

Fenyegető humánerőforrás-krízis a pszichiátriai ellátásban

Dr. Gazdag Gábor,

Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet

Miközben a statisztikák és az előrejelzések a pszichiátriai betegek számának, a pszichiátriai ellátás iránti igénynek a folyamatos növekedését jelzik, a magyarországi szakorvosi humánerőforrás fokozatos beszűkülése észlelhető. Ez részben a rendszerbe belépő szakorvosok számának csökkenéséből, részben a rendszerből – külföldi munkavállalás miatt – kilépők számának növekedéséből adódik. A helyzet megoldásának lehetőségeit a szerző a Herzberg-féle kéttényezős motivációs elméletben felsorolt, a munkával való elégedetlenségben jelentős szerepet játszó higiéniai tényezők elemzésén keresztül mutatja be.

Meanwhile statistics and forecasts indicate a growing number of psychiatric patients as well as an increasing need for psychiatric care, the number of specialists is decreasing in the last few years in Hungary. There are two reasons responsible for this process: the number of recently graduated specialists is decreasing, and the number of those who leave the health service for a job abroad is increasing. The author recommends to solve these problems using the hygienic factors from Herzberg's two factors model.

BEVEZETÉS

Az egészségügy területén a humánerőforrás menedzsment egyik legfontosabb feladata az ellátási igények kielégítéséhez szükséges megfelelő számú és képzettségű orvos biztosítása. A mennyiségi tervezésnél az orvostudomány magas költsége miatt alapvető elvárás a rendszer biztonságos működtetéséhez szükséges létszám minél pontosabb meghatározása, ezáltal a társadalmi ráfordítás optimalizálása. A szükséges aktív orvoslétszám a lakosság száma és korelációja, valamint a morbiditási mutatók alapján határozható meg. Hosszú távon az aktív orvosok létszámát a rendszerbe belépő és a rendszerből kilépő orvosok száma befolyásolja [1].

A magyarországi ellátó rendszerbe két úton léphetnek be orvosok. A belépők többsége az egyetemi képzés végén, diplomája megszerzésével kerül az aktív orvosok közé. Ezen kívül – az előbbinél sokkal kisebb számban – számolni kell külföldről (elsősorban a környező országok magyarlakta területeiről) az országba betelepülő orvosokkal is, bár a jelentős gazdasági változások miatt lehet, hogy a jövőben kevesebb magyar ajkúval számolhatunk.

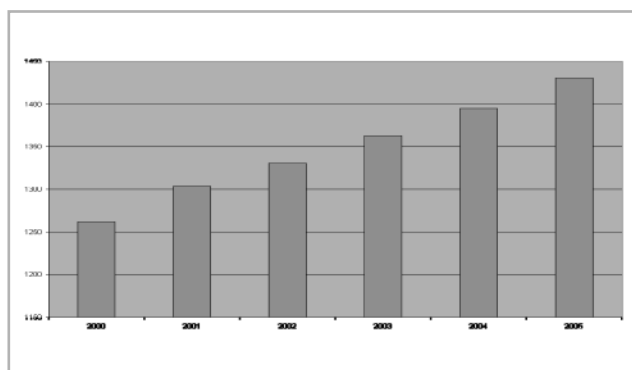
Az aktív orvos-létszám csökkenéséhez több folyamat is hozzájárul. 1989-ig a veszteség legnagyobb részét a rendszerből nyugdíjazás, vagy halálozás miatt kikerülő adták. Az Európai Unióhoz történt csatlakozás (2004. május 1.) óta az aktív orvoslétszámot jelentősen csökkentő további tényező a külföldi munkavállalás. A pályaelhagyás – amelyről viszonylag kevesebb adatunk van –, a foglalkozás gyakorlásának átmeneti szüneteltetése és a foglalkozástól való eltiltás volumenében a korábban említett folyamatokhoz képes elhanyagolható veszteséget okoz [2].

HELYZETELEMZÉS

A pszichiátriai szakorvosi humánerőforrás helyzetének elemzésénél alapvetően négy tényezővel kell számolni: az ellátórendszer különböző szektoraiban jelentkező ellátási igényekkel és az ehhez rendelhető meglévő kapacitásokkal, az ellátórendszerbe belépő, valamint az ellátórendszerből kieső szakorvosok számával.

A JELENTKEZŐ ELLÁTÁSI IGÉNYEK

A WHO morbiditási előrejelzése szerint a betegek számának rohamos növekedése következtében 2020-ra a rokantsághoz vezető betegségek sorában a második helyen a depresszió fog állni, az első 10 ok között pedig még további két pszichiátriai betegség megjelenése várható [3]. A magyarországi pszichiátriai gondozók forgalmi adatai [4] is a betegek számának folyamatos, egyenletes növekedését mutatják (1. ábra).



