

## **Nincs jogszabály ami tiltja, de olyan sincs, ami előírja**

Beszélgetés Csordás Ágnessel, a MAVÉ elnökével

H.: Kollégáink mind gyakrabban panaszkodnak arról, hogy a megnövekedett védőnői feladatokra hivatkozva az önkormányzatok megtiltják a védőnő részvételét az orvosi tanácsadáson. Jogszerűek ezek az intézkedések?

Cs.Á.: Soha nem volt olyan jogszabály, ami előírta volna az orvos és a védőnő közös jelenlétét az egészséges rendelésen.

H.: Mégis évtizedek óta az volt az általános – és jól működő – gyakorlat, hogy együtt rendelt az orvos és a védőnő. Mindketten találkoztak ilyenkor a szülővel, gyerekekkel, jó lehetőség kínálkozott arra, hogy megbeszéljék megfigyeléseiket egymással, és összehangolt válaszokat, tanácsokat adjanak a szülőnek. Mi volt ezzel a baj? Miért kellett a régóta bevált gyakorlatot megtiltani, különösen azok után, hogy a sokat emlegetett TÁMOP Kora Gyermekekori Program egyik workshopjának az volt a közösen elfogadott zárómondata, hogy ahol lehet, ki kell alakítani a közös tanácsadásokat.

Cs.Á.: Több problémát vet fel ez a kérdés. Egyrészt: A 80-as években még megegyezett egymással a körzeti gyermekorvos és a védőnő gondozotti köre. A háziorvosi kártyarendszerrel, a szabad orvosválasztás lehetőségével azonban szétvált az ellátottak köre: a védőnőnek megmaradt a földrajzilag körülhatárolt ellátási terület. Ha a gyerek orvosának és védőnőjének együttes jelenléte ma is vezérlő szempont volna, akkor egy nagyobb városban egy-egy alkalommal akár 5-10 – egyébként különböző helyen dolgozó - védőnőnek is ott kellene lennie az orvosi tanácsadáson. Másrészt: valljuk meg, a védőnő az orvosi tanácsadáson sok esetben asszisztensi feladatot végez, aminek az okát értem, de támogathatónak még sem tartom. Végül, és ezt nagyon hangsúlyozom: nincs ugyan olyan jogszabály, ami tiltaná a védőnő részvételét az orvosi tanácsadáson, viszont a védőnőnek a saját gondozási területén élők számára kell a szolgáltatást biztosítania. A TÁMOP Koragyermekkori Program keretében azt az együttes álláspontot fogadtuk el, hogy a közösen gondozottak vonatkozásában az azonos épületben, - de nem közös helyiségben! - egymást követően zajló védőnői és orvosi tanácsadás volna a jó megoldás, hisz a védőnői szűrést követően a gyermekkel át tudnak menni a szülők az orvosi tanácsadásra. Ez azonban az adott védőnői körzetben élő, de különböző praxisokba tartozó kisgyermekes esetén megvalósíthatatlan.

H.: Az előírt feladatok teljesítése esetén tehát részt vehet a védőnő az orvosi tanácsadáson...

Cs.Á.: A védőnői feladatok jelentős mértékben bővültek az elmúlt év őszén, megnövelve a gyermekek ellátására fordítandó időt és kitöltve, sőt nagyobb védőnői körzetek esetén meghaladva a munkaidőt. A védőnői szakfelügyelet ellenőrzései alapján így nincs idő a közös tanácsadásra. A jogszabályban rögzített feladatok ellátása érdekében meg kell nézni, hogy mi az, ami elhagyható, mi az, ami nem tartozik a védőnő kötelező feladatai közé. Azt mondják a szakfelügyelők és a munkáltatók, ne panaszkodjon a védőnő arra, hogy este kell látogatnia, ha napközben olyan helyen tölti a munkaidejét, ahol nem a saját gondozottaival foglalkozik, vagy olyan munkát végez, ami nem kötelessége. Így alakult ki, hogy a mai előírások betartása mellett gyakorlatilag képtelenség a közös, azonos helyiségben történő tanácsadás, még akkor is, ha az ellátottak köre akár megegyezik.

H.: Mi az oka a feladatok ugrásszerű növekedésének?

Cs.Á.: A csecsemők és kisgyermekek fejlődésének követését szolgáló, jogszabályban rögzített, kötelezően kitöltendő Szülői- és Rizikó Kérdőívek gyakorlatilag megduplázták az egy gyermekre fordítandó szűrési időt. A kérdőív kidolgozását az indokolta, hogy a korai fejlesztéssel foglalkozó szakemberek szerint gyakran csak az 5 éves vizsgálatoknál, vagy csak a beiskolázást követően derült ki, hogy iskolaéretlen, figyelemzavaros, nehezen kezelhető a gyermek. Hazánkban az iskolakezdés a 6 éves életkortól mind inkább kitolódott a 7-8 éves életkor felé. Ez azokra a fejlődési elmaradásokra vezethető vissza, amelyek kellő odafigyeléssel már jóval korábban detektálhatók, és idejében kezdett szakszerű fejlesztéssel „kiszimíthatók” lennének.

