

# Meg kell tanulni csapatban játszani

Megalakult a hatvan tagozatból álló új Egészségügyi Szakmai Kollégium. A szülész-nőgyógyászokat összefogó háromfős kollégiumi vezetőség elnökét, dr. Demeter Jánost, a Honvédkórház – Állami Egészségügyi Központ szülészeti-nőgyógyászati osztályának vezetőjét kérdeztük arról, mi az, ami a kollégiumi szerkezet mellett megújul, és mi az, amit továbbvisznek a korábbi szemléletből és gyakorlatból.



– *Úgy tudom, a szakmai kollégiumi tagság nem újdonság önnek.*

– Valóban nem, hiszen 1995 óta folyamatosan kollégiumi tag vagyok, és ez idő alatt több egészségügyi miniszter is váltotta egymást. A mozgásterünk most is attól függ majd, hogy a kormányzat milyen segítséget kér tőlünk szakmai kérdésekben, és hogy a kéréseink mennyiben találnak meghallgatásra. A korábbi struktúrát felváltó háromfős vezetőségi szerkezet célja valószínűleg szintén az, hogy a rugalmasabb, személyesebb kapcsolatok révén jobb együttműködés jöhessen létre – nemcsak a kormánnyal, de a kollégákkal és a 180 főből álló „nagy” egészségügyi szakmai kollégiummal is. Ez a felállás nekem máris nagyon szimpatikus.

– *Mikor kezd meg az új szakmai kollégium a munkát, és mi az, amivel először foglalkozniuk kell?*

– Tulajdonképpen máris elkezdtünk dolgozni, hiszen éppen a napokban ült össze a társaság Siófokon, ahol pontosítottuk egymás között a funkciókat és a tennivalókat. Az első és legfontosabb feladat természetesen az, hogyan tudunk részt venni a Semmelweis Terv megvalósításában. Az elmúlt húsz évben e téren tapasztalt zűrzavarban rendet

teremthet a budapesti kórházak állami kézbe vételére. Korábban áldatlan helyzetet tartott fenn, hogy nagyon sok tulajdonosa volt a fővárosi egészségügyi intézményeknek; korábbi munkahelyem, a Rókus Kórház például a Pest megyei önkormányzathoz tartozott, míg a környező többi kórház jó részt a fővároshoz – ez nem igazán az eredményes együttműködés irányában hatott.

– *Megoldás lehet-e a pénzükkére a nagytérségi központi kórházak létrehozása?*

– Az egészségügyi dolgozók némelyike szemében félelmetesnek tűnhet, de én úgy látom, hogy a kormány által most szabott irány – ha nem is megoldhatja, de – enyhítheti a hiányokat. Itt nem kizárólag a pénzre kell gondolni, de természetesen arra is. Ugyanilyen égető ugyanakkor a szakemberhiány is. Most látszik annak az eredménye, hogy a korábbi rezidensi keretszámok nem voltak elégségesek az utánpótlás biztosítására, és akkor még nem is szóltunk arról, hogy a meglévő rezidensi pozíciókra sem mindig volt és van elegendő jelentkező. A helyzetet nehezíti, hogy az utóbbi időben egyre többen mennek külföldre, és legalább ekkora probléma a szakorvosok előregedése és tömeges nyugdíjba vonulása is.

– És ne feledkezzünk meg arról, hogy nem csak a szülész-nőgyógyászokból van kevesebb, mint kellene, hanem szinte minden területen.

– Valóban, nincs elég nővér vagy például radiológus sem ahhoz, hogy az ellátás megfelelő színvonalú legyen. Nincs elég CT és még sok minden más sem. Éppen ezért gondolom, hogy a nagytérségi felosztás részben megoldást hozhat, hiszen a kormányzat eddigi jelzéseiből úgy tűnik, hogy legfeljebb a most meglévő vagy még annál is kevesebb pénzből és lehetőségekből leszünk kénytelenek gazdálkodni. Ennek pedig jó módszere lehet az erőkoncentráció.

– Vannak-e már konkrétumok az új ellátási struktúrával kapcsolatban?