1. ábra
A pszichiátriai gondozók betegforgalma 2000 és 2005 között, évenkénti bontásban (ezer fő)

AZ ELLÁTÓRENDSZER EGYES SZÉKTORAINAK KAPACITÁSA

A pszichiátriai ellátórendszer finanszírozási és betegforgalmi szempontok alapján három jól elkülönülő szektorra osztható: az OEP által finanszírozott fekvőbeteg-ellátó osztályokra és szakrendelésekre–gondozókra, valamint az OEP finanszírozással nem rendelkező pszichiátriai magánrendelésekre. A három szektor humán erőforrás helyzetéről pontos adatok nem szerepelnek a statisztikákban. Az egyes szektorokban dolgozók számának meghatározását az is nehezíti, hogy számos olyan szakorvos található az ellátórendszerben, aki több szektorban is dolgozik (gondozóból ügyeletet vállal osztályon, gondozó, vagy osztályos munka mellett magánrendelést is végez stb.). Ugyanakkor a működés zavarának jeleiből mégis lehet következtetni az egyes szektorok humán erőforrás helyzetére. Ilyen működési zavar, ha egy ellátóhely a személyi feltételek tekintetében tartósan nem teljesíti a számára előírt szakmai minimum feltételeket, vagy ha még ennél is súlyosabb helyzetbe kerülve működésképtelenné válik. Ezen szempontok alapján a legkritikusabb helyzet a fekvőbeteg-ellátásban rajzolódik ki. Az utóbbi években több pszichiátriai osztály is – szakorvosok távozását követően – átmenetileg működésképtelenné vált (a soproni, szombathelyi, a fővárosi Bajcsy kórház), illetve több olyan osztály is van az országban, amelyik tartósan nem teljesíti a személyi minimum feltételeket (extrém példa az a vidéki pszichiátriai osztály, ahol évek óta az egyetlen szakorvos az osztályvezető). A pszichiátriai gondozók kapacitás problémáit a rendelési idők – egyes helyeken megfigyelhető – csökkenése jelzi. A gondozói ellátásból kiszoruló fizetőképes betegek kezelésében jelentenek elsősorban alternatívát az egyre nagyobb számban működő magánrendelések. Ezek egyre jelentősebb humán erőforrással rendelkeznek, hiszen magasabb jövedelmet biztosítanak a szakorvosoknak.

A 2007-es ágyszám csökkentés

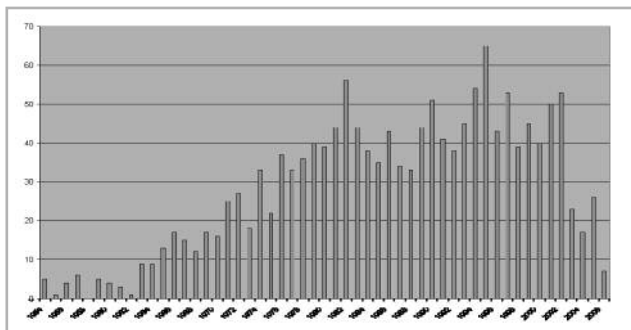
Az egészségügy reformja keretében a 2007-es évben az akut pszichiátriai ágyak számát – minden más szakmánál nagyobb mértékben – több mint 20%-kal (4000-ról 3118-ra) csökkentették. Ez a folyamat számos pszichiátriai osztály – főként az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) osztályainak felszámolásával járt együtt. Természetesen a megszűnő osztályok dolgozói humán erőforrás többletként jelennek meg a munkaerő piacon, miközben máshol jelentős hiányok vannak, jelentősek a területi egyenlőtlenségek. Ugyanakkor viszont a fekvőbeteg osztályokról elbocsátott (vagy fel sem vett) betegeknek a gondozóhálózatban, vagy a fokozatosan kiépülő közösségi pszichiátriai rendszerben történő ellátása még jelentősebb humán erőforrás igényel jár. Ezen folyamatok eredményeként a humán erőforrás hiánya a pszichiátriai ellátórendszer egészére vonatkozóan az ágyszám csökkentéssel párhuzamosan egyáltalán nem enyhült.

A munkaidő szabályozása

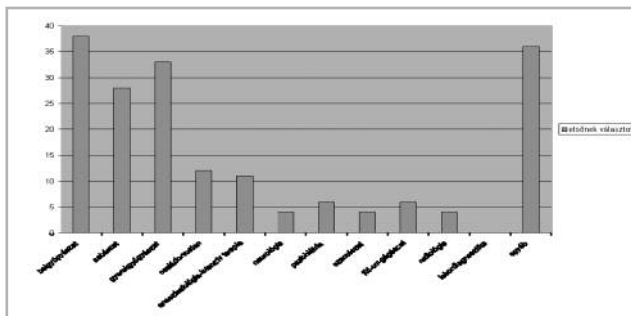
Az Európai Unióhoz történt csatlakozás miatt szükséges jogharmonizáció által megkövetelt új munkarend bevezetése következtében a szakorvosok által végzett túlmunka mennyisége jelentősen csökken, viszont ez a legtöbb intézményben – munkaszervezéstől függően 15-30%-os humán erőforrás többlettel oldható csak meg [5]. A fekvőbeteg osztályok többségében az új munkarend az elmúlt 1-2 évben került bevezetésre, tovább növelve az ágazat humán erőforrás problémáját. A helyzetet csak rontja, hogy az uniós direktívának a többi uniós országban történő bevezetése további szívrohatást jelent a kelet-európai munkavállalókra.

