

NEMZETI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT
Egészségügyi képzésfejlesztés munkacsoport

Alapellátó orvosok képzése almunkacsoport

A HÁZIORVOS KÉPZÉS HELYZETE ÉS FEJLESZTÉSI LEHETŐSÉGEI



Egészségügyi Ellátórendszer
Szakmai Módszertani Fejlesztése
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

SZÉCHENYI 2020

2020

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Kolozsvári L., Eörsi D., Busa C., Csikós Á., Hargittay C., Kalabay L., Kolozsváriné Harsányi S., Mohos A., Radványi I., Rurik I., Szabó J., Török K., Varga A., Várnai R., Gutási É., Korolovszky J.:

A HÁZIORVOS KÉPZÉS HELYZETE ÉS FEJLESZTÉSI LEHETŐSÉGEI

Nemzeti Népegészségügyi Központ

Budapest, 2020.

Kolozsvári L., Eörsi D., Busa C., Csikós Á., Hargittay C., Kalabay L., Kolozsváriné Harsányi S., Mohos A., Radványi I., Rurik I., Szabó J., Török K., Varga A., Várnai R., Gutási É., Korolovszky J.:

A háziorvos képzés helyzete és fejlesztési lehetőségei

Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi Központ

ISBN: 978-615-80084-7-1

A kiadvány szerzői jogvédelem alatt áll, arról másolat készítése, más formában való felhasználása a kiadó előzetes írásbeli engedélye nélkül tilos.



Egészségügyi Ellátórendszer
Szakmai Módszertani Fejlesztése
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

A LAKÓHELYKÖZELI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS FEJLESZTÉSE

Egészségügyi képzésfejlesztés munkacsoport

2019.10.18.

Készítette az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

„Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt

„Lakóhelyközeli egészségügyi ellátás fejlesztése” alprojekt

„Egészségügyi képzés-fejlesztés” munkacsoportja



A projekt a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

Az eredménytermék elkészítését koordinálta:

Gutási Éva

Korolovszky Júlia

Szerzők, szakértők, lektorok:

Busa Csilla
Dr. Csikós Ágnes
Dr. Eörsi Dániel
Dr. Hargittay Csenge
Dr. Kalabay László
Dr. Kolozsvári László Róbert
Dr. Kolozsváriné Harsányi Szilvia

Dr. Mohos András
Dr. Radványi Ildikó
Dr. Rurik Imre
Dr. Szabó János
Dr. Török Krisztina
Dr. Varga Albert
Dr. Várnai Réka

Grafikai munkák:

Reszkető Róbert

Almunkacsoport vezetői:

Dr. Kolozsvári László Róbert

Előterjesztő:

Dr. Kolozsvári László Róbert
(Munkacsoport vezető)

Jóváhagyó:

Dr. Dózsa Katalin
(Alprojekt vezető)

Dr. Orosz Beatrix
(Szakmai vezető)

TARTALOMJEGYZÉK

I. FEJEZET

ELEMZÉS A HÁZIORVOS-KÉPZÉS NEMZETKÖZI GYAKORLATÁRÓL

I./1.	Módszertan.....	11
I./2.	Rövid összefoglaló a világ háziiorvosképzéséről.....	12
I./3.	A jelenlegi képzési rendszer főbb irányai Európában.....	12
I./3.1.	Graduális képzés	12
I./3.2.	Posztgraduális képzés	12
I./3.3.	A vizsgált országok képzésének összehasonlítását lehetővé tevő szempontok.....	13
I./4.	Néhány, a magyar szakmai kapcsolatok szempontjából fontos ország háziiorvosi képzése... 16	
I./4.1.	Egyesült Királyság	16
I./4.2.	Skandináv államok	18
I./4.3.	Németország	22
I./4.4.	Közép-Kelet Európa.....	24
I./4.5.	Háziiorvosképzés az Amerikai Egyesült Államokban.....	26
I./5.	A nemzetközi helyzet áttekintése témakörök szerint.....	31
I./5.1.	Mentálhigiénés gondozás.....	31
I./5.2.	A palliatív ellátás oktatása.....	33
I./5.3.	Összefoglalás	35
	Irodalomjegyzék.....	38

II. FEJEZET

A HÁZIORVOS-SZAKKÉPZÉS TANANYAGAINAK, GYAKORLATÁNAK FELMÉRÉSE ÉS ÉRTÉKELÉSE

II./1.	Fogalomtár.....	43
II./2.	Módszertan.....	45
II./3.	Oktatás-módszertani összefoglaló	45
II./3.1.	A két memóriarendszer.....	46
II./3.2.	Az oktatás hatása a memóriára.....	46
II./3.3.	Oktatásmódszertan a graduális képzés során:.....	46
II./3.4.	Oktatásmódszertan a posztgraduális képzés során:	49

II./4.	A magyarországi graduális háziorképzés aktuális helyzete.....	49
II./4.1.	Budapest.....	49
II./4.2.	Debrecen.....	56
II./4.3.	Pécs.....	57
II./4.4.	Szeged.....	58
II./4.5.	Összefoglalás.....	60
II./5.	A magyarországi háziorképzés helyzete, főbb jellemzői – bevezetés.....	62
II./5.1.	Budapest.....	63
II./5.2.	Debrecen.....	67
II./5.3.	Pécs.....	69
II./5.4.	Szeged.....	72
II./5.5.	Összefoglalás.....	75
II./6.	További képzési formák.....	77
II./6.1.	Kötelező szintentartók, élethossziglani tanulás.....	78
II./6.2.	PhD képzések a háziorképzésben.....	80
II./7.	Magyar nyelvű háziorképzési tankönyvek.....	83
II./8.	Összefoglalás.....	86
	Irodalomjegyzék.....	88

III. FEJEZET

A LICENCKÉPZÉSEK KERETEINEK, SZAKMAI TARTALMÁNAK, AZ EDDIGI TAPASZTALATOKNAK A FELMÉRÉSE ÉS ÉRTÉKELÉSE

III./1.	Vezetői összefoglaló.....	90
III./2.	Módszertan.....	90
III./3.	A szakorvosi licenc fogalma.....	91
III./4.	Előzmények.....	91
III./5.	A 23/2012 EMMI rendelet ismertetése.....	91
III./6.	A licencek célja, az új kompetenciák és a végezhető tevékenységek a háziorképzésben szakképesítéssel megszerezhető szakorvosi licencek esetében.....	93
III./7.	A licenc képzések tartalmi előírásai.....	95
III./8.	Szakorvosi licencképzési tanfolyamok.....	97
III./9.	Licencvizsga.....	100
III./10.	Adatok a licencvizsgával rendelkező orvosokról.....	104
III./11.	Gyakorlati konzekvenciák: mit ér a licenc ma Magyarországon?.....	107
III./12.	Összefoglalás és a fejlődési irányok meghatározása.....	108
	A licencek körének jelentős bővítése.....	108
	A licencképzések rendszerének újragondolása.....	109
	A jogszabályi környezet fejlesztése, valódi előnyök megteremtése.....	109
	A licencekkel kapcsolatos kommunikáció fejlesztése.....	110
	Irodalomjegyzék.....	112

IV. FEJEZET

ÖSSZEFOGLALÓ ELEMZÉSA HAZAI HÁZIORVOSKÉPZÉSRŐL A FEJLESZTÉSI IRÁNYOK MEGHATÁROZÁSÁVAL

IV./1.	Bevezetés	114
IV./2.	Módszertan.....	115
IV./3.	Előzmények	115
IV./3.1.	A háziiorvosképzés története Magyarországon	115
IV./3.2.	A Tanszékek kialakulása Magyarországon	116
	A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar	
	Családorvosi Tanszékének története	116
	A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar	
	Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszékének története.....	117
	A Pécsi Tudományegyetem	
	Alapellátási Intézetének története	118
	A Szegedi Tudományegyetem,	
	Családorvosi Intézet és Rendelő története.....	119
	A magyarországi orvosi egyetemek graduális képzése során történő	
	háziiorvostan-oktatás összehasonlító elemzése.....	119
	Áttekintés a háziiorvos szakképzés rendeletben meghatározott	
	programjának egyetemenkénti szabályozásáról.....	122
IV./4.	A háziiorvos képzés, családorvosi tanszékek, alapellátási intézetek helyzete	
	a magyar felsőoktatási rendszerben	125
IV./5.	A háziiorvos helyzete, presztízse a magyar egészségügyi társadalomban.	
	A képzés jelentősége	125
IV./6.	Összefoglalás.....	129
	Irodalomjegyzék	130

I. FEJEZET

ELEMZÉS A HÁZIORVOS-KÉPZÉS NEMZETKÖZI GYAKORLATÁRÓL



A gyógyítás mindig is nemzetközi látásmódot igényelt, és a mai orvoslás számára hatványozottan szükségzerű az országhatárokon, nyelveken, kultúrákon átívelő szemlélet elsajátítása. Az emberi élet értékének univerzális jellege, a biológia kultúrafüggetlen volta és a terápiás felelősség miatti alázat egyaránt arra sarkall bennünket, gyógyítókat, hogy az idegen nyelvű irodalmat tanulmányozva, nemzetközi kapcsolatokat kiépítve szerezzünk külföldi tapasztalatot, tudást. Mindez természetesen a háziorvoslásra is igaz, még akkor is, ha a háziorvos tevékenysége különösen elválaszthatatlan nyelvi és szociológiai környezetétől.

Természetes volt tehát számunkra, hogy projektünk kitér a nemzetközi háziorvosképzés sajátosságaira, igényként jelenik meg az interkulturális kontextus feltérképezése. Eredménytermékünk fejlesztése során a legkomolyabb elméleti kérdés az volt, hogy mely országok mely egyetemének képzéseiből szemlézzünk. Természetes, hogy a nemzetközi szakirodalomban leginkább hivatkozási alapnak tekintett egyesült királyságbeli háziorvosi

képzési rendszer az egyik bemutatott példa. Emellett fontosnak tartottuk bemutatni a szintén komoly múltra visszatekintő, átgondolt német háziorvosi rendszert is. A skandináv országokra igen erős társadalombiztosítási, népegészségügyi rendszer jellemző, alapellátásuk erős, ezért fontosnak tartottuk az ottani viszonyok bemutatását is. Az egyesült államokbeli képzési rendszer bemutatására azért esett a választás, mert arra számítottunk, hogy oktatás-módszertani szempontból lesz releváns a számunkra. Végül, hogy ne csak a nálunk fejlettebb rendszerekről beszéljünk, igyekeztünk bemutatni néhány, hazánkhoz hasonló történelmi–gazdasági–szociológiai háttérű közép-európai ország háziorvosképzését is.

Az eredményterméken dolgozó munkacsoport tagjai többségükben háziorvos szakorvosok, többeknek van nemzetközi munkatapasztalata, majdnem mindegyikük oktat idegen nyelven is.

