

Amerikából jöttem

Beszélgetés dr. Szőke Márta, Egyesült Államokban praktizáló gyermekorvossal

1973-ban Budapesten végeztem, 78-ig a Heim Pál Kórházban dolgoztam. Akkor a férjem ösztöndíjat kapott Amerikában, mi meg a gyerekekkel természetesen mentünk vele. Három éven belül kint mindenkiből újra levizsgáztam, és bár sikerült rezidensi állást is szereznem, 1981-ben hazajöttünk, mert nem akartuk itthon maradt testvéreinket, szüleinket retorzióknak kiténni.

84-ben megint csak a férjem révén Franciaországba kerültünk, onnan mentünk két év múlva vissza az Államokba. Miután két évvel később, 1988-ban ott megkaptuk a zöldkártyát (letelepedési engedélyt), hároméves gyermekgyógyászati rezidens-program következett. 91-ben a New York állambeli Potsdamban, a kanadai-amerikai határhoz közeli, Montreal és Syracuse közé eső kicsi egyetemi városban, egy kb. 100 ágyas kis kórház mellett kibéreltem egy rendelőt, kitétem egy táblát és megnyitottam a rendelőt. Nem volt ez könnyű egy Kelet-Európából érkezett, az ottani rendszert nem igazán ismerő, szakmai kapcsolatokkal alig rendelkező nőnek, akit ráadásul a praxisuk gyermekeinek elvesztésétől tartó családorvosok helyből „persona non grata”-vá nyilvánítottak. Átmeneti súrlódás után azonban összeszoktunk, és most már 21 éve itt rendelék.

H Mit jelent az Egyesült Államokban az, hogy valaki primary care pediatrician, vagyis primer ellátást végző gyermekorvos, magyarul házi gyermekorvos?

Úgy gondolom ugyanazt, amit Magyarországon: megelőzést, gyógyítást, gondozást, és mindent, ami ebbe a fogalomkörbe tartozik, szűrés, egészséges életmódra vonatkozó tanácsadást, szülőképzést és így tovább.

H Hogy kerül egy gyermek a praxisodba?

Felkeres a szülő, mert gyermekorvost keres, hallott felőlem, jó referenciákat kapott rólam. Ha páciensként vállalom, akkor jogilag is felelős leszek az ellátásáért. Olyan orvos-beteg kapcsolatot kell ezért kialakítanom a szülővel és a gyerekekkel, hogy a megbe-

szélt időpontban eljőjön a következő vizitre, ha meg nem jön el, tennem kell azért, hogy jelentkezzen. Telefonálnom kell neki, üzenetet kell küldennem, tértivevényes levelet kell írnom, és mindezt dokumentálnom is kell. Ha egyébként úgy érzékelem, hogy a szülő hanyagsága veszélyezteti a gyermek egészségét, mivel nem az én feladatom a gyermek felkeresése, értesítenem kell a gyermekvédelmi szolgálatot, hogy tegyék meg a szükséges lépéseket. Nálunk health visitornak hívják azt a munkatársat, aki ebben a segítségünkre áll. Ő állami alkalmazásban áll és őt kérhetem meg arra, ha úgy gondolom, elhanyagolják a gyereket, vagy más gond van az ellátásával, hogy menjen ki a lakásra. És ő az aki felhívja a hozzám bejelentkezett újszülött szüleit, hogy megkérdezze, van-e gondjuk és igénylik-e, hogy felkeresse őket az otthonukban. Nem mindenki igényli ezt, egyesek kifejezetten elutasítják.

Orvos nem megy lakásra, viszont az első vizit nálam sokáig tart, hisz' ilyenkor próbálom meg körültekintően felmérni az otthoni körülményeket is. Ideális esetben már a szülés előtt leülünk egy hosszú beszélgetésre. Tájékozódhatnak ilyenkor arról, mi az álláspontom a kötelező és ajánlott védőoltásokról, alternatív kezelési módokról, milyenek az antibiotikum-felírási szokásaim, mi az orvosi vizitek rendje.

H Honnan értesülsz az újszülöttről?