AZ ELLÁTÓRENDSZERBE BELÉPŐK

Az utóbbi 4 évben a pszichiátriából szakvizsgázók száma látványos csökkenést mutat (2. ábra). 2006 őszén, pszichiátriai tanulmányaik megkezdésekor ötödéves orvostanhallgatók szakterület-választási preferenciájának felmérésére végzett vizsgálatunk eredménye szerint a pszichiátria csak a hatodik az elsőknek választott szakterületek sorában (3. ábra). A megkérdezett 181 hallgató közül összesen 6-an választanák első szakirányának a pszichiátriát, ami a válaszadók mindössze 3,3%-a. Ez az arány nemzetközi összehasonlításban is alacsonynak tekinthető [6].



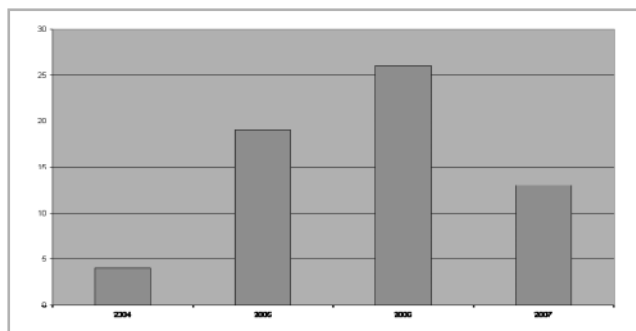
2. ábra
A működési nyilvántartásban lévő pszichiáterek megoszlása a szakvizsga megszerzésének éve alapján. Forrás: Magyar Orvosi Kamara (MOK) működési nyilvántartása (2007. 03. 27-i állapot)



3. ábra
A különböző orvosi szakterületek népszerűsége ötödéves orvostanhallgatók körében. A kék oszlop a hallgatók által elsőnek választott szakterületet mutatja. Forrás: a szerző még nem publikált vizsgálatának részadatai

AZ ELLÁTÓRENDSZERBŐL KIESŐK

A rendszerbe belépők számának csökkenése, valamint a szakma presztízsének – az orvostanhallgatók választási preferenciájában megnyilvánuló – alacsony szintje mellett a szakma humán erőforrás helyzetét tovább nehezíti az Európai Unióhoz való csatlakozás óta növekvő tendenciát mutató külföldi munkavállalás (elsősorban Svédországban, Norvégiában és az Egyesült Királyságban). A 4. ábra mutatja, hányan kértek munkavállalási engedélyhez igazolást 2004-2007 között, amely indirekt módon ad információt az elvándorlásról.



4. ábra
Külföldi munkavállaláshoz az EEKH-tól igazolást kérő pszichiáterek száma évenként bontásban. Forrás: az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal honlapja [7]

A magyarországi működő pszichiáterek számára vetítve a külföldi munkavállaláshoz engedélyt kérők aránya 2004-ben 0,26%, 2005-ben 1,26%, 2006-ban 1,73%, 2007-ben 0,87% volt.

Az ellátórendszerből nyugdíjazás, vagy elhalálozás miatt a közeljövőben várhatóan kiesők számáról közelítő információ vonható le a 2. ábra adatai alapján. Ha elfogadjuk azt a három feltételezést, hogy a leendő orvosok átlagéletkora 25 év a diploma megszerzésekor, hogy további átlag 5 év telik el a szakvizsga megszerzéséig és hogy minden szakorvos először pszichiátriából szerzett szakképesítést, akkor is legalább 262 olyan szakorvos dolgozik még a rendszerben, akik már túl vannak a 62 éves nyugdíj-korhatáron. Ez az összes működési engedéllyel rendelkező szakorvosok 17,4%-a. A következő években pedig, ha a jelenlegi tendenciák tovább érvényesülnek, évente legalább tízzel több szakorvos fog nyugdíjba vonulni, mint ahányan szakvizsgát szereznek, folyamatosan tovább növelve ezzel a szakorvoshiányt.

MEGOLDÁSI JAVASLAT

Herzberg kéttényezős motivációs elmélete alapján a munkával való elégedetlenség forrása alapvetően a higiéniai tényezők (fizetés, munkafeltételek, státusz, munkahely biztonsága, személyes kapcsolatok) alacsony kielégítettsége [8]. A következőkben ezen higiéniai tényezők mentén tekintjük át a helyzet megoldási lehetőségeit, külön kiemelve

a fekvőbeteg-ellátás humán erőforrás problémájának megoldását, mivel a pszichiátrián belül ezen a területen a legégetőbb a szakemberhiány.

A JÖVEDELMI VISZONYOK RENDEZÉSE

Egy a rezidensek körében végzett vizsgálat azt mutatta, hogy a külföldi munkavállalásnak legfőbb oka a magasabb jövedelem. Ugyanakkor nettó 200-300 000 forintos kezdő orvosi fizetésért a válaszadók többsége már szívesen dolgozna a magyar egészségügyben, és nem gondolkodna külföldi munkavállaláson [9]. Az orvosi munkaerő elvándorlásának megállítására feltételezhetően ez a bérszint már elegendő lenne, ugyanakkor ez 100-200%-os emelést jelentene a jelenlegi (nettó 96000 forint) keretekhez képest. Erre jelenleg többletforrás nem áll rendelkezésre a költségvetésben, sőt a kormány konvergencia programjában [10] az egészségügyi kiadások GDP arányos csökkentése szerepel. Ennek alapján, rövidtávon béremelésre fordítható többletforrás a rendszer átalakítása, vagy külső forrásbevonás nélkül nem fog rendelkezésre állni.