I./1.

Módszertan

A háziorvosképzés nemzetközi viszonyainak feltérképezése szempontjából szédületes mennyiségű, azonban nem egyformán jól hozzáférhető ismeretekből szemléztünk.

Az adatgyűjtés módjára vonatkozóan ötletként megjelent, hogy nemzetközi szakmai szervezeteken keresztül kérdőíves információkérés történjen. Munkacsoportunk megkezdte egy félig strukturált kérdőív összeállítását. A kérdőív első részében zárt kérdéseket terveztünk feltenni, melyeket két részre terveztünk osztani: részvételi adatok és szakmai koncepciók. Részvételi adatok alatt az egyes képzési formákra beiratkozott kollégák számát, a sikerrel teljesítő résztvevők arányát értjük. A szakmai koncepciók feltérképezése azt jelenti, hogy konkrét kérdéseket terveztünk feltenni arra vonatkozóan, hogy az egyes képzési formák során mely témakörök milyen súllyal szerepelnek, pl. fertőző betegségek, mentálhigiénés gondozás, krónikus betegségek megelőzése, szűrése és gondozása, interkulturális medicina, praxis-szervezés stb. A kérdőív második felében nyitott kérdések jelentek volna meg, például milyen képességek elsajátítását tartják fontosnak a háziorvosok képzése során.

A rendelkezésre álló idő rövidege miatt végül a kérdőíves adatfelvétel gondolatát elvetettük, internetes keresés mellett döntöttünk. Ennek előnye, hogy az adatgyűjtés nem függ a partnerintézetek elérhetőségétől, aktivitásától. Hátránya azonban, hogy az adatok minősége az egyes intézmények honlapjának minőségétől függ. Meghatározott kulcsszavas keresés mellett döntöttünk. A kulcsszavak a következők voltak: magyarul „házi orvos/családorvos, képzés, graduális, postgradualis, kurrikulum, egyetem”; angolul „general practitioner/family doctor/family physician, training, graduate, postgraduate, kurrikulum, university”, németül „Allgemeinmedizin, Familienmedizin, Ausbildung, Gradual, Postgradual, Lehrplan, Universität”. A meghatározott kulcsszavakkal történő keresés miatt lehetőségünk nyílt szisztematikusan rendezni az összegyűjtött információkat. További probléma, hogy elsősorban angol, esetleg német nyelven van sok adat az interneten, így csak közvetett információk nyerhetők azon országok képzéséről, ahol nem elterjedt angolul is közzétenni a képzési rendszereket. Ez azt jelentette, hogy az angol, illetve német nyelvű képzések mellett viszonylag egyszerű volt adatokat nyerni a skandináv országok képzéséről, de korántsem volt ugyanilyen egyszerű a közép-kelet-európai képzési viszonyok feltérképezése. Mindazonáltal úgy látjuk, összességében sokszínű, árnyalt képet tudunk bemutatni a háziorvosképzés nemzetközi gyakorlatáról. A gyűjtött anyagok alapján számos következtetés vonható le a jelenlegi és a leendő magyarországi háziorvos-képzési

rendszerre vonatkozóan is. Talán röviden úgy foglalnánk össze tapasztalatainkat, hogy a jelenlegi magyarországi képzési rendszer szemléletében korszerű, a gyakorlati képzési folyamatok azonban fejlesztésre, standardizálásra szorulnak. A nemzetközi helyzet áttekintésének célja, hogy feldolgozásra kerüljön hasonló helyzetben lévő, valamint a hazainál gazdaságilag fejlettebb országok képzési rendszere. Az így azonosított jó gyakorlatok alapvető forrásunk lesznek a munkacsoport által készített tananyagok fejlesztése során.

Itt kell kitérnünk fejezetünk fogalomhasználatára is. Ahogy magyarul immár szinonimaként használjuk a „házi orvos” és a „családorvos” szavakat, úgy angolul sem teszünk különbséget a „Family Medicine” és a „General Practice” között, még akkor sem, ha egyes esetekben a szakmai-jogi nyelvi kontextus számára nem teljesen azonos fogalmakról van szó. Graduális képzésről az orvosi diploma megszerzéséhez szükséges képzési elemek esetén beszélünk, posztgraduális minden, ami ezután jön, függetlenül attól, hogy háziorvosi specializáció céljából történik-e.

Fogalomtár:

mentálhigiénés gondozás: A betegek pszichés gondozása, mentális vezetése. A lelki egészség megőrzése, illetve a mentális betegséggel rendelkező betegek gondozása, kezelése.

family medicine: A WONCA európai definíciója szerint „*General practice/family medicine is an academic and scientific discipline, with its own educational content, research, evidence base and clinical activity, and a clinical specialty orientated to primary care*”, azaz a háziorvoslás/családorvoslás egy akadémiai tudományterület, melyet önálló képzési rendszere, kutatásai, bizonyítékon alapuló gyógyító tevékenysége és az alapellátásra irányuló gondolkodásmódja jellemez.

Forrás:

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>

general practice: a family medicine szinonimája, lásd ott.

A képzés egyes elemeinek neve (pl. „rezidens-képzés”) országonként eltérő jelentéssel bír, ezért mindig a megfelelő helyen definiáljuk.

I./2. Rövid összefoglaló a világ háziorképzéséről

Az egészségügyi alapellátás helyzete igen heterogén a világon. A Háziorkosok Világszervezete (WONCA) honlapján részletes helyzetképet közöl, mely alapján a világ országainak nagyobb részében van háziorkos szakmai szervezet. A háziorkosi szakképzéssel rendelkező országok aránya már nem ennyire kedvező, a világ nagy részén általános orvosi diplomával, szakképzés nélkül lehet háziorkosi szolgálatot ellátni – hasonlóképpen a néhány évtizeddel ezelőtti magyarországi viszonyokhoz. Sokhelyütt még az orvosi cím sem feltétel, például a szomszédos Ukrajnában „felcserek” látják el az alapellátást, ők orvostanhallgatók, vagy más, felsőfokú képzettséggel nem rendelkező személyek. Számos területen az egyes országokon belül is inhomogenitást tapasztalunk, például Brazília nagyobb városaiban van háziorkos, más területein esetleg az alapellátás hozzáférhetősége.

Homogén alapellátást, háziorkos szakképzést találunk az Európai Unió területén és a társult államokban (Norvégia, Svájc, Izland), Észak-Amerikában, Ausztráliában és Új-Zélandon, valamint még néhány országban.

Mindennek alapján kijelenthetjük, hogy minden nehézségünk, szakmai, gazdasági és kulturális dilemmánk ellenére hazánk még mindig a világ szerencsésebbik felén található az alapellátás szervezetsége, az alapellátásban dolgozó szakemberek képzettsége szempontjából.^{1,2,3}

I./3. A jelenlegi képzési rendszer főbb irányai Európában

I./3.1. Graduális képzés

39 európai ország esetében 12 országban nincs helye háziorkostan/családorvostan tantárgynak a graduális oktatásban. 15 európai orvosi egyetemnek a családorvostan tantárgy klinikai komponens nélkül szerepel a kurrikulumban vagy a praxisgyakorlat rövidebb, mint 1 hét.

Egyre inkább nyilvánvalóvá válik, hogy az erős egészségügyi alapellátó rendszer nagyobb hatékonysággal javítja a népesség egészségi állapotát, a lakosság részére könnyebben elérhető és a gazdasági erőforrásokat jobban felhasználja, mint a szakellátó rendszer. Az erős és hatékony alapellátás fejlesztésének és fenntartásának kulcsa, hogy a végzős orvostanhallgatók minél nagyobb aránya válassza a háziorkosi hivatást. Ehhez elengedhetetlen, hogy a háziorkoslás mint szakma az orvos egyetemi képzés kurrikulumban megjelenjen.⁴ Az orvostanhallgatók későbbi karrierválasztását az orvorképzés során nyert benyomásaik alakítják. Mivel a hallgatókra az oktatási intézmény általános kultúrája jelentős hatással bír, az egyetemek háziorkoslással kapcsolatos negatív attitűdjei azon hallgatók számát is befolyásolja, akik a háziorkoslást mint szakterületet választják a későbbiekben.⁵ Az orvosi szakterület kiválasztása legkorábban a klinikai tantárgyak megjelenésekor kezdődik. Ennek ellenére a graduális oktatásban a különböző európai országok háziorkosi kurrikuluma nincs összhangban.⁶ A háziorkoslásban történő munka olyan problémamegoldó képességet követel, amely jelentősen különbözik a lineáris gondolkodású, betegségközpontú egyetemi kórházak gondolkodásmódjától, utóbbi azonban az orvos egyetemi képzés során hangsúlyosabb jelenik meg. Az alapellátásban a beteg egésze – testi és szellemi állapota – áll a középpontban, az adott környezetben és hosszú időtartamot tekintve. Komplex és nehezen érthető egészségügyi problémák, különböző betegségcsoportok ellátása szükséges, és ennek a jó orvos–beteg kapcsolat egy fontos eszköze. Egyetlen orvostanhallgató sem végezhetne ezen szempontok megértése nélkül.⁷

Az „Avicenna Database” szerint Európában közel 400 orvostudományi egyetem létezik. Egy kérdőíves felmérés szerint a válaszadó egyetemek 13,5% -ánál nem jelenik meg a háziorkoslás mint önálló szakma a graduális képzés során (lásd: Brekke et al). Ezen az orvosi egyetemek 11 európai országban található. Azon egyetemek esetében, ahol a háziorkoslás megtalálható a kurrikulumban, számos esetben ez elméleti jellegű, klinikai összetevő nélkül, vagy a klinikum rész rövid, alig néhány óra.

I./3.2. Posztgraduális képzés

A háziorkosi szakképzés sikeres elvégzése – Norvégia kivételével – az összes Európai országban kötelező a háziorkosként történő munkavégzéshez. Egyéb szakvizsgálattal rendelkező orvosoknak továbbképzésen/átképzésen szükséges részt venniük, ahhoz, hogy háziorkosi tevékenységet folytathassanak. Egyes országokban az egész háziorkosi szakképzést szükséges elvégezniük az átképzéshez, míg más országok elfogadják korábbi szakgyakorlatokat.

