Üzenet a való világból

az AMEGA beszélgetőpartnere: Dr. Pintér Miklós

Csolnok község háziorvosa



Az Amega 2025. évi decemberi lapszámában említésre került a JARED (Joint Action on REspiratory Diseases) nemzetközi program, melyben 14 tagállam 35 intézete vesz részt abból a célból, hogy a COPD-s betegeket a korai szakban kiszűrjék, és hathatósabban léphessenek fel a betegség ellen. Magyarország irányítja ezt a programot, és nálunk az alapellátás orvosai fogják végezni a szűréseket.

Ez adta az ötletet ahhoz, hogy a mostani beszélgetésre *Pintér Miklós* családorvos kollégát kérjem fel.

Mit kell tudnunk *Pintér Miklós*ról?
59 éves vagyok. 2000-ben kerültem Csolnokra, ahol vegyes körzetben dolgozom. Bár felnőtt családorvos vagyok, kezdetben 20–30 gyermeket is el kellett látnom az 1340-ből. Jelenleg több mint 1600 felnőtt és 450 gyermek tartozik hozzám. Ez két praxisnyi munkát ad folyamatosan, sokszor hétvégén is.

A térképen hol található Csolnok?
Komárom-Esztergom megyében a 10-es úttól négy kilométerre, Dorog mellett. Egy gyönyörű szép sváb falu a hegyek között, a Gerecse lábánál.

Hogyan lettél orvos, mi vezetett erre a pályára?
Gyermekkoromban – főleg a nagymamám révén – tisztelettudó, katolikus neveltetésben részesültem. Már akkor eldöntöttem, hogy valami úton-módon segíteni szeretném az embereket. Így jutottam el az orvosi pályához a műszaki helyett. Úgy gondoltam, hogy műszaki dolgokkal lehet hobbi szinten is foglalkozni, gyógyítani viszont nem lehet hobbiból.

Mikor és hol végeztél?
1991-ben az akkori SOTE-n végeztem. Egy év katonaság után, kétéves kitérővel – a kórbonctanon dolgoztam – indultam el a családorvoslás felé. 1998-ban tettem le szakvizsgámat.

Miért választottad a családorvoslást?
Az egyetem alatt még sebész szerettem volna lenni, de örökölt gerincproblémáim miatt a műtétes szakok nem jöhettek szóba. Volt egy idős körzeti orvosunk, aki kedvességével, jó példájával megszerettette velem ezt a munkát.

Érdekes lenne megírni a hazai háziorvoslás történetét. Emlékszem arra, amikor a *körzeti* orvosokból *házi*orvosok lettek. Nagyon új dolog indult el akkor, amikor a praxisokat meg lehetett venni. Sok kórházi orvos szeretett volna családorvos lenni (és lett is). Ez a lelkesedés később lelohadt. Miért?
Én is jól emlékszem arra, amikor az addig állami közalkalmazott háziorvosok vállalkozói ellátási lehetőséget kaptak. 2000-től a praxis örökölhetővé, eladhatóvá vált. A vállalkozóvá válás nagyobb felelősséggel is járt, ugyanakkor érdekeltté vált az orvos a minőségibb betegellátásra és a beteg megtartására. A függetlenség, a praxisjog és a kezdeti finanszírozás miatt sokan választották az alapellátást. Úgy nézett ki, hogy az alapellátás fejlődésnek indul. A fejlődés azonban megtorpant finanszírozási és szervezési okok miatt, sőt visszafejlődés érezhető.
Sajnos sok családorvos hagyja abba a munkát. Szakadék kezdett kialakulni a kórházi és a vállalkozásban dolgozó orvosok között. Az eleinte kedvező bérezésünk nem nőtt a munkánk növekedésével, pedig a kormányoknak mindig is érdeke volt, hogy a túlterhelt kórházakat, (ahol egyébként szintén egyre kevesebb az orvos) tehermentesítse egy jó és eredményesen dolgozó alapellátás.

Amióta az eszemet tudom, azt hallom, hogy a magyar egészségügy kórházcentrikus, az összes meglevő problémával együtt.
Szerintem az utóbbi időben eszmél fel a kormány, hogy az egészségügy nagymértékben leromlott, a betegek elhanyagoltak, és rájöttek arra, hogy az egyre romló egészségű nemzet azt is jelenti, hogy egyre kevesebb lesz a munkaképes ember. Csökkenő népességszám mellett ki fogja kitermelni a nyugdíjakat? Ha nem tudjuk ezt az aggasztó tendenciát megállítani, akkor összeomlás lesz a vége. A vezetés kapkod, félig átgondolt döntések alapján cselekszik. Szerencsére vannak jól működő szűrő projektek is, mint az emlőszűrés és a székletvér vizsgálat. Sokan azt gondolják, hogy a családorvosok alig csinálnak valamit, csak ülnek a rendelőkben és unatkoznak, ezért egyre több dolgot próbálnak meg az alapellátásra hárítani. Ennek személyi és financiális feltételeit azonban nem fedezi a központi finanszírozás.