H.: Átlagosan mennyi időt igényel egy Szülői Kérdőív kitöltése?

Cs.Á.: Az egyes életkorokban 12 kérdésre kell válaszolnia a szülőnek. A védőnőnek az a feladata, hogy felkészítse a szülőt a kérdések megválaszolására, a szülővel megbeszélje ezeket a kérdéseket és megfelelő segítséget nyújtson a válaszadáshoz. Ehhez – ha együttműködő a szülő, nagyobb gyermek esetében a gyermek - minimum fél órára és nyugodt körülményekre van szükség. Van erre lehetőség egy orvossal közös, mai, átlagos tanácsadáson? Van ideje egy orvosnak arra, hogy egy közös egészséges tanácsadáson kivárja, amíg a védőnő elvégzi az előírt szűrővizsgálatot, és az elvárt módon kitöltessék a szülői kérdőívet? Úgy tudom, hogy az orvosi tanácsadáson az ajánlott védőoltások száma is ugrásszerűen megnövekedett, e miatt már a kötelező orvosi vizsgálatokra is alig van ideje az orvosnak.

H.: Mi lenne ebben a helyzetben az optimális megoldás, lát-e esélyt a jó orvos-védőnői munkakapcsolat megőrzésére, kialakítására?

Cs.Á.: Egy lehetőség, hogy az orvos és a védőnő önálló, de azonos időben történő rendelése egy épületen belül valósul meg. Ez lehetőséget adna arra, hogy a szülő „egy ülésben”, egy rendelői vizit alatt, egymás után találkozzon a gyermeke fejlődéséhez értő védőnővel és gyermekorvossal, és ha kell, közösen beszéljék meg az esetleges gondokat. Ez a lehetőség azonban nem segít azokban az esetekben, amikor az orvos és a védőnő máshol dolgozik. A különálló épületben működő, egymástól térben és időben is elkülönült védőnői és orvosi tanácsadás nem ad lehetőséget az oly kívánatos személyes konzultatív megbeszélésekre.

H.: Mi orvosok, egyre inkább érezzük, hogy a szakmailag indokolhatatlan otthoni látogatások helyett hosszabb idő kellene a szakmailag indokolt esetek rendelői ellátására. Ezzel együtt az az álláspont is erősödik, hogy ha nem lennének a védőnők annyi otthoni látogatásra kötelezve, akkor a rendelőben is elvégezhetnék az előírt szűréseket. Így talán jutna idő az együttes orvos-védőnői tanácsadásra is.

Cs.Á.: A védőnői családlátogatási rendszer hungarikuma a hivatásunknak, amit számos országban irigyelnek. A látogatás nem kötelező, a jogszabály úgy szól, hogy a védőnőnek fel kell(!) ajánlania az előírt időpontokban a családlátogatást. A jogszabály tehát azt rögzíti, hogy egyeztetett gondozási terv szerint kell látni a gyermeket, az időpont és a helyszín a körülmények alapján rugalmasan alakítható - újszülött-, kisgyermek-, és óvodáskorban egyaránt. Ha nem tart igényt a szülő a kötelezően felajánlott gyakoriságra, nem kell, hogy

ráerőszakoljuk magunkat, egyeztetjük, hogy mi az a szükséges látogatás, tanácsadási találkozás, ami még alkalmas arra, hogy a gyermek fejlődését nyomon kövessük.

H.: Ha a szülő nem tart igényt a felajánlott otthoni látogatásra és a védőnő sem látja ennek feltétlen szükségét, akkor ezek szerint megállapodhatnak abban is, hogy csak a rendeletnek megfelelő időpontokban találkoznak és nem otthon, hanem a rendelőben.

Cs.Á.: Igen, hozzátéve, hogy teljesen nem hagyhatók el az otthoni látogatások, hisz fontos információhoz jut a védőnő a család otthonában tett vizitek alkalmával, és a gyermek is jobban megfigyelhető a saját mindennapi életterében. A szűrési időpontok (1 hónap, 2 hónap, 4 hónap, 6 hónap, 9 hónap, 1 év, stb.) előtt át kell adni a kérdőíveket, fel kell készíteni a szülőt arra, hogyan kell azt kitöltenie, a szülő otthon válaszol a kérdéssorra és amikor jön a védőnői tanácsadásra, együtt megbeszélik a tapasztalatokat. A védőnő a szülői megfigyelés és saját tapasztalata, mérései alapján megállapítja, hogy megfelel-e a gyermek az úgynevezett fejlődési mérföldköveknek.