Ha a gyereket „bevállaltam” és abban a kórházban születik, ahol én vagyok a neonatológus, akkor tünetmentes esetben is látnom kell 24 órán belül. Minden reggel a kórházban kezdek, és a rendelés után ott fejezem be a napot. Ha másik intézményben történik a szülés, akkor is elvárom, hogy 24 órán belül értesítsenek az újszülöttről. Az a rend, hogy ha első gyerekről van szó, vagy valami gond volt perinatálisan, akkor hazaadás után 1–2, egyébként pedig 3–5 napon belül megmutatják az újszülöttet a rendelőmben.

Ha a „mi” kórházunkban születik, és „enyém” a gyerek, gond esetén azonnal mennem kell, éjjel vagy nappal, hétvégén és ünnepnap is, függetlenül attól, hogy ügyeletes vagyok vagy nem. Egyéb esetben az újszülöttet a mindenkori ügyeletes látja el. Vagyis az ügyeletes felel a gyerekért, ha

annak nincs választott orvosa, minden egyéb esetben a választott orvos. Rutinszerűen hazaadása után néhány napon belül, majd egy héttel később, és panaszmentesség esetén 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 hónapos korában, 2 éves kora után pedig évente egy alkalommal látnom kell a pácienseimet.

H Hány házi gyermekorvos dolgozik a városotokban?

Az itt és a környező kis településeken élő gyermekeket négyen látjuk el, átlagosan 1000–1200 gyermek tartozik a praxisainkba. Nincs jelentősége annak, hogy ki hol lakik, ha valaki engem választ, jöhet akár 80–100 km távolságból is. Házhoz már nem járunk, mindenkit behoznak. Rendszerint 18 éves korig tartozik hozzánk a gyermek, de mind többen követjük 21 éves korig a fiatalokat. További ellátásukat többnyire csak azért nem vállaljuk, mert egy esetleges műhibapernél szólhat ellenem, ha olyan korú beteget láttam el, akinek ellátására nem szereztem megfelelő továbbképzésen folyamatosan kreditpontokat. Egyébként teljesítményfinanszírozás van, azaz aszerint fizetnek, hogy mit teszünk a gyerekkel, de a forrongó egészségügyben ez változás előtt áll, feltehetően fejkvóta alapú finanszírozásra áll majd át az alapellátás. A profitorientált biztosítót egyébként egy cél vezérli, hogy minél kevesebbet kelljen fizetnie.

H Szüksége van-e egy alapellátásban dolgozó amerikai orvosnak arra, hogy szerződése legyen a helyi önkormányzattal?

Nincs, egyedül a biztosítókkal állunk szerződéses viszonyban.

H Milyen a kórházi háttered?

A mellett működő városi kórház kb. 100 ágyas. Van benne belosztály, szülészet, intenzív osztály, sebészet és egy egynapos ellátást végző sebészet is. Felvesznek infarktust és agyvérzést, végeznek térd- vagy csípőprotézis-beültetést. Önálló gyermekosztály nincs, de 6–8 ágyat mindig fenntartanak a „be-beeső”, mondjuk asztmás rohamtól szenvedő, vagy sürgős rehidráci-



óra szoruló gyerekek számára. A súlyos gyermekgyógyászati kórképek ellátására persze alkalmatlan a kórház. Meningitist nem vállalhatnak, de pneumóniát, parenterális táplálást igen. Nagyon alacsony a hospitalizációt valóban igénylő esetek száma. A 36. hét után született koraszülötteket biztonsággal ellátjuk, a lélegeztetést igénylőket azonban átszállítjuk egy távolabb lévő neonatológiai központba, az ottani kollégákkal nemcsak lehet, hanem kötelező konzultálnom, ha úgy látom, hogy az újszülöttnek többre van szüksége, mint a rutin-ellátás. Ha úgy érzem, hogy a gyerek „túl van a komfortzónámon” bármikor átküldhetem hozzájuk a gyereket. Sokszor komoly felelősség nyomja a vállamat, de hát tudjuk, ettől is szép a szakmánk. Abban a kis városban, ahol én dolgozom, a kórházba küldött gyereket is én látom el. Én vizitelem, én rendelem el a vizsgálatokat, a terápiát, én kontrollálom. A nagyobb városokban, az ottani kórházakban azonban már a „hospitalistáé”, a kórházi orvosé a beteg.