Volt már néhány próbálkozás a reformok irányába, gondolok itt például a praxisközösségek kialakítására, de ez nem hozta meg az elvárt eredményt.
Három-négy éve indult meg ez a fura kísérlet. Minimum öt, maximum 12 praxis kell a közösség létrehozásához. Az elképzelés nem volt rossz. Különböző szakemberek munkája nyomán, földrajzilag közel lévő helyeken fejleszthetővé válhat az alapellátás. Három csoportot hoztak létre: a szoros praxisközösségeket, a laza praxisközösségeket és az egyéni orvoslást, más-más finanszírozással. Jómagam egy öt fős praxisközösség tagja vagyok. Nálunk jelenleg is fennáll a veszély, hogy ha a legidősebb tag nyugdíjba megy, vagy valaki bármely ok miatt kiesik és a környéken nem találunk olyan kollégát, aki átveheti a távozó szerepét, akkor feloszlik a praxisközösségünk. A helyettesítések rendszere is furcsa. Engem nem a praxisközösség tagjai helyettesítenek, hanem a községben élő idősebb kolléganővel váltjuk egymást.
Az öt fős praxisközösség statisztikai átlagait hozni kell. Havi jelentéseket írunk a közösségünk munkájáról. Három éve nem emelkedett a finanszírozásunk, és ez a mostani már nem elegendő egy praxisközösség normális, preventív, széleskörű alapellátó működtetéséhez. Szakemberek alkalmazása még részmunkaidőben sem jöhet szóba, mert nem tudnánk megfizetni. A gyakorlatban nem látom, hogy

jelenleg bármit is profitálnék ebből az elképzelésből.

A másik kísérlet a vezetés részéről az ügyeleti rendszer megreformálása volt. Nem ment zökkenőmentesen.
Bizonyos szempontból hozott könnyebbséget, de a centralizálás túl nagy feladatot rótt az OMSZ-ra, amely hierarchikus rendszerben működik, ugyanakkor a döntéshozói szerepük korlátozott. Az ügyeletirányítók gyakorlatilag minden hívást felvesznek, és sokszor mennek ki indokolatlanul. A háziorvos kollégák délután 16-22 óráig végzik az ügyeleti ellátást. Ebbe jogilag havi két alkalommal az idős kollégák is bele vannak kényszerítve. Ők pedig megpróbálják átadni a feladatot a fiataloknak, de ez nem jelent perspektivikus megoldást.

A gyógyszerfelírási újdonságokról és a kompetencia változásokról kérdezem a véleményedet. Az nem nagy előrelépés, hogy a jövőben a családorvosok is kérhetnek PSA vizsgálatot, de hogy a 2-es típusú diabétesz kezelése, gyógyszerelése is hozzájuk kerül, az már számos kérdést felvet. Utalok a beszélgetésünk bevezetőjére is, arra, hogy a jövőben a COPD prevenciójában, szűrésében is feladatot kapna az alapellátás. Kérdés, hogy meddig lehet terhelni az alapellátást, és meddig tartható az elvárt szakmai színvonal?
A COPD-s az egyik legnehezebb betegcsoport. Gondoljunk csak a dohányzással kapcsolatos szélmalomharcainkra. Ezeknél a betegeknél a legkisebb az együttműködésre való hajlandóság. A tüdőgyógyászaton belül a jól képzett szakemberek felkészült asszisztensekkel talán nagyobb hatékonysággal harcolhatnak a dohányzás ellen. A háziorvosban bíznak a betegek, de nincs akkora tekintélyünk, mint a szakorvosoknak. Háziorvosi szinten a dohányzásról való leszoktatás csak ritkán megvalósítható. Persze lehet adni a kollégáknak spirométert – csúcsáramlásmérőink vannak még régebbről –, de a napi 60 és 100 közötti betegszám mellett reménytelennek tűnik a COPD szűrésével érdemben foglalkozni.

A COVID hogyan befolyásolta az alapellátást? Visszaállt a járvány előtti rendszer vagy megváltozott?
Nagyon megváltozott a betegellátás a COVID óta. Addig kötelező volt az orvos-beteg találkozás, de a járvány megváltoztatta az egészségügy irányítási felfogást, és még táppénz esetén sem kellett személyesen találkoznunk a betegekkel. Ugyanakkor a COVID alatt romlott a betegek általános állapota, elhagyatottabbá, elhanyagoltabbá váltak. A páciensek úgy hitték, hogy ha elektronikus úton megkaphatják a gyógyszereiket, akkor nincs szükség feltétlenül az orvossal való találkozásra. Emiatt távol maradtak azok a betegek is, akiknek szükségük lett volna gondozásra. Az lehet, hogy napjainkban már csak 30-40 beteg jön be a rendelőbe, de a másik 30-50 egyfolytában telefonál és üzenget, vagy egyéb közösségi média platformon adja le az igényét. Egyfelől úgy tűnik, mintha kevesebbet dolgoznánk, de valójában, amikor éppen nincs beteg a rendelőben, akkor az orvos jobbra-balra kapkod és próbál távgyógyítani, vizsgálatokat szervezni, tanácsokat adni, tüzet oltani.