I./3.3. A vizsgált országok képzésének összehasonlítását lehetővé tevő szempontok

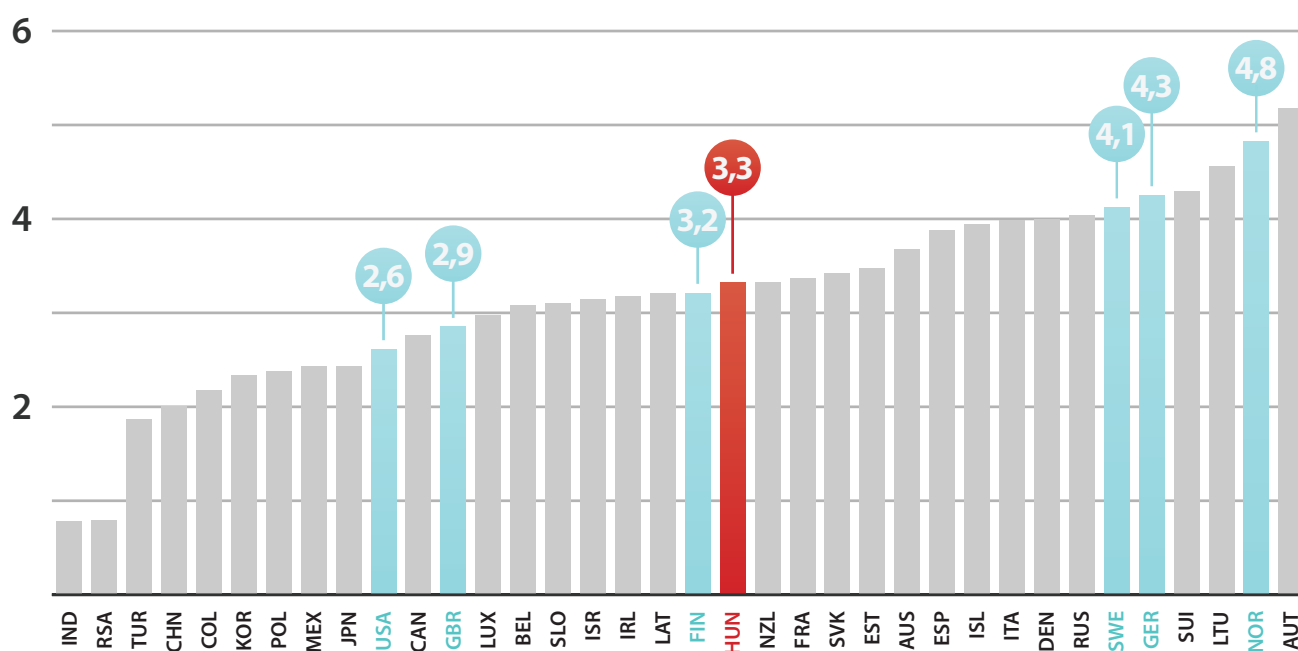
Az OECD rendszeresen közzéteszi az egészségügyi ellátás helyzetére vonatkozó statisztikákat.

Az 1. ábrán látható az 1000 lakosra jutó orvosok száma országonként, amely egy, az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségének modellezésére elterjedten használt mérőszám. Látható, hogy Magyarország a középme-

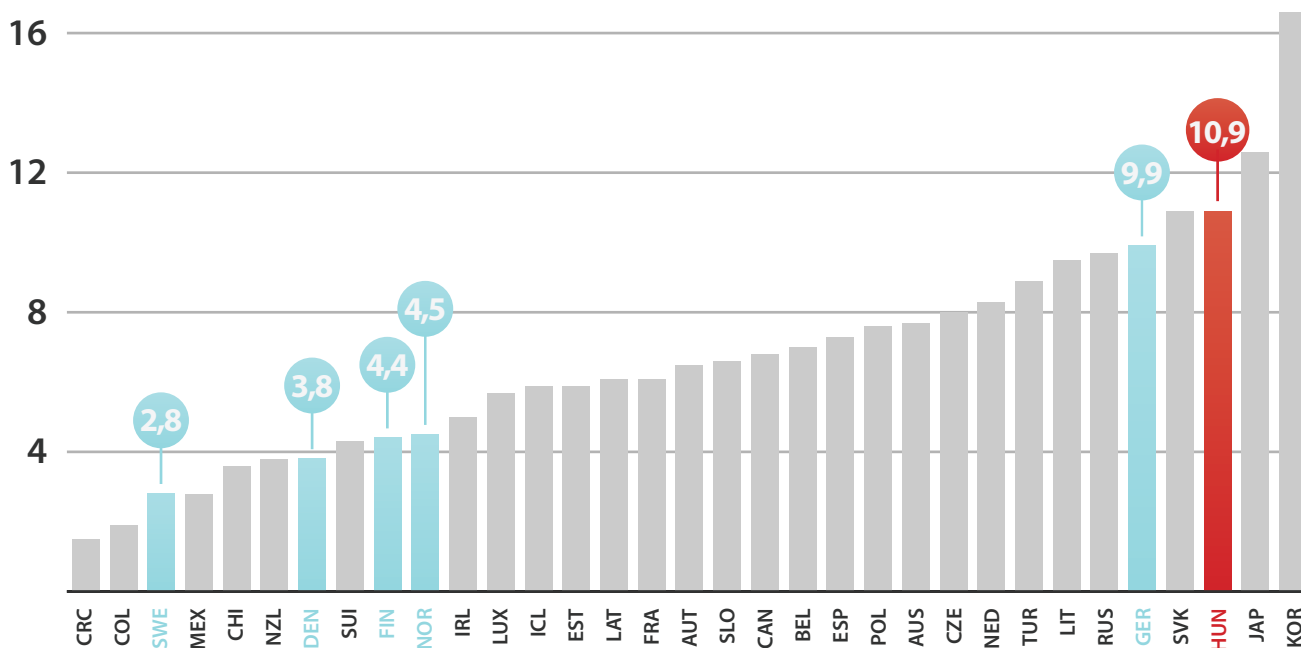
zőnyben van 3,1 orvos/1000 lakos eredményével. A fejezetünkben vizsgált országokra jellemző eredmények elég nagy szórást mutatnak, nem jelentenek homogén mintát.

A következő ábra (2. ábra) az egy orvosra jutó konzultációk számát mutatja. A kiugróan magas magyar adat okai összetettek. Az eredménytermékünkben vizsgált országok ezen mérőszám szempontjából is változatos helyzetet mutatnak.

I/1. ábra: 1000 lakosra jutó orvosok száma országonként⁸

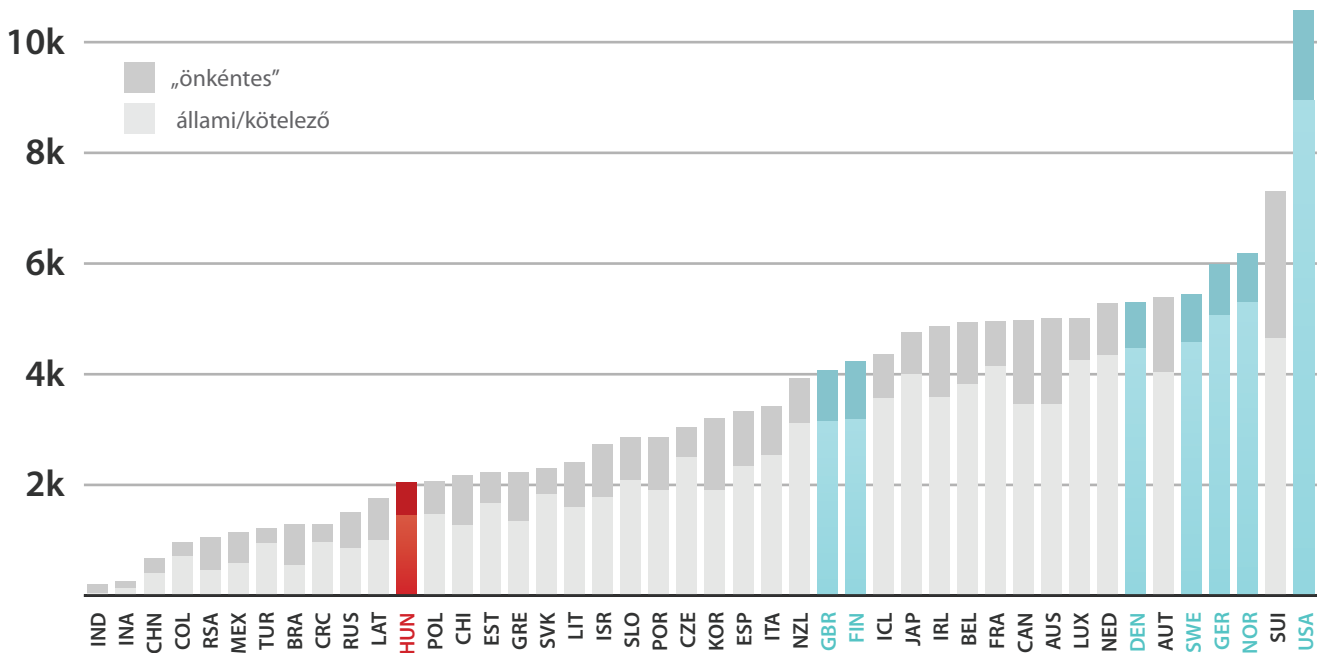


I/2. ábra: Az egy orvosra jutó konzultációk száma⁹



A következő ábra (3. ábra) az egészségügyi kiadások szerkezetét demonstrálja, mely az egészségügyi ellátás fejlettségének egyik legszélesebb körben használt paramétere. Az üres négyzet az állami kiadások, az x pedig a lakossági önrész mértékét mutatja. A magyar egészségügyi kiadások összértéke sajnos az alsó kvartilisban van. Az eredménytermékünkben vizsgált országok ezen szempontból is nagy szórást mutatnak, képünk heterogén.

I/3. ábra: Az egészségügyi kiadások szerkezetének demonstrációja, amely az egészségügyi ellátás fejlettségének egyik legszélesebb körben használt paramétere¹⁰ (USD/fő)



A következő, két részből álló táblázatot (1/a táblázat és 1/b táblázat) magunk készítettük. Célja, hogy bemutassa az eredménytermékben vizsgált országok legfontosabb gazdasági jellemzőit és a képzési viszonyokat szemléltető paramétereket.