Rezidensképzés támogatása

A 2. ábra oszlopdiagramja mutatja, hogy az utóbbi 3 évben drasztikusan csökkent a pszichiátriából szakképesítést szerzők száma. Ennek a kedvezőtlen tendenciának a megfordításához a pszichiáter rezidensek számának növelése szükséges, amelyhez a rezidensképzés első 2 évében adott támogatás összegének megemlése, valamint a támogatás időtartamának meghosszabbítása jelentősen hozzájárulhat. A lehetőség csak feltételes, mert persze semmi nem szavatolja, hogy a magasabb képzési számok mellett itthon vállalnak munkát a pszichiáterek.

MUNKAFELTÉTELEK

A rezidensek körében végzett felmérés szerint a külföldi munkavállalás okai között a harmadik helyen a külföldi jobb munkakörülmények szerepelnek (a vizsgálatban résztvevők 96,3%-a tartotta jobbnak a külföldi munkakörülményeket) [9]. Feltételezhetően pszichiáter rezidensekre szűkített vizsgálatban is hasonló eredményre jutottunk volna.

A SE Magatartástudományi Intézetének munkacsoportja által 2005-ben, a magyar orvosok körében végzett vizsgálat kimutatta, hogy az orvosoknál megjelenő öngyilkossági gondolatok és depressziós tünetek leginkább a fokozott munkaterheléssel, a több munkahelyen történő munkavégzéssel és a túlterheltséggel mutatnak összefüggést [11]. Az európai uniós normáknak megfelelő „műszakos” munkarend minden intézményben történő bevezetésének egyik lényeges, a munkafeltételeket is érintő hatása, a havi összmunkaidő csökkenése, az orvosok regenerálódásra, rekreációra szánt idejének növekedése. Ettől remélhető az orvosok átlagnépessége.

ségnél lényegesen tragikusabb morbiditási és mortalitási mutatóinak [12] javulása. A szabadidős tevékenységekre fordítható idő növekedésének az orvosok körében magas arányban előforduló burn-out szindróma [13] kivédése szempontjából is nagy jelentősége van, ezáltal közvetve a munka hatékonyságát is kedvezően befolyásolja. Ugyanakkor ahhoz, hogy a „műszakos” munkarend következtében a havi átlagban 15-20%-kal csökkenő ledolgozott óraszám ne okozzon jövedelem csökkenést, a bérek legalább ugyanilyen arányú emelése szükséges. Ez azért is kiemelkedően fontos, mert az e nélkül bekövetkező jövedelemcsökkenést az orvosok másodállás vállalásával tudják csak kompenzálni, ami további leterheltséget és kiegészítést jelent.

Az orvosi munka feltételei között számos olyan található, amelynek biztosítása jelentős mértékben az intézmény anyagi helyzetének függvénye. Ilyen a megfelelő színvonalú számítástechnikai eszközök (PC, monitor, nyomtató), irodatechnikai berendezések (fénymásoló, szkennel, telefon, fax) biztosítása. A szakmai ismeretek frissítésének, a kapcsolattartásnak napjainkban már elengedhetetlen része a világháló, ennek ellenére számos intézményben mind a mai napig kiváltságnak számít a munkahelyen biztosított hozzáférés. A pszichiátriában különösen fontos munkafeltétel a beteggel való – nyugodt körülmények között folytatott – beszélgetéshez szükséges számú helyiség (vizsgáló és orvosi szoba) biztosítása.

A beteganyag, az ellátórendszer változása

A pszichiátriai ellátórendszer az 1989-es rendszerváltást követően jelentős változáson ment keresztül. A hetvenes, nyolcvanas évekre a pszichoterápiás, szocioterápiás módszerek előretörése volt jellemző. A kilencvenes évek elején az intézmények bázisfinanszírozása helyett bevezetett teljesítményfinanszírozás nem kedvezett ezeknek a módszereknek, egyre inkább háttérbe szorultak. A kilencvenes évek két ágyszám csökkentési hullámának a pszichoterápiás osztályok többsége áldozatul esett. Ezzel párhuzamosan a pszichiátriai osztályok beteganyagában is változás indult meg, a neurotikus betegek számának csökkenésével párhuzamosan egyre több olyan hajléktalan, és szenvedélybeteg jelent meg az osztályokon, akiknek a szociális problémáin az egészségügy eszközeivel nem lehetett segíteni, valós igényük sokszor nem is a gyógyulás, hanem csak az ingyenes hotelszolgáltatás igénybevétele volt. A beteganyag ilyen irányú változása következtében a pszichiáterek hagyományos segítő orvosi szerepe is egyre inkább háttérbe szorult, a frusztrációtűrés és a konfliktusok megfelelő kezelése egyre nagyobb jelentőségűvé vált. Természetesen a szerepelvárások ilyen mértékű változásához sokan nem tudtak alkalmazkodni, ezért alacsonyabb frusztrációval járó munkahelyeken, gondozóban, vagy magánrendelésen folytatták a munkájukat. A helyzetet bizonyos mértékig javíthatja, hogy a 2007-es akut ágyszám csökkentéssel párhuzamosan nőtt mind a krónikus, mind a rehabilitációs ágyak száma, ahol az aktív kezelést nem igénylő betegek elhe-

