzenetek sora arra a szülőt, hogy „keresse fel gyermekével háziorvosát”.

Egyébként a „gyermek háziorvos”, ahogy a minisztériumtól a rádión, újságokon át az önkormányzatig gyakran hívnak bennünket, (sokan még közülünk is így definiálják magukat) ugyancsak zavaros fogalom. Hisz' egy gyermek háziorvos – két szóban írva, elől a gyermek, utána a házi – igazából karon ülő, óvodás vagy kisiskolás háziorvost jelent, ami valljuk be, elég ritka madár. És ha már a terminológiát vesézzük: a rossz német meghatározás – Hausarzt – szó szerinti fordítása miatt nálunk elterjedt „házi” megjelölés is dezavualja a munkakörünket. „Házi” ugyanis lehet a nyúl, a kolbász, a köntös, a gazda, a barát vagy a por, az orvos azonban nem!

KF