I/1/a táblázat: Az eredménytermékben vizsgált országok legfontosabb gazdasági jellemzői és a képzési viszonyokat szemléltető paraméterek

	Svédország	Norvégia	Dánia	Finnország
Népesség (fő) 2016 január 1.	9 995 153	5 258 317	5 748 793	5 503 297
Terület (km²)	450 295	323 802	2 211 000	338 424
Orvosképző egyetemek (db)	7	4	4	5
Graduális képzés ideje (év)	5.5	6	6	6
Háziorvostan képzés	18 hó „internship” ^{**} + specializáció	18 hó „internship” ^{**}	1 év „internship” ^{**} + 5 év specializáció	nincs „internship” ^{**} + 9 hónapos háziorvosi gyakorlat
Orvosok száma (fő)	30 000	20 000	14 000	28 565
Háziorvosok száma (fő)	5 000	4 500	3 600	3500
Egyéb	praxisközösség	nem feltétel háziorvosi szakvizsga	decentralizált ellátás	150 egészségügyi központ

^{**}internship: a graduális képzést követően, a választott specializációt megelőző egységes gyakornoki időszak

I/1/b táblázat: Az eredménytermékben vizsgált országok legfontosabb gazdasági jellemzői és a képzési viszonyokat szemléltető paraméterek

	Izland	Egyesült Királyság	Németország	USA
Népesség (fő) 2016 január 1.	332 529	65 808 573	82 800 000	323 127 513
Terület (km²)	102 928	242 495	357 376	9 826 630
Orvosképző egyetemek (db)	1	33	40	osztéopátiás: 34 allopátiás: 136
Graduális képzés ideje (év)	6	5-6	6 év 3 hónap	4 (Bachelor's fokozat)
Háziorvostan képzés	+1 év klinikai gyakorlat	2 év Foundation Year training 3 év GP training	5 év	3 év rezidensi program
Orvosok száma (fő)	1 200	192 000	365 200	951 061
Háziorvosok száma (fő)	174 (1996)	60 800	60 000	133 059
Egyéb	5. év után dolgozhat	csoport praxisok	csoport praxisok	allopátiás és osztéopátiás háziorvosok*

*Az allopátiás és osztéopátiás képzés/orvos fogalmát az USA-beli képzés ismertetésénél találja az olvasó.

I./4.

Néhány, a magyar szakmai kapcsolatok szempontjából fontos ország háziiorvosi képzése

I./4.1. Egyesült Királyság

Európában, de talán az egész világon is legerősebb, legjobban kutatott és legfejlettebb minőségbiztosítással rendelkező alapellátás az Egyesült Királyságban található. Az Egyesült Királyságban praktizáló 192 000 orvosból körülbelül 60 000 házi- orvos (General Practitioner, GP) lát el 65 millió lakost. Az egészségügyi rendszer központi szereplői a házi- orvosok, erős kapuőr (gatekeeper) szereppel. Azonban itt is jelentős a házi- orvoshiány, az NHS (National Health System) a kormányzati szándéknak megfelelően 6000 új házi- orvost szeretne toborozni 2020-ig.¹¹ A házi- orvosná válás folyamata graduális képzésből, foundation year trainingből és GP speciality trainingből áll.¹²

Graduális képzés

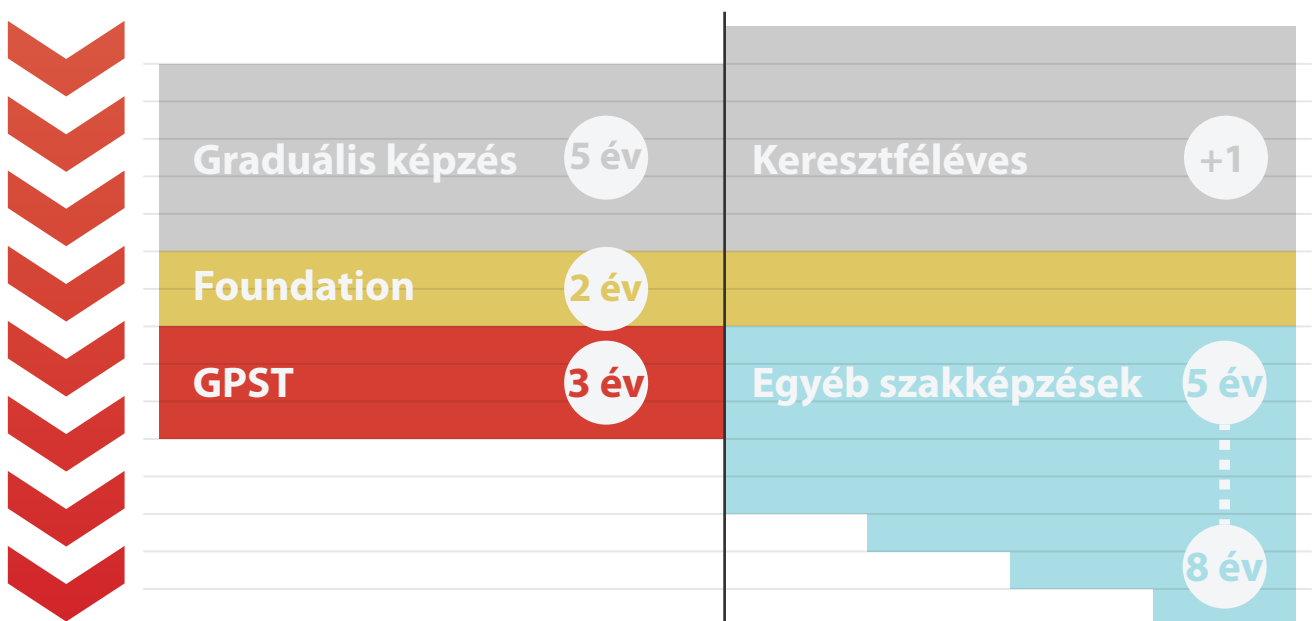
A graduális képzés az Egyesült Királyságban 33 egyetemen történik (medical schools), és általában 5-6 évig tart.

Rezidensképzés – Foundation Year Training

Az orvosi képesítés megszerzése után (undergraduate medical degree) 2 éves Foundation Year training következik („alapozó képzés”, FY1 és FY2). Az első év (FY1) után kapják meg a GMC (General Medical Council) teljes regisztrációját, majd a második évben (FY2) különféle szakterületeken töltenek gyakorlatot a hallgatók.

A program tanterve oktatás szempontjából és klinikailag felügyelt, gyakorlati alapú tanulás, rendszeres időközönként visszajelzéssel (feedback) alátámasztva, a gyakorlatra és értékelésre reflektálva. A foundation year orvosai azon dolgoznak, hogy megalapozzák a szakmai identitásukat egy multidiszciplináris csapatban és az egészségügy egészében. A programban részt vevő orvosok azt szeretnék bizonyítani, hogy képesek finomítani tudásukat, és felelősséget vállalni a hatáskörük korlátjain belül. Elvárják tőlük, hogy felelősek legyenek az oktatásukért és a képzésükért a kritikai gondolkodásuk és szakmai megítélésük tekintetében. Rendszeresen kell értékelniük és elemezniük a teljesítményüket és a kapott feedbacket. Ezt arra kell használniuk, hogy azonosítsák az erősségeiket és a személyes és szakmai fejlődésre vonatkozó céljaikat.

I/4. ábra: A házi- orvos- és egyéb szakorvosképzések időtartama az Egyesült Királyságban ¹⁴



A The Foundation Programme Kurrikulum 2016 foglalja össze az orvosi diploma megszerzése utáni első két év képzési programját.

A tanterv 20 alapvető szakmai képessége („foundation professional capabilities”) a szakmai és klinikai orvosi gyakorlat kulcsfontosságú tényezőit tükrözi. Az FY1 és az FY2 végére igazolni kell az orvosoknak, hogy a szakmai készségük, a teljesítményük megfelel vagy meghaladja a képzés minimális várható követelményeit.

A második év során (FY2) klinikai felügyelet alatt dolgoznak, de a betegellátásban növekvő felelősséget vállalnak. Többféle, új kihívást jelentő klinikai környezetben (például járóbeteg és sürgősségi ellátás) nagyobb nyomás alatt dolgoznak. Továbbfejlesztik a kulcsfontosságú képességeiket, és több szupervíziót, oktatás és képzést nyújtanak az egészségügyi személyzetnek (például nővérek, orvostanhallgatók és kevésbé tapasztalt orvosok). A képzés végén demonstrálniuk kell a klinikai hatékonyságukat, vezetői és döntéshozó képességeiket, amelyek a háziiorvosláshoz, a core vagy speciality tréninghez szükségesek.¹³

Speciality Training In General Practice (GPST)

A Foundation Year training befejezése után jelentkezhetnek háziorvos képzésbe (GPST, Speciality Training in General Practice), amely 18 hónap kórházi és 18 hónap háziorvosi képzést foglal magába. A képzés végén vizsgát tesznek (MRCGP) majd kérhetik felvételüket a GMC GP register-be, ezután a szükséges engedélyek megszerzésével dolgozhatnak önállóan. A háziorvosképzés általában rövidebb ideig tart (3 év), mint a más szakmákban dolgozó szakorvosok képzése (> 8 év) (4. ábra).

GPST kurrikulumok

A kurrikulum szakaszokból áll. Az első rész, hogyan legyen valaki háziorvos. Ez meghatározza a kurrikulum alapját képező öt képességterületet. Ezeket a képességterületeket ezután külön alapképességekre és kompetenciákra bontják le. A fennmaradó tananyag egy sor olyan modulból áll, amelyek alaposabban megvizsgálják az alapvető képességeket. Az első csoport, a professzionális modulok, olyan fontos szakmai területeket foglal magában, mint a tanácsadás, a betegbiztonság, a vezetés és az önálló tanulás. A második csoport, a klinikai modulok bemutatják a klinikai gyakorlat egyes területeit, amelyek GP-ként találkoznak. Ezek a modulok példaként szolgálnak, és nem szolgálnak minden téma teljes listájaként, amelyet GP-ként meg kell tanulni.¹⁵

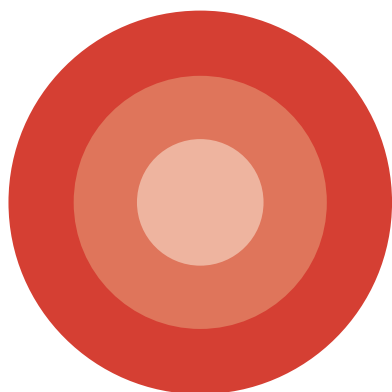
I/5. ábra: Az angol háziiorvosképzés kurrikuluma¹⁶

The Core Statement

1.00 Being a good practitioner

The Professional Modules

2.01 Being a good practitioner
2.02 Patient Safety and Quality Care
2.03 The GP in the Wider Professional Environment
2.04 Enhancing Professional Knowledge



The Clinical Modules

3.01 Healthy People: promoting health and preventing disease
3.02 Genetics in Primary Care
3.03 Care of Acutely Ill People
3.04 Care of Children and Young People
3.05 Care of Older Adults
3.06 Women's Health
3.07 Men's Health
3.08 Sexual Health
3.09 End-of-Life Care
3.10 Care of People with Mental Health Problems
3.11 Care of People with Intellectual Disability
3.12 Cardiovascular Health
3.13 Digestive Health
3.14 Care of People who Misuse Drugs and Alcohol
3.15 Care of People with ENT, Oral and Facial Problems
3.16 Care of People with Eye Problems
3.17 Care of People with Metabolic Problems
3.18 Care of People with Neurological Problems
3.19 Respiratory Health
3.20 Care of People with Musculoskeletal Problems
3.21 Care of People with Skin Problems

I./4.2. Skandináv államok

Skandináv országok háziorképzése:

Skandináv országok alatt földrajzi értelemben elsősorban Svédországot, Norvégiát és Dániát értjük, azonban tágabb értelemben Finnország és Izland is ide tartozik. Ezen országok összefoglaló elnevezésére használatos az „Északi országok” („*Nordic countries*”) elnevezés is. Így a fejezet során a két kifejezés szinonimaként kerül használatra. Ezen öt ország nemcsak földrajzi szempontból alkot közösséget, de számos kulturális, történelmi, gazdasági hasonlóság, kapcsolódás is jellemző rájuk.