lyezhetők. A hajléktalanok részéről a pszichiátriai ellátórendszerre nehezedő nyomás a szociális ellátórendszer kapacitásának növelésével is redukálható lenne. Az orvos frusztrációját is jelentősen csökkentené, ha volna a – nem elsősorban egészségügyi, hanem – szociális problémával jelentkező személyek ellátására is megfelelő intézményrendszer.

AZ ORVOSI SZAKMA STÁTUSZA

Az orvosoknak a társadalomban betöltött pozíciója jelentős mértékben változott az utóbbi évtizedekben. A korábbi tekintélyelvű orvoslás helyét fokozatosan egy sokkal inkább piaci szemléletű, szolgáltatás jellegű orvoslás veszi át napjainkban. Ennek az átalakulásnak a következtében érezhetően csökkent az orvosok társadalmi presztízse, bár egy közelmúltban végzett közvélemény-kutatás szerint a különböző foglalkozási csoportok között még mindig az orvosoknak a legmagasabb a bizalmi indexe más foglalkozási csoportokkal összehasonlítva [14]. Az orvosokba vetett bizalom csökkenésében jelentős szerepe van a médianak, amelyben az egészségügyet érintő változások előtt szinte kizárólag szövegművek, a gyógyítás során elkövetett hibák, vagy sajnálatos halálesetek kapcsán kerültek orvosok az érdeklődés középpontjába. Annak, hogy éveken keresztül az események után a bíróság esetleg felmentette az orvost a megalapozatlan vádak alól, nincs hírértéke. A nyugat-európai, amerikai egészségügyi televíziós sorozatok – bár ezekben az orvosok csaknem mindig pozitív szereplők – annyiban fejtenek ki kedvezőtlen hatást, hogy egy teljesen más kultúrájú, felépítésű és lényegesen magasabb finanszírozású rendszert mutatnak be. A látottak alapján kialakult elvárásaival a saját orvosát felkereső nézőt óhatatlanul csalódás éri. A betegek számára sokszor nehezen értelmezhető az a helyzet, hogy noha nála jelentkezik az igény az egészségügyi szolgáltatásra, az orvos pedig az egészségügyi szolgáltató, a kapcsolatuk mégsem közvetlen, közbeékelődik a társadalombiztosító. Az orvos (vagy az intézmény) a társadalombiztosítóval áll szerződéses jogviszonyban, az általa nyújtott szolgáltatás kereteit ez a szerződés és nem a beteg igényei határozzák meg, ami persze társadalombiztosítási szempontból teljesen magától értetődő.

A fent leírt problémáknak egyik megoldási lehetősége a már gyerekkorban, az iskolai oktatás keretében elkezdett egészségnevelés. Az egészséggel, betegségekkel kapcsolatos alapvető ismeretek mellett ennek részeként meg lehetne ismertetni a diákokat az egészségügy felépítésével, működésével, az orvosi tevékenység kereteivel. Az orvosok társadalmi elismertségének javításában a média fontos szerepet játszhat azzal, ha az egészségüggyel kapcsolatos hírekben is törekszik az objektív tájékoztatásra, az események összes körülményének megismerése előtt nem foglal állást, és tiszteletben tartja az orvosok személyiségjogait is.

A pszichiátria státusza

Noha a belgyógyászat és a sebészet mellett az elme-
gyógyászat is a legrégebbi orvosi diszciplínák közé tartozik,
számos jel utal arra, hogy a többi szakterületnél alacsonyabb az elismertsége. Ilyen jelnek tekinthető, hogy noha az
utóbbi időben egyre inkább hiányszakmává válik, ez a pszichiátere-
k jövedelmének emelkedésében nem jelenik meg. Hasonlóan árulkodó jel a pszichiátriai osztályoknak – né-
hány kivételtől eltekintve – a többi osztályhoz képest lerom-
lott állaga.

A pszichiátria társadalmi megítélésében minden való-
színűség szerint szerepet játszik az általa ellátott feladat fon-
tosságáról kialakult vélemény, valamint a beteganyagának társadalmi súlya, érdekérvényesítő képessége. Ugyancsak
meghatározóak a pszichiátriai betegekkel kapcsolatos társadalmi előítéletek, amelyek a keresztény kultúrkörben a kö-
zépkeresetű boszorkányüldözésekig és az ördög által megszállt
személyek máglyán való elégetéséig nyúlnak vissza. Napja-
inkább ezek az előítéletek leginkább a társadalom pszichiátriával szemben mutatott ambivalenciájában jelennek meg.
Egyfelől a betegek jogainak védelmét évről évre szaporodó
jogi garanciák biztosítják, másfelől viszont ezeknek a többlet
feladatoknak a megfelelő színvonalú ellátásához szükséges
finanszírozás hiányzik a pszichiátriai osztályok működési
költségeiből. A társadalmi szolidaritás gyengülését jelzi az
utóbbi hónapokban egyre inkább előtérbe kerülő öngondos-
kodási igény. Ennek sajnálatos következménye a gazdasá-
gos gyógyszerrendelésről szóló törvény részeként beveze-
tett dobozdíj, amivel a pszichiátriai betegek közül az öngon-
doskodásra legkevésbé képes szkizofrén betegeket sújtot-
ták. A szakma érdekérvényesítésének kudarcaiként is érté-
kelhető, hogy nem sikerült a döntéshozókat ezen gyógyszere-
k ingyenességének szükségességéről meggyőzni.