Csak rajtatók, gyermekorvoson keresztül kerülhet kórházba egy gyermek?

Elméletileg igen, de a szülő a gyermek- vagy családorvostól függetlenül is bármikor felkeresheti a sürgősségi osztályt. Ha az ott dolgozó rezidens vagy egy más alapképzettséggű szakorvos úgy látja, hogy osztályos felvételre van szükség, vagy nem biztos a dolgában, felhívja a telefonvéken lévő ügyeletes gyermekorvost. Ha a hívás alapján ő úgy dönt, hogy a gyermek felvételre szorul, köteles bemenni, felvenni és ellátni a gyereket.

Mennyit dolgozol naponta?

Reggel 9-től délután 5-ig rendelek, egyórás ebéddel, de sohasem hivatkozom munkaidőre, ha keresnek, hisz' verseny van a betegért, a gyerekért. Az első öt évben szombaton és vasárnap is dolgoztam, de ma már nincs erre szükségem. Ismerek olyan házi gyermekorvost, aki naponta 30–40 beteget is ellát, én ilyen favágó tempóra képtelen vagyok, és hajlandó sem vagyok rá. Átlagosan 20–25 gyereket látok naponta. Ha lehet, előzetesen egyeztetett időpontra jönnek az akut betegek is. Mostanában azonban egyre többször késnek, máskor meg lemondják a vizitet, vagy egyszerűen nem jönnek a megbeszélte időpontra. És a nagyobb gyerekek már mind gyakrabban jönnek szülő nélkül. Növekszik a kórházakkal a konkurenciaküzdelem, akik

mert nem jutnak elegendő bevételhez, hirdetik, hogy bármikor, bárki jöhet az emergency department-re, vagy újonnan nyitott, általuk üzemeltetett rendelőkbe. A szülőknek sokszor kényelmesebb este vinni orvoshoz a gyereket, és többnyire nem zavarja őket, hogy nemhogy nem gyermekorvos, de még csak nem is orvos, hanem felcser látja el a gyereket.

Az egyetemeken mind nagyobb számban képeznek úgynevezett physician assistanteket (felcsereket), ami jóval olcsóbb, mint egy szakorvos kiképzése. Olcsóbb az alkalmazásuk is és a gyógyszer is fel tudják írni. A szülő meg nem tudja, honnan is tudná, hogy a gyereke indokolatlanul kapott antibiotikumot, vagy hogy nem volt feltétlenül szükség az elvégzett vizsgálatra. A helyi kórház most vagy tíz ilyen rendelőt működtet a környéken, gyakorlatilag egy vagy két orvos formális (távoli) felügyelete mellett. Úgy hirdetik magukat, mint akik teljes körű szolgáltatást nyújtanak, de hiába adnak akár védőoltást is, az egésznek köze sincs az igazi primary care-hez, az igazi alapellátáshoz. Jellemző rájuk, hogy nagy számban rendelnek el abszolút felesleges vizsgálatokat, amiket a kifizetéseket oly rigorozusan számon tartó biztosítók egyelőre ki is fizetnek, holott nálam azt is ellenőrzik, nem írtam-e fel olyan gyógyszert, ami egy olcsóbb generikummal helyettesíthető volna.

A sürgősségi osztályok alkalmazottainak sem könnyű, mert a bevétel érdekében szükségük van a vevőkre (betegekre), de megfelelő ismeret, tapasztalat és készség hiányában a gyerekek ellátása többnyire nyomasztó teherként a számukra. Nem közömbös az sem, hogy a Damoklész kardjaként örökösen a fejük felett lebegő orvosi műhibaper veszélye miatt állandó dilemmát okoz nekik, hogy hol a határ a még szükséges és a már felesleges diagnosztikus és terápiás beavatkozások között.

Ki dolgozik veled a rendelőben?