Közös jellemző az ún. „*Skandináv modell*” alapján kialakított, magas színvonalú, jelentős állami ráfordításokkal rendelkező egészségügyi ellátórendszer. Jellemző az egyre elöregedő társadalom révén az egészségügyi szektorra, illetve az alapellátásra nehezedő fokozódó terhelés. A hasonlóságok ellenére az alapellátás és a háziorképzés rendszer tekintetében számos eltérés is megfigyelhető az egyes országok között. A háziorképzés megszervezésére és kialakítására szintén jellemzőek a közös elemeken túl az egyéni vonások.^{17,18}

Általánosságban elmondható, hogy a háziorképzés már a *graduális képzés* során is megjelenik – mind elméleti, mind gyakorlati formában – valamennyi északi ország képzési rendszerében.¹⁹ Valamennyi országban létezik önálló, külön *posztgraduális képzési* rendszerrel rendelkező, szakvizsgával záruló háziorképzési specializáció. Említésre méltó az úgynevezett „*internship*” rendszer, amely az orvosi diploma átvételét követően, a választott szakirány szakképzésének megkezdése előtt, egységes tematika szerint épül fel. Ennek szerves részét képezi a jellemzően fél éves háziorképzési praxisban töltött munka. Így valamennyi végzett orvos személyes tapasztalatokkal gazdagodik az alapellátást illetően.

Valamennyi skandináv ország esetén, akárcsak Magyarországon, jellemző probléma a háziorképzés társadalom elöregedése, a háziorképzés utánpótlás megszervezésének nehézsége. A probléma kezelésére tett lépések a graduális, illetve posztgraduális képzés során is megjelennek. Mivel az utánpótlás biztosítása elsősorban a távoli, vidéki területeken („*medical deserts*”) jelent problémát, így a téma tárgyalásának elválaszthatatlan részét képezi a vidéki (házi) orvoslás speciális kérdésköre.

A továbbiakban összefoglalásra kerülnek az egyes skandináv országok alapellátási sajátosságai, illetve háziorképzési rendszerei.

Dánia

A mintegy öt és fél millió lakosú ország népességére jellemző, hogy növekszik és elöregedő. Az *alapellátásnak* fontos szerepe van az egészségügyi ellátórendszeren belül. Az ellátórendszerre jellemző, hogy decentralizált, régiókra és további kisebb egységekre tagozódik, így a szabályozás választ adhat a helyi kihívásokra. A háziorképzésnek a definitív ellátás mellett kapuóri szerepe is van. A háziorképzés a régiókkal szerződésben álló vállalkozók, a bejelentkezett páciensek ellátását a biztosítás fedezi. Az országban az alapellátásért mintegy 3600 családorvos, azaz az orvosok körülbelül 20%-a felel. Dánia körülbelül 2200 háziorképzési rendelőjében, rendelőnként egy vagy két háziorképzés dolgozik. Az átlagos éves orvoshihoz fordulási arány 7 konzultáció/fő, melyek a rendelőben folytatott konzultációkból, az otthoni vizitekből, valamint a telefonos konzultációkból adódnak össze.²⁰ Azaz, míg az orvos/lakosság arány körülbelül hasonló, mint Magyarországon, az orvos-beteg találkozások száma elmarad a hazaitól. Habár az elmúlt évtizedben az orvosok száma növekvő tendenciát mutat, azonban számos, elsősorban vidéki területen orvoshiány van.

A dán *orvosi egyetemi képzés* hat éves, melyet elvégezve a hallgatók általános orvosi diplomát szereznek. Ezt követően egy éves általános klinikai gyakorlatot („*internship*”) teljesítenek, melynek befejeztével kezdenek meg a választott szakirányban a speciális képzésüket.

A *graduális képzés* az egyes képzőhelyeken nem egységes, azonban általánosságban az első hat szemeszter a preklinikai időszak, míg a 7–12. szemeszter a klinikai modul. Valamennyi dán orvosegyetemen a klinikai modul részét képezi a kötelező háziorképzési oktatás.²¹

Az egy éves „*internship*” teljesítése valamennyi orvos számára kötelező a szakképzést megelőzően. Két hat hónapos időszakra tagozódik, az első szakellátó helyeken, klinikán töltik a résztvevők, míg a második periódus többségében az alapellátásban valósul meg. Háziorképzési szempontból a rendszer előnye, hogy valamennyi végzett orvos testközelből megismerkedhet az alapellátás működésével.

A háziorképzés mint önálló szakvizsga 1994 óta létezik Dániában. A dán háziorképzés országos szervezete (Danish College of General Practitioners) 1970-ben alakult, míg az első családorvosi tanszék 1974-ben jött létre. A jövőben kialakuló háziorképzési hiányt megelőzendő, az elmúlt években az éves háziorképzési keretszámokat jelentősen megnövelték, kb. 100/év-ről több, mint 200/év-re.²²

A *háziiorvostan szakképzés* ideje 5 év, mely egy 6 hónapos „bevezető” (introductory post), valamint egy négy és fél éves fő specifikus képzési időszakra (main vocational training period) tagozódik. A képzés teljesítését és a szakvizsga letételét követően válik jogosulttá a háziiorvostan szakorvos cím viselésére az orvos. A szakképzést a regionális szakképzési bizottságok szervezik, felügyelik. A képzés sikeréért az alapellátási, valamint a klinikai gyakorlatok alatt is külön kijelölt orvosok felelnek. A képzésre mindvégig jellemző, hogy személyre szabott, kompetencia- és készség alapú.

A *bevezető képzési időszak* célja, hogy a rezidens megbizonyosodhasson róla, hogy valóban megfelelő számára a választott szakirány, illetve felmérhetőek legyenek a háziiorvosláshoz szükséges alap készségek.

A *fő képzési időszakban* minden gyakornoknak van egy elsődleges oktató orvosa („principal tutor”), illetve egy másik oktatója („mentor”). A két személy nem feltétlenül ugyanaz. Az időszak háziiorvosi, klinikai, valamint egyéb speciális gyakorlati elemekből épül fel. Kiemelendő, hogy a háziiorvostan praxisgyakorlatot, biztosítandó a kellően sokrétű tapasztalatot, részben a „bázis” oktató praxison kívül, másik praxisban kell eltölteni. A mintegy két és fél éves klinikai időszak alatt, kötelező jelleggel havonta minimum egy napot a háziiorvosi praxisban kell tölteni, hogy megmaradjon a folyamatos kapcsolat, lehetőség legyen egyes betegek követésére, illetve a ttorral az aktuális szakmai, kutatási témák megbeszélésére.

A *klinikai gyakorlati* időszak maximum 30 hónap, melynek megszervezése személyre szabottan történik, az alábbi ajánlott gyakorlati idők figyelembevételével:²³

- Belgyógyászat: 10–14 hónap
- Gyermekgyógyászat: 4–6 hónap
- Szülészeti – nőgyógyászat: 4–6 hónap
- Pszichiátria: 4–6 hónap

A gyakorlati képzés mellett nagy hangsúlyt kap a háziiorvoslás-specifikus *elméleti oktatás*, melyet egy-, illetve egy kéthetes kurzus, valamint félévente egy egész napos oktatás formájában szerveznek meg. A képzési program második felében a rezidensek szupervízió, Bálint-csoportban is részt vesznek.

Az alapellátás kutatás iránti elkötelezettségét jelzi a képzés során kötelezően teljesítendő 12 hetes *kutatási modul*. A kutatási modul során az oktatásokon való részvétel mellett a rezidenseknek meg kell tervezniük,

illetve megvalósítaniuk egy saját kutatást, illetve írásban, valamint szóban prezentálniuk kell azt.

A képzés végére az alábbi *fő kompetenciák* kívánatosak a leendő háziiorvos szakorvos részéről:

- szakértő (háziiorvos specialista),
- kommunikátor,
- vezető, szervező,
- együttműködő partner (konziliárus),
- tudós, kutató,
- jártas az alábbi szakterületeken: neurológia, pszichiátria, abúzusok, sebészet, nőgyógyászat, gyermekgyógyászat, fül-orr-gégészeti, szemészet, bőrgyógyászat, nemi betegségek.

Az egyes fő kompetenciákon belül összesen 119 kompetencia található, amely felöleli a háziiorvos részéről szükséges elméleti, gyakorlati, valamint viselkedési készségeket, melyekhez részletes oktatási, valamint ellenőrzés-értékelési leírás tartozik, azonban ezek ismertetése meghaladja jelen összefoglaló kereteit.²⁴

A teljes képzés során nagy szerepet kap a szakmai képzés mellett a leendő háziiorvosok komplett *személyiségfejlesztése*, mentálhigiénés oktatása, kiegészítő prevenció technikák, szemlélet átadása.

Finnország

Lakossága öt és fél millió. A népessége növekszik, valamint az idősök aránya egyre magasabb. Az elmúlt néhány évtizedben jelentősen javult a finnek egészségi állapota. Ennek ellenére jelentős társadalmi-gazdasági, regionális, valamint nemi egyenlőtlenségek figyelhetők meg. Az országban közel harmincezer (28 565) orvos van, közülük 20 970 hatvanöt éves kor alatt. A *háziiorvosi rendelők* az önkormányzatok által üzemeltetett egészségügyi központokban foglalnak helyet. Jelenleg a Finnországban működő egészségügyi központok száma meghaladja a százötvenet. Az egészségügyi központok többsége ágyakkal is rendelkezik a fekvőbetegek számára. Az egészségügyi központok általában megfelelő humán erőforrással és infrastruktúrával rendelkeznek. A központokban az orvosok és nővérek rendelőin kívül található: EKG és ultrahang, laboratóriumi helyiség, röntgen, kisebb sebészeti beavatkozásra alkalmas lehetőségek, endoszkópos berendezések is. A személyzet különféle szakmákból kerül ki: háziiorvosok, nővérek, közegészségügyi nővérek, szülészek, szociális munkások, fizioterapeuták, pszichológusok. 1, a központban dolgozó háziiorvoshoz jellemzően 1500–2000 lakos tartozik. A korábban működő, „hagyományos”

rendszerben az egészségügyi központban dolgozó bármely orvoshoz lehetett időpontot egyeztetni. Az 1986-ban kialakított „személyi orvos rendszert” követően, melynek bevezetése az önkormányzatok saját döntése volt, az egyént vagy családot az egészségügyi központban dolgozó meghatározott orvoshoz osztják be, jellemzően a lakóhely szerint. Az 2008-as adatok szerint az itt dolgozó orvosok körülbelül fele tartozott a személyi orvosi rendszerhez.²⁵

Finnországban öt egyetemen van *általános orvosi képzés* (Helsinki, Tampere, Turku, Oulu, Kuopio). A végzett hallgatók általános orvosként kizárólag szakorvosi felügyelet mellett tevékenykedhetnek, illetve bekapcsolódhatnak a szakképzésbe. Az egyes egyetemek képzési kínálata részben eltér egymástól, azonban valamennyinél megtalálható a klinikai modulban az elméleti és gyakorlati családorvostan oktatás.²⁶

Az országban nincs a graduális képzést követően „*internship*” mint általános posztgraduális képzési elem, azonban valamennyi szakirány képzési programjában 9 hónapos háziiorvosi gyakorlat szerepel, ezáltal megvalósul, hogy valamennyi szakellátásban dolgozó orvos is személyes tapasztalatokkal rendelkezik az alapellátással kapcsolatban.