H.: Elegendő ismerettel, kellő tapasztalattal rendelkeznek a védőnők a gyermek megfelelő ütemű fejlődésének megítéléséhez?

Cs.Á.: Többségük már igen. Nagyon nagy hangsúlyt helyeznek erre a graduális képzés során, és ne felejtjük el, hogy a TÁMOP Koragyerekkori Program keretében az országban dolgozó 4800 védőnő közül háromezren részt vettek a fejlődésneurológiáról és fejlesztési módszerekről szóló öt napos továbbképzésen. Kár, hogy a házi gyermekorvosok közül csak kevesen, a egyes praxisok orvosai pedig sajnos még kevesebben jöttek el a képzésre. De visszakanyarodva kérdéshez: egyre több visszajelzést kapunk arról, hogy a szülői kérdőív jó: kellően érzékeny, megfelelő időben jelez!

H.: Ezekben az esetekben van hová küldeni a gyereket fejlesztésre?

Cs.Á.: Nincs, sajnos ma sincs kellő számú hozzáértő korai fejlesztő. Ma is a legszegényebb térségekben a legnagyobb a hiány, ott, ahol a legnagyobb lenne az igény rá. Egy Európai Uniósi pályázat segítségével viszont megkezdődött a korai fejlesztő rendszer fejlesztése. A legtöbb esetben azonban nem kell azonnal korai fejlesztőbe küldeni egy gyermeket, mert ha a védőnő felhívja a figyelmet, hogy ebben vagy abban elmaradás van, akkor megfelelő szülői foglalkozással akár el is lehet kerülni a professzionális fejlesztést.

H.: Vannak olyan hangok, hogy „a show-t mind inkább elviszik előlünk a védőnők”.

Cs.Á.: A védőnők felsőfokú végzettsége, képzettségük, a javuló megfigyelési rendszer alkalmassá teszi őket arra, hogy észre vegyék, ha megtorpan a fejlődés, és jelezzék azt az orvos felé. Az orvos kiváló segítséget kap ezzel a munkájához. Ahol a kompetenciájuk nem elég, át kell adniuk a gyermeket a gyermekorvosnak. A védőnő nem ad diagnózist, de nem is akar diagnosztizálni, gyógyítani, ő csak addig kompetens, ameddig nem kell orvosi beavatkozás. Tudja, hogy kell egy náthát vagy egy hasmenést kúrálni, egy beteget ápolni, az öngondoskodás terén sok jó tanácsot tud adni, de az orvosi feladatok, a diagnózis, a terápia, az mindig is marad az orvosnál.

H.: Megfelelőnek tartja a védőnők képzésében a betegségek oktatását? A mi szemléletünkben nem választható szét olyan mereven a prevenció, a gyógyítás és a krónikus betegek gondozása, mint ahogy az a védőnők munkájában megmutatkozik.

Cs.Á.: A védőnői munka döntően a gyermek fejlődését nyomon követő preventív szemléletre épül. De nagyon sok minden szerepel a curriculumban, a gyermeksebészettől, gyerekfülészettől kezdve, a gyerekszemészetten, endokrinológián át az általános gyerekgyógyászatig. Annyi klinikum kell a védőnőnek, hogy az eltérést észlelje, tudja azt, ha valami már nem „normális”. És amikor ezt látja, küldje tovább a gyermeket az orvoshoz.

H.: Sokat segítene az információk megosztásában, ha a védőnői és orvosi informatikai rendszer kompatibilis volna egymással. Akkor talán látná az egyik fél, hogy mit tapasztalt a másik, és fordítva. Az EESZT révén ma látjuk mi történt a betegünkkel akár 300 km-rel távolabb, de hogy mire jutott a közös gondozottunkat illetően a szomszéd helyiségben vizsgálódó védőnő, az – kicsit sarkítva - számunkra láthatatlan. Van esély arra, hogy végre találkozzon az orvosi és a védőnői dokumentáció?

Cs.Á.: Az állami feladatokat illetően nem szeretnék találgatásokba bonyolódni. Azonban a védőnői szűrésről a védőnő írásos lelet ad, amit a szülő is aláír és kérjük a szülőt, hogy a legközelebbi találkozásnál adja át az orvosnak a védőnői szűrési leletet. Addig is, amíg a központi informatikai rendszer alkalmas lesz az orvos - védőnő elektronikus kommunikációjára ez a régi, de bevált módszer, alkalmas a kommunikációra.

H.: Térjünk át egy másik érzékeny területre: ha a védőnők olyannyira leterheltek a hat éven aluliak ellátásával, hogy a hat éven felüliekre már messze nem jut annyi idejük, akkor biztosan jó döntés volt még a nők méhnyak-szűrésével is megterhelni őket?