– Az előzetes elképzelések szerint talán három nagytérséget alakítanának ki Budapesten és környékén, ennek egyikéért lenne felelős a Honvédkórház – Állami Egészségügyi Központ. Kedvező lehet, hogy ezzel kapcsolatban nekem már a Rókus Kórházból vannak tapasztalataim, ahol már évekkal ezelőtt megvalósítottunk valami hasonlót. Ehhez akkor mindenekelőtt egy asztalhoz ültettem Pest megye összes érintett szülész-nőgyógyászát, onkológusát, és leosztottuk egymás között a feladatokat. Így ha a területen valahol megindult például egy koraszülés, akkor mindenki azonnal tudta, hogy a betegnek pontosan milyen utat kell bejárnia ahhoz, hogy a lehető legrövidebb idő alatt a lehető legmagasabb szintű ellátáshoz jusson. A progresszívítás csúcsát a Papp Zoltán professzor által vezetett klinika biztosította. A néhány évvel ezelőtti jól ismert szerkezeti változtatások következtében ez a jól működő rendszer is összeomlott, de most talán itt, az ÁEK-ban ismét fel tudom építeni. Ehhez az első lépéseket máris megtettem. A legfontosabb a rugalmasság, hogy az adott nagytérséghez tartozó osztályok tudjanak egymással csapatban dolgozni, lehetőségeikhez mérten kivenni a részüket az együttműködésből.

– Milyen téren hozhat még javulást a meglévő erőforrások koncentrációja?

– Volt egyszer valamikor egy jól működő várandósgondozás, aminek ebben a pillanatban csak a romjai vannak meg. A gondozórendszer pusztulása akkor kapta a legnagyobb lökést, amikor

tönkretették az addig jól működő védőnői hálózatot. Nem jó irányba hatott az sem, hogy nem volt kötelező védőnőhöz járni, ezért a többség nem is járt – legfeljebb négy alkalommal, akkor is csak azért, hogy hozzájusson a kelengyepénzhez. Pedig a védőnők munkáját e téren messze nem képes pótolni az orvos, hiszen a védőnő napi kapcsolatot tud tartani a várandóssal, és nem elhanyagolható az sem, hogy helyi szinten biztosít ellátást, ami így azokhoz is eljutott a kis vidéki településeken, akiknek nem volt pénzük rendszeresen beutazni a közeli nagyváros kórházába. Ezt megoldhatja a nagytérségi struktúra, hiszen ha a központ vezetője egy területet megkap, akkor kötelessége lesz az ellátás minden aspektusát figyelemmel kísérni és fejleszteni – így a várandósgondozást is.

A másik eredmény lehet, hogy egyértelműen meg lesz határozva, hogy egy adott kórházban csak olyan beavatkozások végezhetők, ahol a személyi és tárgyi feltételek adottak hozzá.

– Esett már szó arról, hogy kevés a szakorvos. Enyhítheti-e a terheket, ha bizonyos feladatok orvosi szintről „alsóbb” szintre kerülnek át? Gondolok itt arra, hogy néhány éve sokat olvashattunk arról, hogy speciálisan képzett védőnők vennék át a méhnyakrák-szűrés feladatát.

– Erről valóban volt szó korábban, és az ország több pontján – például Baranyában vagy Nagykovácsiban – el is indult a program. Nem tudok azonban arról, hogy erre a szakmai kollégium áldását adta volna. Én személy szerint egyáltalán nem értek egyet a koncepcióval, hiszen a rákszűrés messze nem merül ki a citológiai kenet levételében. A mostani alacsony szűrési arányok mellett ki kell használni, ha egy nő végre rászánja magát arra, hogy felkeresse a nőgyógyászt, és ilyenkor az egész embert kell nézni. Ebbe pedig a méhszáj megtekintése éppen úgy beletartozik, mint az esetleges hólyagsérves észlelése vagy a mintavétel tenyésztésre. A rákszűrésre érkezőknél én magam mindenkinél végzek tenyésztést is, és megdöbbentő adat, hogy tízből nyolc nőnél annak ellenére kimutatható valamilyen kórokozó, hogy ennek – pillanatnyilag még – semmilyen tünete nincs.

– *A méhnyakrákszűrési részvételi arányok valóban messze elmaradnak a kívánatostól, de talán nem is annyira rosszak, ahogy első pillantásra tűnnek. Tud-e a szakmai kollégium lépni abban az ügyben, hogy a magánpraxisokban elvégzett rákszűrések adatai is kötelezően bekerüljenek a nyilvántartásba?*

– Ez sajnos nehéz kérdés, pedig ezekre a statisztikákra valóban népegészségügyi döntések épülhetnek, ezért hasznos lenne a tisztánlátáshoz. Úgy látom azonban, hogy a szülész-nőgyógyászok felől nehezebb megközelíteni a kérdést, de a citológusok felől talán célt érhetnénk.