Az önálló háziiorvosi tevékenység gyakorlása házi-orvostan szakvizsgához kötött, melynek feltétele a *háziiorvosi szakképzés* elvégzése. A posztgraduális képzés időtartama 6 év, mely háziiorvosi praxisgyakorlatból, klinikai gyakorlatokból, valamint általános elméleti oktatásból áll, egyéni, személyre szabott képzési terv alapján. A felügyelet mellett végzett háziiorvosi praxisgyakorlat időtartama minimum 2 év 9 hónap, maximum 4 év 6 hónap lehet. A klinikai gyakorlat ideje 18 hónaptól 3 év 3 hónapig változhat. Az elméleti képzés során háziiorvoslás-specifikus kommunikációs, szervezési, kutatási ismeretekkel gazdagodnak a rezidensek.²⁷

Izland

Az alig több mint háromszázezer lakosú Izland mintegy egytized magyarországnyi területen helyezkedik el. A lakosság körülbelül fele a fővárosban, míg a többiek tengerparti falvakban, kisvárosokban élnek. Az ország szerkezetét, méreteit tekintve nem összehasonlítható Magyarországgal, azonban röviden mégis érdemes áttekinteni a helyzetét, tekintettel arra, hogy kifejezetten magas

színvonalú egészségügyi ellátórendszerrel rendelkezik, a lakosság egészségmutatói kifejezetten jók, valamint a vidéki, orvoshiányos területeken az ellátás megoldása tanulságos lehet.²⁸

Kb. 1200 izlandi orvos van, közülük, mintegy 900-an dolgoznak otthon, míg sokan külföldön praktizálnak. Az 1996-os adatok szerint 174 háziorvos van az országban.²⁹

A háziorvostan 1970 óta önálló szakvizsga. Letehető a szakképzést követően, illetve legalább négy és fél évvel a diplomát követően, minimum 2 éves háziiorvosi praxisban szerzett gyakorlattal.

Izlandon egyetlen orvosi egyetem működik, mely évente mintegy 40 orvost képez. A 6 éves képzést követően 1 éves kötelező klinikai gyakorlat kell teljesíteni. A graduális képzésben kötelező elemként van jelen a háziorvostan. Az elméleti előadások, illetve kiscsoportos foglalkozások mellett 1 hónapos háziorvostan gyakorlaton vesznek részt a hallgatók, melyből 1 hetet vidéki körzetben, 3 hetet pedig egy fővárosi egészségügyi központban kell eltölteniük. A gyakorlati időszakban ügyeleti részvétel is van.³⁰

Az izlandi rendszer érdekessége, hogy az ötödik évfolyamot követően, nyári gyakorlat keretében a hallgatóknak lehetősége van majdnem teljes jogkörrel felruházva, fizetésért, elsősorban távoli, vidéki körzetekben háziiorvosi munkát vállalni. A hallgatók körülbelül fele él a lehetőséggel. Ezzel részben az adott területeken levő orvoshiányt enyhítik, másfelől a hallgatók fejlődésében mérőföldkőnek számít ez a fajta önálló tevékenység. Az önálló munkát hatalmas kihívásként is élik meg, segítséget a telefonon, illetve online, nonstop elérhető egyetemi központ jelent.³¹

A szakképzést sokan a környező országokban teljesítik, azonban lehetőség van rá helyben is. Képzésnek elméleti, illetve gyakorlati része van. A háziorvostanon belül mint szubspecialitás nevesítve van a vidéki orvoslás.³²

Svédország

Az ország népessége mintegy kilenc és fél millió fő, körülbelül 80%-át teszi ki a városi lakosság. Az egészségügyi ellátás jórészt biztosítás alapján központilag finanszírozott. Az ország mintegy 30 000 orvosa közül körülbelül 5000 háziorvos. A svéd egészségügyi ellátórendszer hagyományosan szakellátás-orientált. Ez mind financiálisan tetten érhető, mind abban, hogy a háziorvosok nem rendelkeznek kapuőri szereppel, a lakosság közvetlenül veheti igénybe az egyes szakellátásokat. A háziorvosok többsége praxisközösségekben dolgozik, melyekben több háziorvos működik együtt, kiegészülve egyéb egészségügyi szakemberekkel.

Az önálló háziiorvosi tevékenység végzése háziiorvostan szakvizsgához kötött.^{33,34}

Az országban hét orvosi egyetem található, évente mintegy 1500 orvost képeznek. A svéd orvosképzés jellegzetessége az öt és fél éves képzési idő, amely nincs összhangban az európai irányelvekkel, így megnehezíti a végzett orvosok nemzetközi mozgását, így a jövőben a rendszer harmonizálása várható. A graduális képzés szabályozása egyetemi hatáskör, kizárólag a kimeneti kompetenciák szabályozottak központilag. A klinikai modul során valamennyi egyetem képzési rendszerében szerepel elméleti, valamint 6–12 hetes időtartamban gyakorlati háziiorvostan oktatás.

Az egyetemet követően kötelezően teljesítendő a 18 hónapos központi gyakorlat („internship”). Ezen időszak lényegében felügyelet melletti munkavégzést jelent a belgyógyászat, a sebészet, a pszichiátria, valamint a háziiorvoslás területén, kiegészülve általános elméleti képzésekkel.³⁵

A háziiorvostan szakképzés 5 éves, egyéni képzési terv alapján, tutor vezetésével. A jobbára háziiorvosi praxisban töltött gyakorlatok mellett klinikai gyakorlatok is teljesítendőek belgyógyászat, gyermekgyógyászat, sebészet, pszichiátria, valamint szülészeti-nőgyógyászat területén. A gyakorlati képzés mellett nagy hangsúlyt fektetnek az elméleti oktatásra, a személyiségfejlesztésre, például Bálint csoportokon való részvétel keretében, illetve a tudományos kutatási képzésre. A személyre szabott, kompetenciaalapú képzés végén meghatározott készségekkel kell rendelkeznie a rezidensnek:

- kommunikáció,
- vezetői készségek,
- orvosi ismeretek, minőségbiztosítás.

Az alábbi fő kompetenciákon belül, további alkompetenciák kerültek megfogalmazásra, melyek mentén 21 fő képzési célt kell elérni.³⁶

Norvégia

Az ország területe 385 199 km², lakosság száma több, mint 5 millió fő, növekszik. Jellemző demográfiai tendencia a lakosság elöregedése. Nemzetközi mutatók alapján a norvég lakosság egészségi állapota nagyon jó. A norvég egészségügyi rendszer a 2002-es reformok megszületése óta több szintre oszlik: állami szint (központi, valamint regionális

szint) és helyhatósági szint. A háziiorvosok többsége vállalkozóként, az önkormányzatokkal szerződve látja el a feladatát, a városokban egészségügyi központokban, míg vidéki területeken magán praxisok formájában, melyekben egy vagy két háziiorvos dolgozik. A tendencia a városi területeken kívül is a kisebb klinikák fejlesztésére irányul. A szabad háziiorvos-választás lehetősége adott a betegek számára. A betegek 99%-a szerepel a háziiorvosokhoz feliratkozott lakosok listáján. A háziiorvosok kapuőr szerepet töltenek be a betegellátásában, az ő beutalásukkal vehető igénybe a szakorvosi és a fekvőbeteg-ellátás. A sürgősségi ellátás nem beutaló köteles. 2009-ben 3909 háziiorvos dolgozott Norvégiában. Az egészségügyi szakemberek száma folyamatosan nő, a szakorvosok száma 2000 és 2009 között közel harmincnyolc százalékkal emelkedett. Ennek ellenére, elsősorban az alapellátásban, a vidéki területeken nehéz feladat a megfelelő utánpótlás biztosítása.³⁷

A *háziiorvostan* 1985 óta elismert mint önálló szakirány. Az országban dolgozó több mint 20 000 orvos közül körülbelül 4500 háziiorvos van. Norvégia azon kevés ország közé tartozik, ahol az önálló háziiorvosi tevékenységnek nem feltétele a háziiorvostan szakvizsga. Mindössze a praktizáló háziiorvosok 54%-a szakorvos.^{38,39}

Az ország mind a 4 *orvosi egyetemének* képzési programjában, a 3 fő elem egyikeként (a belgyógyászat és a sebészet mellett) szerepel a háziiorvostan. A klinikai tárgyaknál ugyan kisebb hangsúllyal, a hallgatók az elméleti kurzus mellett, 4–8 hetes háziiorvosi gyakorlati képzésben vesznek részt.⁴⁰

A 6 éves orvosi egyetemi képzést követően, az 1955 óta létező, *általános posztgraduális képzés („internship”)* teljesítendő. A másfél éves internship első évét a klinikumban töltik a rezidensek, az utolsó fél évet pedig háziiorvosi praxisban.⁴¹

A *háziiorvostan szakképzés*, mely nem kötelező feltétele a háziiorvosként való praktizálásnak, 5 éves, melyből 1 év a klinikai gyakorlatokat, illetve a különböző elméleti kurzusokat felölelő időszak, míg 4 év háziiorvosi praxisgyakorlat. A háziiorvosi praxisban töltött időszakban 2 éven át egy felettes háziiorvos („supervisor”) felügyeli a szakorvos jelölt munkáját. A képzés ideje alatt a Bálint-csoportokon való részvétel szintén kötelező.

Az alapellátásban történő kutatás egyre nagyobb hangsúlyt kap, azonban mértéke még mindig jelentősen elmarad a klinika kutatásoktól. Míg a klinikusok kb. 12%-a rendelkezik PhD fokozattal, a háziiorvosok között ez az arány 2%.⁴² Megjegyzendő, hogy ez az arány is, hasonlóan más skandináv országokhoz, messze meghaladja a magyarországon PhD fokozattal rendelkező háziiorvosok arányát.