Cs.Á.: A kérdés első felére az a válaszom, hogy a hat éven felülieket az iskolákban közel 1000 védőnő látja el főállásban, napi nyolc órában, és több mint 2000 védőnő a területi munkája mellett - természetesen a jogszabályban lefektetettek alapján. Ami viszont a kérdés másik felét illeti, az elmúlt években megfigyelhető volt, hogy a 0-18 éves gyermekek száma látványosan csökken, ezért több területen a méhnyakszűréssel bővített védőnői kompetencia tartja meg a védőnőt a nyolcórás állásban.

Drámai jelentőségű, hogy évente négyszázan halnak meg Magyarországon egy olyan elváltozás miatt, amiben nem szabadna meghalni. A védőnői méhnyakszűrés egy népegészségügyi célú szűrés, azoknál végzik el a mintavételt a védőnők, akik 3 évnél régebben voltak ilyen irányú vizsgálaton, és szívesebben választják erre a védőnői tanácsadót, mint a nőgyógyászati rendelőt. Előírás, hogy kenetet csak felsőfokú egészségügyi képzettséggel rendelkező szakember vehet le, de védőnőt csak akkor lehet választani, ha elvégezte az előírt tanfolyamot, és működési engedélyt is kapott a beavatkozásra. Tisztában vagyunk azzal, hogy a védőnő azért választotta ezt a hivatást, mert a várandósokkal, gyermekekkel szeret foglalkozni, de tudomásul kell vennünk, hogy e mögött a kompetenciabővítés mögött politikai döntés állt. Ennek révén azok körében is megtörténhet a vizsgálat, akik személyes okból egyébként nem jutnának el nőgyógyászhoz. Lehetne a feladatot szülésznőnek, diplomás ápolónak, háziornosnak is adni, de mivel a védőnő a családokat legjobban elérő, felsőfokú végzettségű szakdolgozó az alapellátásban, a döntéshozóknak ez a megoldás tűnt a legkézenfekvőbbnek.

H.: Jár ezért anyagi ellenszolgáltatás a kolléganőknek?

Cs.Á.: Igen, 400 forintot mintavételenként, ami a ráfordított idő mértékéhez viszonyítva igen kevés. De azokban a térségekben, ahol alacsony a születésszám, ez a keresetkiegészítés is

számíthat, nem beszélve a feladatot kísérő presztízsnövekedésről, amiről a szűrést végző kolléganők beszámoltak. Lehet ez is a védőnők megtartásának egy lehetséges eszköze az aprófalvas, kevés várandósnő, gyermeket ellátó körzetekben.

H.: Nem ismerem a pályaelhagyók számát, a kiégés arányát, de a helyettesítés megoldatlansága és a munkakörülmények mellett a finanszírozás biztosan meghatározó eleme a munkaerőhelyzetnek. Az elmúlt időszakban bekövetkezett bérrendezés várhatóan javít a helyzeten, hiszen egy néhány éve dolgozó védőnő keresete a kezdeti béréhez viszonyítva csaknem megduplázódott. De mivel a bérrendezés nem érintette azonos arányban a több évtizedes gyakorlattal rendelkezőket, a bérolló beszűkült és újabb bérfeszültség keletkezett.

Cs.Á.: A bérfeszültség 2013 óta görgetett probléma, azóta küzdünk – eredménytelenül - azért, hogy a védőnők is az egészségügyi szakdolgozói bértábla alapján kapják meg illetményüket. A védőnőkre a közalkalmazotti bértábla vonatkozik, aminek a tételei messze elmaradnak az egészségügyi szakdolgozói bértáblában rögzítettektől. A bérrendezésnek és az ezt követő bérfeszültségnek az a közvetlen oka, hogy bejött a garantált bérminimum, ami szerint, akinek szakmai végzettsége van, az nem kaphat 180.500 forintnál kevesebb bért. Egy fiatal, 122 ezerről indult kolléganő ennek révén jelentős emeléshez jutott, de annak, aki a ledolgozott évei alapján ezt a bérszintet már elérte, most csak alig érzékelhetően emelkedett a fizetése.

H.: A védőnői és a házi gyermekorvosi szolgálat a gyermekegészségügyi alapellátás két pillére. Közös a gondozottak köre, a problémák rendezése a két kulcsszereplő részéről együttgondolkodást, egy irányba ható megoldást igényel. Történik-e rendszeres egyeztetés a Szakmai Kollégium Védőnői- és Gyermekalapellátási Tanácsa, Tagozata között?

Cs.Á.: Amióta önálló képviselőt kapott a két szolgálat, nem volt érdemi egyeztetés. Az egyeztetések inkább helyi szinten történnek, azzal a céllal, hogy az érintettek eleget tehessenek a működésüket érintő jogszabályoknak.

H.: Köszönjük a beszélgetést.

Kádár Ferenc