Van egy recepciós, aki az előjegyzéseket, betegbehívásokat intézi, ő készíti elő a dokumentációt, átadja a szülőknek az aktuális oltás előtti írásos információt, tárolja a beleegyezési nyilatkozatokat, és megírja a kötelező jelentéseket. Nagyon jó az asszisztensem, neki nővéri képzettsége van, mindenben segít, elvégzi az előírt méréseket és minden betegemről mindent tud. Nélkülük nem tudnám pontosan végezni a naponta akár órákat igénylő, alapos és mindenre kiterjedő adminisztrációt. Kötelesek mindketten feljegyezni, hogy mikor, kivel, milyen ügyben beszéltek telefonon, és mi-

lyen tanácsot adtak. Erről a rendelés alatt vagy után tájékoztatnak. A számlák kiállításában egy adminisztrátor segít, mindhármojjukkal 10–15 éve dolgozom együtt.

Térítésmentesek a kötelező oltások?

Nem. Semmi nem térítésmentes. A biztosítások többsége fedezi az oltások és felülvizsgálatok költségét, aki pedig olyan szegény, hogy nincs biztosítása vagy a biztosítása nem elegendő a védőoltásra, annak megfelelő dokumentáció mellett adhatók az úgynevezett állami keretből. Az adott hónapban várható oltóanyag-szükséglet mindig előre ki kell kalkulálnom és előre meg kell vásárolnom a vakcinákat. Havonta úgy 20 ezer dollárt kell ezért megelőlegeznie a gyógyszeráraknak, ugyanakkor nem feltétlenül lehetek biztos abban, hogy igény is lesz az influenza ellen bespájzolt teljes mennyiségre. Nehéz megjósolni, mekkora járvány lesz és hányan kérnek majd védőoltást. Ha rajtam marad a vakcina, az a baj, ha meg nem lesz elegendő a készlet, az. Mindkettő rizikót jelent a számomra.

Milyen mértékben nyújt befejezett ellátást az alapellátás?

A rendelőmben gyorstesztel elvégezzük a torokváladék bakteriológiai vizsgálatát, a vizeletüledéket én nézem, vérképre, egyéb laborvizsgálatra, ultrahangra, röntgenre a kórházba küldöm a gyereket. Elektronikus úton minden ottani lelethez, vizsgálati eredményhez azonnal hozzáferek, azt is rögtön látom, ha a betegem este vagy éjjel felkereste a kórház sürgősségi osztályát. Diagnosztikai megbízhatóságomat, készségemet egyébként rendszeresen tesztelik, időről időre küldenek egy ismeretlen mintát, majd a visszaküldött leletemet központilag ellenőrzik. Ez természetesen nagyon helyes, a gond pusztán annyi, hogy az „önvizsgálat” költségét is nekem kell állni. Ha az ellenőrzések során nem sikerül magamat „validáltatni”, a vizsgálatok költségét nem számoltathatom el a biztosítónál. EKG-t sem éri meg a rendelőben tartani, azt is elkészíti a kórház. Ha nem bízom a kapott leletben, bármit, EKG-t, mellkasfelvételt, de akár a szövettani metszetet is továbbküldhetem számítógépen konzílium céljából Syracuse-ba. Ha én egy gyanús küllemű nyaki kötőszövetzaporulatot látok, az alapvizsgálatok után az MRI-t is én indikálom, igaz, erre a biztosítótól előre engedélyt kell kérni. A szakorvos ugyanis 3 órányira van tőlem (és a betegtől), nála



a vizsgálatra órákat kell várni, aminek a végén ő éppúgy elrendeli az egyetemi központban az MRI-t, ahogy én. A különbség annyi, hogy ő kétszer annyiba kerül a biztosítónak, mint én. A kivizsgálás és kezelés menetét persze csaknem minden esetben szakmai protokollok szabályozzák.

Ki gondozza az asztmás, a nefrológiai vagy a gasztroenterológiai eseteket?

Magától értetődően én. A cystás fibrózist, a diabéteszt persze évente kétszer-háromszor a speciális központ is berendeli, de a rutinellenőrzést én végzem, a gyógyszereket én írom fel. Rendszeresen ellenőrizzük a 6 éven aluliak ólomszintjét is, hisz' itt a faházak festésére évtizedeken keresztül használtak ólomtartalmú festékeket. Az agresszív szűrés és felvilágosítás eredményeként szerencsére ma már egyre ritkább az igazán magas ólomszint, de a máig gyakori vérszegénység miatt az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia előírja a csecsemők és kisgyerekek rutinszerű szűrését vashiány, ferritinszint irányában.