Összefoglalás:

Látható, hogy valamennyi skandináv országban – az alapvetően a klinikum irányába orientált oktatási rendszer ellenére – nagy hangsúlyt fektetnek a háziorvostan-oktatásra. Ez a *graduális képzés* során az összes képzőhelyen kötelező részét képezi a tematikának.

További említésre méltó elem a graduális képzést követő *„internship”*, amely részben háziorvosi praxisban töltendő. Ahol nincsen „internship”, ott pedig az egyéb szakirányok képzési programjában van igen jelentős háziorvosi praxisgyakorlat. Ezek a sajátosságok segítenek abban, hogy az egészségügyi ellátórendszerben dolgozó valamennyi orvos reális képpel és személyes tapasztalatokkal rendelkezzen az alapellátásról. Emellett a pálya iránti érdeklődésben, valamint a humán erőforrás gondok enyhítésében is szerepet játszik.

A *szakképzés* tekintetében mindenhol a háziorvosi praxisgyakorlat, a klinikai gyakorlatok és az általános elméleti képzés hármasa figyelhető meg. Figyelemre méltó a képzési terv személyre szabottsága, illetve a képzések kompetencia és készség központúsága. Az elméleti képzések kapcsán kiemelendő a komplex személyiségfejlesztés, mentálhigiénés gondozás szerepeltetése a programban, illetve az alapellátási tudományos munka, kutatás ösztönzése és megkövetelése.

A *háziorvos-utánpótlás* biztosítása központi kérdés valamennyi országban. Ennek megfelelően az egyetemi, illetve a szak specifikus keretszámok bővítésével, a képzőhelyek, illetve oktató háziorvosok számának növelésével igyekeznek kielégíteni a szükségleteket. Külön hangsúlyt fektetnek, mint a humán erőforrás-krízis szempontjából leginkább érintett ágazatra, a vidéki háziorvos-utánpótlás biztosítására. Ezt különféle ösztönzőkkel, munkaerő csoportosítási módszerekkel, korai kiválasztással, az oktatásban külön képzési elemként, akár ráépített szakvizsgaként, való megjelenítéssel igyekeznek elérni.

I./4.3. Németország**Cél:**

Németország háziorvos képzésének összefoglalása.

Keresőszavak:

Allgemeinmedizin, Familienmedizin, Ausbildung, Gradual, Postgradual, Lehrplan, Universität.

Az Általános orvostan (Allgemeinmedizin) szakvizsga egyenértékű a magyar Háziorvostan szakvizsgával. A postgraduális

képzés az egyes tartományokban különböző lehet, de általánosságban elmondható, hogy

- a képzés 60 hónapig tart, amely az alábbi gyakorlatokra osztható fel: 36 hónap belgyógyászat, 24 hónap háziorvosi körzet, ebben 6 hónap sebészet,
- végül szükséges egy 80 órás kurzus elvégzése a pszichoszomatika témakörében.

Főbb hangsúlyok a képzés során:

- diagnózis és terápia,
- kommunikáció,
- praxismenedzsment,
- pszichoszociális ellátás,
- megelőzés,
- életkori jellemzők,
- krónikus betegellátás,
- tanácsadás.

A szakorvosképzés tartalmi elemei a belgyógyászati gyakorlat során:

- Egészségnevelés, tanácsadás, korai felismerés, megelőzés, rehabilitáció, gondozás
- Fertőző és nem fertőző, toxikus, neoplasztikus, allergiás eredetű, immunológiai, metabolikus, táplálkozással összefüggő, degeneratív megbetegedések felismerése és kezelése, különös tekintettel az idős életkorra
- Onkológia kezelése alapjai
- Palliatív betegellátás
- Laborvizsgálat megfelelő indikációja, minta megfelelő nyérése, laboreredmény értékelése
- Geriátriai szindrómák és az idős életkorban kialakuló betegségek következményei, farmakoterápia időskorban
- Pszichogén tünetek, pszichoszomatikus reakciók, pszichoszociális összefüggések, krízisintervenció, tanácsadás szenvedélybeteg részére
- Megelőzés, korai felismerés

- Táplálkozással összefüggő egészségkárosodás, diétás tanácsadás, betegoktatás
- Cukorbetegség kezelésének megtervezése, dokumentálása
- Öröklött betegségek alapjai, genetikai tanácsadás indikációja
- Fizikai terápiás beavatkozások indikációja és felügyelete
- Gyógyszeres kezelés alapjai
- Sürgősségi helyzetek felismerése, kezelése, újraélesztés
- Terhelhetőség, teljesítőképesség, munkaalkalmasság

További tartalmi elemek a szakorvos képzés során:

- Az összes betegség elsődleges diagnosztikája, tanácsadás, kezelése
- Betegség esetén az orvosi, pszichés és szociális körülmények integrációja
- Hosszú távú és családorvosi gondozás
- Gyermek- és fiatalkorban jellemző viselkedészavarok felismerése, koordinált kezelése
- Multimorbid betegek interdiszciplináris koordinálása további orvosi, ápolói, szociális segítők bevonásával a kezelés és gondozás során
- A beteg kezelése családi környezetében, otthonában, gondozási intézményben, háziápolás során
- Egészségnevelés, egészségfejlesztés
- Megelőzés, korai felismerés
- Szenvedélybetegek felismerése, kezelése
- Környezeti hatások által okozott betegségek felismerése, megítélése, kezelése, különös tekintettel a munkahelyi hatásokra
- Különleges funkcionális zavarok esetén a támasztó és mozgásrendszer elemeinek betegségei
- A háziorvosi ellátás során használható sebészeti technikák: incízió, extrakció, extirpáció, mintavétel lokális és perifériás érzéstelenítés mellett

- Definiált vizsgálatok és kezelések:
- EKG
- Ergometria
- Hoter EKG
- ABPM
- Spirometria és légzésfunkciós vizsgálat
- Hasi, retroperitonealis, urogenitális ultrahang
- Pajzsmirigy ultrahang
- Végtagi és nyaki erek Doppler UH vizsgálata
- Punkciós és katéterezési technikák, vizsgálati anyag nyerése
- Infúzió, transzfúzió, enterális és paren-terális táplálás
- Proktoszkópia

Megfelelő orvos–beteg kommunikáció kialakítása

- motiváló orvos–beteg beszélgetés vezetése
- Hogyan reagálok saját kommunikatív viselkedésemre?
- Empátia versus Burn out
- Shared decision making
- Prioritások
- Narratív medicina
- Coaching
- Konzultációk videódokumentációja
- Hospitálás kollégák között
- „Nehéz betegek” kezelése

Praxismenedzsment:

- Űrlapok
- Minőségügy
- Team
- Biztonság
- Polifarmácia
- Hibakezelés
- Jogi kérdések

Speciális háziiorvosi jellemzők:

- Beteglátogatás a beteg otthonában, idősök otthonában
- Gondozók továbbképzése, kooperáció

A képzés során érintette főbb krónikus betegségek, főbb betegségcsoportok:

- Diabétesz
- Szívelégtelenség
- Hipertónia
- Krónikus sebek
- Asztma/COPD
- Osteoporózis
- Krónikus fájdalom
- Tumoros betegségek
- Pajzsmirigy betegségek
- Demencia
- Depresszió
- Szervedélybetegségek
- Szomatizáció

Különös tekintettel az alábbi életfázisokra:

- Fejlődésbeli elmaradás
- Gyermek akut betegsége
- Szexualitás és családtervezés
- Kapcsolati problémák, családon belüli erőszak
- Idős betegek kezelése
- Geriátriai értékelés
- Palliatív ellátás

Jellemző konzultációs alkalmak:

- Köhögés és mellkasi fájdalmak
- Fül-orr-gégészeti, fertőző betegségek
- Hát és nyaki fájdalom
- Lábdagadás
- Ízületi duzzanat és fájdalom
- Bőrproblémák
- Vértépcsökkentés és magas májfunkciós értékek
- Hasi fájdalom, emésztési zavarok
- Fejfájás, szédülés
- Nagyízületi problémák
- Szexuális úton terjedő betegségek
- Akut sérülések
- Hangulatingadozás, fáradékonyság

Prevenció:

- Megelőzés, gondozás
- Gyermek és fiatalkorúak ellátása
- Védőoltások

I./4.4. Közép-Kelet Európa**Módszertan**

Közép-Kelet-Európa a legtágabb értelmezés szerint a következő országokat foglalja magában: Lengyelország, Csehország, Románia, Szlovákia, Szlovénia, Horvátország és Magyarország.

A közép-kelet-európai országok közül Lengyelország, Románia, Szlovákia és Csehország családorvos képzését mutatjuk be. Lengyelországot amiatt választottuk, mert számos orvosi egyetemén meglehetősen egységes, fejlett családorvosi képzést kínál lengyel és angol nyelven egyaránt. Románia családorvos képzése sok hasonlóságot mutat a magyar rendszerrel, és jól kihasználja a román nyelv által adott lehetőséget az európai szinten történő versenyben (ld. francia nyelvű képzés az angol mellett). Csehországot és Szlovákiát viszont azért választottuk bemutatásra, mert közös történelmi múltunk ellenére is sok a különbözőség: Magyarországhoz viszonyítva e két ország családorvosi képzése – legalábbis graduális szinten – „alulfejlett”. A fejlett és kevésbé fejlett családorvos képzések bemutatása jó lehetőséget biztosít arra, hogy elhelyezzük magunkat a hasonló gazdasági-társadalmi fejlettségű országok között.

Az összefoglalóhoz az angol nyelven elérhető forrásokot használtuk fel. A kulcsszavas keresés során a következő kulcsszavakat használtuk: „family medicine teaching”, „medical education in general practice”, „medical education in family medicine”, „family medicine course”, „family medicine curriculum”. Megjegyezzük, hogy a nemzeti nyelvű képzésekről nyelvi okokból viszonylag nehezen hozzáférhetőek a források, így a nemzeti nyelvű képzésekről elsősorban az angolul elérhető szakirodalom alapján készültek az összefoglalók. Az adatok a 2017-es állapotokat tükrözik.