Több olyan társadalmi és a tudományterületet szé-
kebben érintő folyamat is megfigyelhető, amelyekről a pszichiá-
tria megítélésének kedvező irányú változása várható. Talán
a legfontosabb ezek közül a pszichiátriai betegségek okai-
nak feltárására folytatott intenzív kutatás, amely már eddig
is számos eredményt hozott. Várhatóan a biológiai össze-
függések pontos tisztázása a megfelelő kezelések megvá-
lasztásában, illetve egyes betegségek kialakulásának kivé-
désében is jelentős előrelépést fog hozni. A másik lényeges
folyamat, a pszichiátriai betegségek előfordulásának látvá-
nyos növekedése. Kezelés nélkül ezek – öngyilkosságok,
rokkantság, munkából való kiesés formájában – egyre jelen-
tősebb terheket rónak a társadalomra. Ennek a problémá-
nak a kezeléséhez a pszichiátriai ellátórendszer fejleszté-
sén és a pszichiátria társadalmi elismertségének javításán
keresztül vezet az út.

MUNKAHELY BIZTONSÁGA

A pszichiátriában a munkahelynek mind az átvitt, mind a
konkrét értelemben vett biztonsága fontos kérdés. A pszichi-

átria hiányszakmává válása következtében a munkahely el-
vesztésének kockázata ezen a szakterületen – az osztályok
bezárása ellenére is – évről évre csökken. Az egészségügyi
ellátórendszer reformfolyamatának részeként 2007. április
elsejével történt több mint 20%-os ágyszám csökkentés ha-
tására jelentős humán erőforrás szabadult fel az ágazatban.
Ugyanakkor az előbbi folyamattal párhuzamosan zajló
„műszakos” munkarend bevezetése a felszabaduló mun-
kaerő nagyrészt felszívta. A Budapesttől távolabb eső in-
tézmények munkaerő gondjainak megoldásában – a rendkí-
vül alacsony (1-2%) magyarországi mobilitás miatt – a fő-
városban felszabadult munkaerő nem jelent megoldást. Az
állásokat elvesztők körében a külföldi munkavállalás na-
gyobb valószínűségével kell inkább számolni (lásd 4. ábra).

A pszichiátriában a munkahely, a munka konkrét bizton-
ságosságának is hatása van a humán erőforrás-helyzetre, a
szakmával együtt járó fokozott kockázatot az emiatt járó
munkahelyi pótlék egyre kisebb mértékben tudja csak kom-
penzálni. Az orvosi munka kockázatának fokozódása nem a
pszichiátriát jellemző sajátosság, más szakterületen is min-
dennaposok az utóbbi években az orvosokat, egészségügyi
dolgozókat érő atrocitások. A pszichiátriában a megfelelő
szakszemélyzet (férfiápoló) biztosítása is fontos kérdése a
fizikai biztonságnak. A különösen veszélyes betegek ellátá-
sához szükséges speciális részleget – bár a Pszichiátriai
Szakmai Kollégium ennek szükségességét többször jelezte
– mind a mai napig nem hoztak létre Magyarországon.

A munka biztonsága szempontjából az utóbbi években
egyre nagyobb súlya van az orvosokkal szemben megjelenő
kártérítési igényeknek. A kártérítési felelősség szempontjából
a magánorvosi tevékenység jelent nagyobb kockázatot,
mivel ebben az esetben a megítelt kártérítésnek a biztosító
által vállalt kártérítési limit feletti része személy szerint az or-
vost terheli. Intézményben dolgozó orvosok esetében ezt a
részt az intézmény fenntartójának kell állnia. A kártérítési
felelősség szempontjából a helyzet javítására két lehetőség
is kínálkozik: 1) az USA joggyakorlatához hasonlóan, a nem
vagyonhiányos kártérítésként megítélhető összeg törvény általi ma-
ximálása 2) a biztosítótársaságok jogszabály útján történő
kötelezése a teljes kártérítési felelősség vállalására (ami ter-
mészetesen csak lényegesen magasabb biztosítási díjak
mellett képzelhető el). Mivel a pszichiátria az alacsony koc-
kázatú szakmák közé tartozik, ezért ezen a területen a má-
sodik megoldás lenne a kedvezőbb.