A mesterséges intelligencia kopogtat az egészségügyben. A kórházakban, a szakrendelőkben már terjed a használata. Hogy néz ki ez az alapellátásban?
Sok idős orvos van, aki nem járatos a számítástechnikában, és ők egyáltalán nem használják. Akik aktívan használják a számítógépeket, azok elkezdték használni a mesterséges intelligenciát. Én is naponta igénybe veszem. Speciális esetekben, ritka betegségeknél ma már elengedhetetlen a mesterséges intelligencia segítsége. A szoftverek gyorsan fejlődnek. Egy évvel ezelőtt még csak általános tájékoztatást adtak, de az utóbbi időben már komplex kérdésekre is hasznos válaszokat adhatnak. De ehhez tudni kell jól kérdezni. A fiatal betegek is nagyon rákaptak. Sok min-

dent megkérdeznek a géptől, és határozott kérdésekkel, néha követelőzéssel jelennek meg a rendelőben.

Mennyire megoldott a családorvosok szakmai továbbképzése?
Azt gondolom, hogy ez sokat fejlődött. A gyógyszercégek látogatói rendszeresen keresnek, és hasznos információval látnak el, nemcsak a gyógyszereiket próbálják eladni. Az internet szakportáljai is komoly segítséget nyújtanak az érdeklődő kollégáknak. Szerencsére az öt évente kötelező, több napos továbbképzés mellett nagyon sok szabadon választható program van, és a webkonferenciák is egyre gyakoribbak. Öt évente 250 pontot kell felmutatni, ami könnyen teljesíthető, ha nem hagyja valaki az utolsó pillanatra. Jogosnak tartom, hogy bizonyos életkor után, amikor már nem vállalják a továbbképzést a kollégák és lejár a munkavégzési engedélyük, akkor csak korlátozásokkal dolgozhatnak tovább. Amikor az ember fizikálisan-mentálisan elfárad a mai világban, el kell engedni a hivatás gyakorlását. Azonban biztosítani kellene egy kiérdemelt, megfelelő egzisztenciájú nyugdíjas létet is.

Idevágó, logikus kérdés az orvosok kiégése. Mi a tapasztalatod ezzel kapcsolatban az alapellátás területén?
Ez mindnyájunkat érintő kérdés. Én is tudom, hogy már nem olyan elánnal vetem be magam a napi betegellátásba, mint 34 évvel ezelőtt, amikor Csolnokra kerültem. Nagy a terhelés és bár változatos a hivatásunk, hisz nincs két egyforma beteg, de a monoton napi rutin elfárasztja az orvost. Három évtized után úgy ismerem már a betegeimet, mint a családtagjaimat. Ugyanazok a betegek, ugyanazokkal a problémákkal. Azt látom, hogy a környezetemben senkinek sem olyan a mosolya, mint 10 vagy 20 évvel ezelőtt volt. Az egészségügyben dolgozók hangulata sem jó. A betegek is egyre kevésbé tisztelik a gyógyítókat, és ez nemcsak az alapellátásra igaz. A betegektől naponta kapom a visszajelzést a szakellátásról, ahol ugyanúgy túlterheltek a kollégák. Erőn felül dolgoznak a szakellátóhelyeken és küzdenek, hogy biztosítsák az ellátást. Mégis, ha egy héten egyszer-kétszer előfordul, hogy a heti 400 betegből valaki dicsér egy szakorvosi ellátást, orvost vagy nővért, akkor az nekem már kapaszkodót jelent.

A betegek nehezen élik meg a hosszú várólistákat a szakellátásokra. Az alapellátás szemszögéből az új előjegyzési rendszer hozott-e javulást a betegek számára?
Az orvos számára ez több adminisztrációs terhet jelent. Sok olyan idős beteg van, aki nem tudja elvégezni az időpontfoglalást a szakellátásra, és ezt ilyenkor a családorvos teszi meg helyette. Miközben emailt írok és próbálok az adott betegnek időpontot kérni, már ott ül mellettem a következő páciens. Előfordul, hogy a rendelés után azért kell kimennem egy idős beteghez, hogy tájékoztassam a megkapott vizsgálati időpontról.