Copayment van az alapellátásban?

Biztosítótól függ, hogy a vizit árának hány százalékát kell a betegnek a helyszínen, saját zsebből fizetnie.

Otthon szülés?

Terjed, és egyre népszerűbb. Egyre több és elfogadottabb a képzett bába, aki segít otthon, de emelkedik az otthonosan be-

bútorozott, minden szükséges eszközzel ellátott, egyágyas kórházi szülőszobák száma is. Én, ha tehetem, a rizikó miatt lebeszélésem az otthoni szülés vállalásáról a szülőt, hisz' ki tudja előre, hogy nem épp most következnek-e be egy amúgy ritka szülési komplikáció.

Továbbképzés?

Korábban hét, most tízévente kell újra szakvizsgáznom, ami ráadásul egy csomó költséggel is jár. Kórházi munkát sem vehetnék megfelelő képzés, vizsgák és akkreditáció nélkül. A kórházban rutinszerűen ellenőriznek, kiemelnek egy-egy esetet és szakmailag átnézik, mi történt a beteggel. Ez a módszer az alapellátásban jóval ritkább, de az egyes biztosítók szűrőpróba-szerűen ott is ellenőrzik, megfelelő-e a páciensnél az asztmamegelőzés, megtörtént-e az ólomszűrés. Sőt, akkor is felhívják, ha úgy látják, hogy a beteg rosszabb ideje nem váltotta ki a profilaktikus bronchodilatátort és megkérdik, megfelelő-e a szülői compliance az adott gyermeknél.

Óvoda- és iskolaorvos, sportorvos, igazolás?

Van néhány hely, ahol van az iskolának orvosa, de többnyire nincs. Az előírt tömegszűréseket, a vakcinációs státusz ellenőrzését egy jól képzett asszisztens végzi az iskolában. Sportoláshoz én adom ki az igazolásokat. Betegségek kapcsán ott, ahol az óvoda kéri, a vizsgálat végén oda adom előre a szülőnek a papírt arról, hogy gyógyulása után viheti a gyereket a közös-

ségbe. Ha a szülő úgy ítéli meg, hogy a gyerek betegsége nem igényel orvosi vizitot, akkor természetesen igazolás nélkül is visszamehet az óvodába vagy iskolába.

Szabadság?

Távollét esetén köteles vagyok helyettesről gondoskodni. Van egy orvosközvetítő cég, akitől lehet „kölcönözni” megbízható, ellenőrzött és a szükséges igazolásokkal, papírokkal rendelkező szakorvost.

Érdekvédelem?

Az Amerikai Gyermekgyógyászati Akadémia, elsősorban a gyerekek érdekeit szem előtt tartva, több-kevesebb sikerrel az én érdekeimet is próbálja védeni. Hogy milyen eredményességgel, az eddig elmondottak alapján lemérhető.

Forgalomképes egy gyermekorvosi praxis?

New Yorkban, nagy városban, talán igen. Én, mint mondtam, nem vettem, hanem felépítettem a praxisomat, és sajnos eladni nem tudom. A kórház helyből elveszi a potenciális érdeklődők kedvét a vásárlástól a felcseres rendelők túlkínálatával. Meg aztán a mindig nyitott, nem igazán alapellátást nyújtó sürgősségi osztályok csábításával is egyre nehezebb vetekedni.

Köszönjük a beszélgetést!

KÁDÁR FERENC

A Magyar Gyermekneurológiai Társaság 2013. évi kongresszusa

Alsópáhok, 2013. április 11–13.

Fő témák:

Fejsérülés – az első észlelőtől a rehabilitációig • Láz-lázgörcs • Epilepszia

Bővebb információ a **www.gyermekideggyogyaszat.hu** honlapon

Szeretettel várjuk az érdeklődő házi gyermekorvosokat!

A szervezők nevében:

Dr. Hollódy Katalin elnök, Magyar Gyermekneurológiai Társaság

Dr. Elmont Beatrix gyermekneurológus, Zala Megyei Kórház

Dr. Szever Zsuzsa titkár, MGYNT