– *Abortuszellenes plakátokat látni mostanában mindenfelé, melyek az örökbefogadást kínálják alternatívaként. De mindannyian tudjuk, hogy ez csak a probléma kis szelete, amihez hozzá kellene tenni a felvilágosítást, illetve a fogamzásgátlás ingyenessé vagy legalább tömegek számára megfizethetőbbé tételét. Miben segíthet a szakma e téren?*

– Valóban a felvilágosítással kezdődik minden. De ugyanilyen fontos az elérhető fogamzásgátlás is, hiszen saját gyakorlatomban nemegyszer találkozom olyan lánnyal, aki azért „szalad túl” a 12. terhességi héten, mert nem tudja előteremteni az abortuszra a pénzt. És persze előtte ugyanígy nem volt pénze fogamzásgátlóra sem. A szakma már elég régóta és elég sokszor mondta és mondja a magáét ebben a kérdésben, de míg korábban még csak-csak meghallgattak bennünket, addig később már kevésbé és mostanában egyáltalán nem – ha csak az otthonszülés szabályozását nem vesszük ide.

– *Apropó, otthonszülés, családközpontú szülés, bababarát kórház...*

– A dolognak kicsit olyan színezete van, mintha rossz érzést akarnánk kelteni a kollégákban, mintha a szülész-nőgyógyászok készakarva arra törekednének, hogy a szülés ne legyen pozitív emlék az anya számára, mintha meg akarnák fosztani őt a szülés élményétől. Pedig ez nem így van, a kórházban is az a cél, hogy egészséges anya távozzon

haza egészséges újszülöttjével az intézményből. Ehhez sokat segíthet a család- és bababarát szemlélet – akár a „Bababarát kórház” cím elnyerésével, akár anélkül. Mert azt tudni kell, hogy bababarát szemléletű lehet az az osztály is, amelyik nem birtokolja a címet, a „bababarát” címke mégis jó tájékozódási pont lehet egy várandósnak, aki egyéni elképzeléseihez igazodó intézményt keres születe helyszínéül.

Mert a terhesség nem betegség, hanem állapot, ezért a várandósnak igenis lehetnek igényei, elmondhatja, hogyan képzei a szülést, milyen elvárásai vannak. Saját gyakorlatomban is többször előfordult, hogy ha olyan igényekkel találkoztam, amit nem tudtam teljesíteni, akkor olyan másik intézményt javasoltam a várandósnak, ahol megkaphatta, amit szeretett volna. Ezt sajnos ma már nem tudom megtenni, hiszen a néhány évvel ezelőtti kórházbezárások és osztályösszevonások nyomán helyenként mérhetetlen zsúfoltság alakult ki, így ott valóban nem elsődleges szempont az egyéni elképzelések megvalósítása. Némiképpen enyhített ugyan a helyzetet, hogy a születek száma is esett az elmúlt években, de Budapesten még így is szinte minden osztály több várandóst kénytelen ellátni, mint amennyire a tárgyi és személyi erőforrások lehetőséget nyújtanának. Nagyon sok kolléga alól „kikerült” az osztály, így csak külsőként vezetnek születeket egy-egy intézménnyel kötött szerződés alapján – ez pedig senkinek nem ideális helyzet. Ugyancsak a túlterheltségünkből adódik, hogy már a szülés utáni harmadik napon hazabocsátjuk az anyát és az újszülöttet a kórházból, pedig a kurtításnak máris megmutatkoznak a negatív hatásai a statisztikákban. A helyzetet némiképpen javítja, hogy a zsúfoltság kivédésére ma már olyan magánklinika is van, ahol nemcsak a körülmények, hanem a szakmai ellátás színvonala is ideális.

És ezzel vissza is tértünk oda, ahonnan indulunk, hogy csak a meglévő erőforrások ésszerű átcsoportosításától, az erőnk koncentrálásától várhatunk javulást. Ehhez pedig a most kialakulóban lévő új rendszer minden szereplőjének meg kell tanulnia csapatban játszani.

*Dr. Simonfalvi Ildikó*