Napi hír, hogy több mint 1000 családorvos hiányzik az alapellátás rendszeréből.
A 6000-ből valóban 1000 fölött van a hiány. Különösen nehéz a házi gyermekorvosok helyzete, náluk még többen hiányoznak. Egy felnőtt beteggel könnyebb a helyzet. Sokszor előfordul, hogy a beteg fotókat küld a bőrén látható elváltozásáról vagy a torkáról. A környékünkön is kevés a gyermekgyógyász szakorvos. Továbbmenve, a környékünkön egy főállású fül-orr-gégész szakorvos dolgozik, aki heroikus munkát végez. Gondoljunk csak a fülfájós gyermekekre és a felnőttek ezer féle panaszára. Sok esetben a felnőtt háziorvos kényszerül a gyermekek alapellátására. Elvárják tőlünk, hogy egy rövid gyorstalpaló után legyünk „bőrgyógyászok”, mert az orvoshiány miatt ott is nehezen hozzáférhető a szakellátás. Az előbb említett okokból bizonyos szintű fül-orr-gégészeti ellátást is biztosítanunk kell. November óta az inkontinencia betétek felírási ideje sem jár le, mi írhatjuk tovább, az ezzel járó felelősséggel együtt. Bizonyos

szív-érrendszeri gyógyszerek felírásának a felelősségét is tervezik ránk hárítani. Számos eddigi szűrővizsgálati tevékenységünk mellett, most mi fogjuk végezni a COPD szűrést is.

Ha holnaptól kineveznének az alapellátás országos vezetőjévé, akkor hogyan látnál hozzá, mit tennél?
Nem vagyok vezető típus. Nem biztos, hogy elvállalnám. Soha nem szerettem, ha politikai alapon pattogtatnak, vagy nekem kellene a túlterhelt kollégákat még tovább terhelni. De a kérdésre mégis megpróbálok elméletileg válaszolni.
A változtatásokat nem egyedül és nem hatalmi politika mentén tenném. Szakmai alapon, fiatalokból és tapasztalt idősebbekből állítanék össze egy csapatot, amibe bevonnám a legfontosabb társszakmák képviselőit is. Megnézném és átvenném a külföldön jól működő dolgokat. Tudom, hogy szegény az ország, de pénz nélkül már nem lehet megreformálni a magyar egészségügyet. A finanszírozás rendezése kapcsán nemcsak az orvosokkal kell foglalkozni, hanem az ellátásban résztvevő valamennyi szereplővel! A háziorvos csináljon meg mindent, amit lehet, de ne legyen belekényszerítve a feladatokba. És ne legyen belekényszerítve a szakorvos se: például az alapvizsgálatokat ne neki kelljen elvégeztetnie a háziorvos helyett.
Az alapoktól kellene kezdeni. Szó volt róla, hogy a háziorvoslásnak az önállóság és a magasabb finanszírozás voltak a hívószavai. Ma a háziorvosok egy alapdíjazást kapnak. Manapság már egy náluk 10-20 évvel fiatalabb kolléga egy kórházban gyakran többet keres, mint egy 32 éve az alapellátásban dolgozó orvos.

A családodban vannak orvosok?
A volt feleségem nagyon jó orvos, őt követte a hivatásban a nagylányom. Amikor már két és fél éve orvos volt, mellettünk a faluban az idősebb háziorvos kolléganő rákérdezett, hogy lenne-e kedve átvenni a praxisát? Megkérdeztem a gyermekem, nincs-e kedve idejönni, együtt dolgozhatnánk. Ennek számos előnyét ecseteltem neki.
A lányom – ismerve a munkám leterheltségét – mélyen a szemembe nézett és azt mondta:
„Apa, te megőrültél? – Nem gondolod, hogy én azt szeretném csinálni, amit te? Elmegyek reggel dolgozni és este hazamegyek. Ügyelek, amikor kell. De nem akarok éjjel-nappal, hétközben-hétvégén készenlétben falusi háziorvosként belefáradni a hivatástudatba!"

Így az interjú végén azt gondolom, hogy nem pesszimista vagy, hanem sokkal inkább realista. Nem tudnánk mégis némi optimizmussal befejezni a beszélgetésünket?
Mivel a kérdéseidben a valóságra voltál kíváncsi, a válaszaim is olyanok. Jelenleg sajnos nem festhetek rózsaszín képet az egészségügyről. Remélem ugyanakkor, hogy a leendő kormányban – és ebből a szempontból mindegy, hogy melyik – tudatosul, hogy milyen nagy a baj a magyar egészségügyben. Ez azt is jelenti, hogy kénytelen lesz a hatalmi harcok ellenére elkezdeni a magyar egészségügy átalakítását, felemelését. Remélem, hogy egyre több szakmaiság lesz a döntésekben, és hogy ebből az egész nemzetünk profitálni fog. ■

Dr. Osvai László