SZEMÉLYES KAPCSOLATOK

A pszichiátriának, mint szakterületnek a választásában a
személyes – orvos-beteg – kapcsolatok iránti fokozott igény-
nek meghatározó szerepe van. Emellett a pszichoterápiás
módszerek alkalmazásának is alapfeltétele az orvos és a
beteg rendszeres kommunikációja, amelyben az orvos sze-
mélye általában nem helyettesíthető. A „műszakos” mun-
kaerő bevezetése során ezért erre a kérdésre megkülönböz-
tetett figyelmet kell fordítani. Az új munkarend bevezetése

után a hétköznapi éjszakai műszakban dolgozó orvosok sem a műszak megkezdése napján, sem a következő napon nappali műszakban nem dolgozhatnak, az ilyenkor tartott vizitekből, megbeszélésekből kimaradnak. Ugyan a saját betegekkel való kommunikáció a műszak megkezdése utáni esti órákban megoldható, de a betegek egyéb ügyeinek intézésére (pl. vizsgálatok megszervezése, hozzátartozókkal való egyeztetés) ez az időszak már általában nem alkalmas. További problémát jelenthet, ha a nappali műszakban, a kezelőorvos távollétében kell a beteg valamilyen sürgős ügyében intézkedni.

Az új helyzethez való alkalmazkodás szempontjából alapvető fontosságú a megfelelő információáramlás biztosítása. Ennek egyik eszköze a betegek kórrajzának és dekuszusának naprakész, részletes vezetése. Fontos egy-értelmű (az ápolók és a betegek számára is ismert) helyettesítési rendszer kidolgozása, hogy szükség esetén mindenki számára világos legyen, hogy kihez lehet fordulni a kezelőorvos távolléte esetén. Az információáramlást tovább javíthatja az osztály orvosainak intézeti mobiltelefonnal történő felszerelése, amelyen szükség esetén a pihenőidejét töltő orvostól is információt lehet kérni. A műszakos munkarendben fokozottabban előtérbe kerül az osztályvezető főorvos integráló szerepe, másfelől – mivel ő az a személy, aki minden hétköznapi jelen van az osztályon – a betegek kezelésébe való aktívabb bevonódása sem kerülhető el.

A munkarend szervezésének az előbbieken vázolttól jelentősen eltérő lehetősége az osztályos feladatok forgó rendszerben történő megosztása. Ebben a rendszerben az osztály orvosainak nagyobbik csoportja minden hétköznapi nappali műszakban jelen van és – méltányosság-elméleti alapon egymás között elosztva – végzi a betegek kezelését, néhány (minimum 2) orvos, pedig vállalja a hétköznapi éjszakai műszakokat, miközben a kezelőorvosi feladatok alól mentesül. Forgás 3-4 havonta szükséges. A rendszer előnye a különböző feladatkörök kialakításán keresztül a monotonitás csökkentése, ami a burn-out egyik lehetséges ellenszere. A másik előnye, hogy módot ad az orvosok kü-

lönöző feladatok iránti egyéni affinitásának figyelembe vételére a beosztás elkészítésekor. Végül ebben a rendszerben a kezelőorvos és a beteg kapcsolata a korábbi munkarenddel megegyezően biztosítható. A rendszer hátrányaként említhető a váltakozó műszakoknak a dolgozók bioritmusára kifejtett kedvezőtlen hatása.

ÖSSZEFOGLALÁS

A munkával való elégedettség – és ezen keresztül a humánerőforrás helyzet – javításának lehetséges eszközei:

- A szakorvosi bérek emelése, illetve a rezidens rendszer támogatásának növelése.
- A munkafeltételeket jelentősen javító „műszakos” munkarend bevezetése (a bérek párhuzamos emelésével). Az ennek következtében megnövekvő szabadidőnek fontos szerepe lehet az orvosok kritikus mortalitási statisztikáinak javításában és a szektorban igen magas arányban előforduló kiégés csökkentésében.
- A pszichiátriai ellátórendszer megszabadítása a szociális feladatok ellátásától.
- Az orvosi szakma presztízse szempontjából kiemelkedően fontos a média objektivitása az orvosokról szóló hírekben. A pszichiátria presztízisének javulásához a terület kiemelkedő kutatási eredményei, valamint a pszichiátriai betegségek miatt a társadalomra nehezedő egyre nagyobb gazdasági terhek járulhatnak hozzá.
- a munkahelyek biztonságát a megfelelő létszámú szakszemélyzet biztosítása, valamint a fokozottan agresszív betegek számára egy kiemelt biztonságú részleg létrehozása javíthatja.
- a személyes orvos-beteg kapcsolat zavartalanságának biztosítása megfelelő szervezéssel – „műszakos” munkarendben is megoldható. Ennek a kérdésnek a szem előtt tartása a szakterület jellegzetességei miatt különösen fontos.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Balázs P.: Az orvos létszám tervezhetőségének problémái. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, 2004, III. évf., 1. sz.: 9-13.
- [2] Balázs P.: Migrációs hatások leképeződése a magyar orvostársadalomban. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja 2005, IV. évf. 2. sz.: 5-10.
- [3] Murray, C.J.L., Lopez, A.D.: Summary: The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. 1996, World Health Organization and Harvard School of Public Health, Geneva and Boston.
- [4] Badó K., Feldmann K., Kis I., Kovács F., Mentusz Zs., Pásztorné Stokker E., Pruzsinszki J., Szauer E. (szerkesztők): Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2005. 2006, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
- [5] Papp L.: Egészségügyi humánerőforrás menedzsment az uniós csatlakozás, valamint a hatályos munkaidő korlátok tükrében. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja 2006, V. évf. 5. sz.: 33-37.
- [6] Tharyan P., John T., Tharyan A., Braganza D.: Attitudes of tomorrow doctors toward mental illness. Natl Med J India. 2001, XIV. évf. 6. sz.: 355-359.

- [7] http://www.eekh.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=10&Itemid=2
- [8] Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB: The motivation to work. 1959, John Wiley and Sons, New York, NY.
- [9] Varga D.: Elvagyódó szakorvosjelöltek. Medical Tribune, 2007, V. évf. 5. sz: 4.
- [10] Pénzügyminisztérium: Magyarország aktualizált konvergencia programja 2006-2010. [www1.pm.gov.hu/.../\(PortalArticles\)/57B7AA5F7E58DC/CBC125723700572203/\\$File/KP_2006_december_final_hu.pdf](http://www1.pm.gov.hu/.../(PortalArticles)/57B7AA5F7E58DC/CBC125723700572203/$File/KP_2006_december_final_hu.pdf)
- [11] Gyórfy Zs., Ádám Sz., Csoboth Cs., Kopp M.: Az öngyilkossági gondolatok előfordulása és pszichoszociális háttértényezői az orvostársadalomban. *Psychiatria Hungarica* 2005;20:370-379.
- [12] Molnár L., Mezei M.: Az orvosok megbetegedéséről és halálózásáról. *Lege Artis Medicinae* 1991, I. évf.: 524.
- [13] Csabai M., Molnár P.: Egészség, betegség, gyógyítás. 1999, Springer, Budapest
- [14] www.webdoki.hu/cikk.php?cid=18190

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Gazdag Gábor 1993-ban szerzett általános orvosi diplomát a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. Az Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikáján kezdett dolgozni, 1998-ban pszichiátriából, 2000-ben pszichoterápiából, 2002-ben addiktológiából, végül 2005-ben geriátriából szerzett szakképesítést. 1999-től a Szent László

Kórház Addiktológiai és Pszichiátriai Ambulanciájának vezetője. Az elektrokonvulzív kezelés témakörében írt PhD értekezését 2005-ben védte meg. 2007-ben a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen menedzsment szakirányú MBA végzettséget szerzett. A Magyar Pszichiátriai Társaság 2007-ben alakult Konzultációs-Kapcsolati Pszichiátriai Munkacsoportjának vezetője. Érdeklődési területe a pszichiátria finanszírozási és humánerőforrás problémái.

Az idei „Év Gyógyszere” díj

Az idei évben két gyógyszer, a Roche készítménye, az Avastin[®], illetve a Boehringer Ingelheim Pharma terméke, a SPIRIVA[®] HandiHaler[®] is megkapta az „Év Gyógyszere” díjat

A Magyar Kísérletes és Klinikai Farmakológiai Társaság (MFT) 1997-ben alapította az „Év Gyógyszere” díjat azzal a céllal, hogy hazánkban a betegségek gyógyításában a legkorszerűbb, leghatékonyabb és leginkább betegbarát készítmények terjedjenek el, és új terápiás eljárások honosodjanak meg. Az „Év Gyógyszere 2007” díjat, – amely az ipari és a tudományos közösségben egyaránt nagy megbecsülést élvez – ünnepélyes keretek között Prof. Dr. Kovács Péter, az MFT elnöke és Dr. Sperlágh Beáta, a Bíráló bizottság elnöke adták át.

A díjat ebben az évben két készítmény nyerte el.

A Roche hatékony daganat ellenes készítménye az Avastin[®]

Az Avastin[®] 2006 óta érhető el Magyarországon. Az Avastin[®] az eddig törzskönyvezett négy területen (vastagbélrák, emlőrák, tüdőrák, veserák) óriási terápiás előrelépést hozott, hiszen az életminőség romlása nélkül eddig soha nem látott mértékben javította a betegek életkilátásait, olyan határvonalakat átlépve, mint a kétéves teljes túlélés colorectalis rákban (25,1 hónap oxaliplatin tartalmú kemoterápiával kombinálva) vagy az egyéves teljes túlélés nemkissejtes tüdőrákban (12,3 hónap). A progressziómentes túlélést mind a négy daganattípusban jelentősen növelte.

A Boehringer Ingelheim Pharma terméke, a SPIRIVA[®] HandiHaler[®] egy légzőrendszeri betegség, a COPD kezelésére szolgál. A gyógyszer korszerű, hatékony és betegbarát, ami pozitívan befolyásolja a betegség klinikai lefolyását és segít megváltoztatni a betegséggel való együttélést. A HandiHaler[®] egy porinhaláló eszköz, amelyet a Boehringer Ingelheim kifejezetten a SPIRIVA[®] bejuttatására fejlesztett ki. A SPIRIVA[®] HandiHaler[®]-t a Boehringer Ingelheim világszerte a Pfizerrel együttműködve forgalmazza.

Tamás Éva