Lengyelország

Lengyelországban 13 egyetemen zajlik orvosképzés, ebből 12 egyetemen oktatnak családorvoslást graduális és posztgraduális szinten, és valamennyi egyetemen működik legalább egy családorvosi tanszék. Az orvostanhangtatóknak

a 6 éves képzés alatt legalább 100 órát kell teljesíteniük a családorvoslás témakörében.⁴⁷ A sok képzőhely ellenére a családorvosi tantárgyak oktatása meglehetősen uniformizált, leggyakrabban a következőképpen történik: Bevezetés a családorvoslásba kurzus (1. év), Családorvoslás kurzus és Klinikai gyakorlat (6. év).⁴⁸ A gyakorlati komponensben vannak kisebb-nagyobb eltérések, például van, ahol 5. évben kerül rá sor, és a gyakorlat hossza sem egységes (általában 2–6 hét), de néhány egyetemen kevesebb, mint egy hét.⁴⁹

A lengyelországi orvosi egyetemek angol nyelvű graduális képzési programjain sok diák tanul az Egyesült Államokból, Kanadából, Norvégiából, Svédországból, Izraelből, Szaúd-Arábiából, Törökországból, Nigériából, Ghánából, Indiából és Kínából. Az angol programokban a családorvoslás tananyag kevésbé egységes, például a poznani egyetemen Családorvoslás szeminárium van a 6. évben, melynek fő témái a következők:

- a háziiorvosi praxisok különböző modelljei Írországból, Skóciából és Lengyelországból;
- orvos–beteg kommunikáció; a klinikai megközelítés az alapellátásban;
- egészségnevelés és egészségfejlesztés; otthoni ellátás;
- a háziiorvosok és a nemzeti egészségügyi rendszerek közötti együttműködés;
- a praxis szerkezete;
- praxisgyakorlat, ahol a hallgatók részt vesznek a családorvos napi tevékenységeiben egy oktató egy hallgató arányában, és megismerik a különböző eszközöket, beleértve háziiorvosi gyakorlatban használatos számítógépes programokat is.⁵⁰

A varsói orvosi egyetemen (Medical University of Warsaw) Családorvoslás és geriátria c. kurzus van 4. évben és Családorvoslás c. kurzus 6. évben. A gyakorlat az oktatókórház járóbeteg részlegén zajlik.⁵¹

A graduális képzést követően családorvoslás szakvizsga tehető (postgraduate specialization in family medicine). A posztgraduális képzés ezen a területen 48 hónapig tart, ebből 26 hónap családorvosi praxisban telik.

2004 óta csak a családorvosi/általános orvosi szakképesítéssel rendelkező doktorok jogosultak az alapellátás biztosítására az állami egészségügyi rendszeren belül, illetve

valamennyi alapellátásban dolgozó orvosnak meg kell szereznie a családorvosi szakvizsgát 2017-ig.⁵²

A családorvoslás Lengyelországban egy nemrégiben bevezetett diszciplína, és ezért nagy hiány mutatkozik családorvosokból. Egy 2013-ban publikált vizsgálat szerint a hatodéves lengyel orvostanhallgatók egyharmada tervezte a posztgraduális családorvosképzés megkezdését.⁵³

Románia

Romániában két elnevezést használnak az orvosokra az alapellátásban: családorvos (angol megfelelője: family physician) és az általános orvos (angol megfelelője: general practitioner). Családorvoslásból 1990 óta lehet szakvizsgát tenni, ami az alapellátásban előfeltétele a hivatalos családorvosi tevékenységnek. Azoknak is el kell végezni, akik már más területen szereztek szakképesítést.⁵⁴ A jelenleg dolgozó családorvosok többsége megszerezte ezt a posztgraduális szakképesítést, kisebb részük viszont nem rendelkezik ilyennel (ők olyan általános orvosok, akik családorvosként lettek akkreditálva 2005 előtt).⁵⁵

Romániában 12 (állami és magán) egyetemen folyik orvosképzés. A graduális képzésben a tananyag preklinikai és klinikai tárgyra oszlik. A román nyelvű képzésben a családorvoslás általában 2 szemeszteren keresztül a 6. év tananyaga, de van olyan egyetem is, ahol nincs ilyen tantárgy. A klinikai gyakorlat sem egységes, van ahol a 3 éven keresztül tartó nyári gyakorlaton vesznek részt a hallgatók, és van, ahol egyáltalán nincs klinikai komponense a családorvoslás tárgyának.^{56,57}

A legtöbb romániai orvosi egyetemen angol és francia nyelven is folyik oktatás. Az angol nyelvű graduális programokban a családorvoslás tantárgy oktatása nem egységes: van ahol 6. éves specializációs tárgy (Cluj Medical University),⁵⁸ van, ahol Családorvoslás és geriátria című tantárgy van szintén 6. évben (Iasi Medical University),⁵⁹ és van, ahol Családorvoslás, közösségi szakápolás (Community Nursing) és otthoni orvosi ellátástárgy van a 4. évben (Titu Maiorescu University of Medicine).⁶⁰

A posztgraduális családorvosképzés 3 éves, és mind a 12 orvosi egyetemen, az állami és a magánintézményekben is elérhető. A képzésből egy év alapellátásban (felnőtt és gyermek rendelőben) töltött gyakorlat.⁶¹

Szlovákia

Szlovákiában négy egyetemen folyik orvosképzés. Családorvoslás tantárgyat nem mindegyik egyetemen oktatnak, és általában családorvostan tanszékek sincsenek.^{62,63}

Családorvoslásból 1978 óta lehet szakvizsgázni Szlovákiában. Az Orvostovábbképző Akadémia (Postgraduate Medical Academy) a posztgraduális képzésért felelős központi intézmény minden orvosi szakterületen, így a családorvosi szakképesítés területén is. A családorvosi szakképesítés megszerzése 5 évig tart, benne egy év gyakorlati képzéssel.⁶⁴

Mindegyik orvosi egyetem kínál graduális és posztgraduális képzést angol nyelven is 1990 óta.⁶⁵

Csehország

Csehországban az orvosképzés a két ország közös történelmi múltja miatt nagyon hasonló, mint Szlovákiában. A családorvoslás kevésbé jelenik meg a graduális képzésben és nem is egységes, viszont 1978 óta szereshető családorvosi szakvizsga posztgraduális képzés keretében. Az ehhez szükséges képzés egy intézethez tartozik, nem az egyetemekhez. A posztgraduális családorvosképzés 3 éves, aminek a felét gyakoronokként töltik az alapellátásban. 2009-ben a frissen végzett orvosok 10%-a választotta a családorvoslást és iratkozott be a posztgraduális képzésre.⁶⁶

Csehországban ugyancsak elérhető az angol nyelvű orvosképzés, ezért nagyszámú orvostanhallgató érkezik az Egyesült Államokból, Kanadából, az Egyesült Királyságból, Norvégiából, Svédországból, Izraelből, Malajziából, és Nigériából.

I./4.5. Háziorkosképzés az Amerikai Egyesült Államokban

Bevezetés

Az Amerikai Egyesült Államokat összesen 48 összefüggő és két különálló (Alaszka, Hawaii) állam alkotja. Összterülete körülbelül 9,7 millió km², lakosságának száma 2017-ben 326 millió volt.⁶⁷ A világ harmadik legnagyobb országa. Lakosságának egészségi állapotáról elmondható, hogy javult az elmúlt évtized alatt. Egészségügyi rendszerére a magánszektor erős jellegű jellemző. Az alapellátásban több szakterület orvosa is dolgozik, mint családorvos, belgyógyász, gyermekgyógyász és szülész-nőgyógyász, illetve részt vesznek az ellátásban még ápolók, szülésznők és az orvosok munkáját segítő orvos asszisztensek. A háziorkosi vizitek az összes orvosi vizit 60%-át teszik ki.⁶⁸

Az Egyesült Államokban 2017-es adatok alapján összesen 133 059 aktív allopátiás és oszteopátiás háziorkos dolgozik.⁶⁹ Nincs elég háziorkos, ami kielégítené az egészségügyi ellátást igénybe vevő emberek szükségleteit és ez a probléma egyre rosszabbodni látszik. Egy felmérés szerint a népesség növekedése és öregedése alapján az orvosi vizitek száma az alapellátásban 2025-re 565 millióra fog nőni, a 2008-ban mért 462 millióról. A népesség növekedése a legnagyobb oka a 33 000 főt kitevő orvoshiánynak, illetve az öregedő társadalom ellátását további 10 000 fő orvos tudná megoldani.⁷⁰

Az orvosképzés menete

Az Amerikai Egyesült Államokban az orvosképzés másképpen néz ki, mint hazánkban. A középiskolát követően el kell végezni a Bachelor's fokozatot adó négy éves alapképzést, ahol a hallgatók elkezdik az ismerkedést az alaptantárgyakkal (fizika, biológia, kémia, matematika, angol). Utána lehet jelentkezni a szintén négy éves *orvosi egyetemi (medical school)* képzésre. Az első két évben van a preklinikai szak, ahol alaptantárgyakat tanulnak tantermi előadásokon és laboratóriumi gyakorlatokon keresztül, majd pedig a következő két évben klinikai gyakorlatokon vesznek részt a hallgatók, és a különböző szakterületek között rotálódva széleskörű diagnosztikai tapasztalatra tehetnek szert, felügyelet mellett dolgozva. Az orvosegyetem teljesítésével az M.D. – Doctor of Medicine vagy a D.O. – Doctor of Osteopathic Medicine szakmai fokozatot lehet megszerezni, az elvégzett egyetemtől függően. Az egyetem utolsó évében a hallgatók az érdeklődési területüknek megfelelő szakma rezidensi programjára pályázhatnak.⁷¹

Az allopatíás (M.D. – Doctor of Medicine) és az oszteopatiás (D.O. – Doctor of Osteopathic Medicine) orvosképzés

Az orvosképzés francia és olasz modelljét követve alakult ki az oszteopatiás képzés, az emberi lét vizsgálatának és egészségének megértését hangsúlyozva. Ezzel szemben az allopatíás egyetemeken német képzési mintára alakultak ki, ami a betegek laboratóriumi eredményeken alapuló értékelését hangsúlyozza. Mindazonáltal az oszteopatiás orvosképzés tananyaga nagyon hasonló az allopatíás orvosképzés anyagához, habár a pontos program változik a különböző egyetemeken.

Az allopatíás képzést (M.D.) nyújtó orvosegyetemek rendszerszemléletű megközelítésűek. A képzés fiziológiai rendszerek köré szerveződik, mint például az endokrin rendszer, vagy az idegrendszer. Sok orvosegyetem oktat esetbemutatáson, klinikai megbeszéléseken keresztül. Az allopatíás képzés lehetőséget ad arra, hogy bármilyen irányba szakosodhasson a végzett orvos, és általánosan elfogadott orvosi diplomát ad, mely a nemzetközi gyógyítást is lehetővé teszi.

Az oszteopatiás orvosok (D.O.) az egész embert szemlélik, a fizikai, érzelmi és spirituális komponenseket is nem csak a tünetekre és betegségekre fókuszálnak. Az embert egészben vizsgálják és a betegségek megelőzésére fókuszálnak. Az allopatíás orvosokhoz hasonlóan ők is használják a diagnosztikai és gyógyítási formákat. A képzés felépítése hasonló az allopatíás orvosképzés felépítéséhez, két év preklinikai majd két év klinikai szakaszból áll. A képzés során körülbelül 200 óra Osteopathic Manipulative Medicine (OMM) gyakorlatuk is van, mely gyakorlat diagnosztikai és terápiás segítséget nyújt a fájdalomcsillapításban, mozgásszervi panaszok kezelésében és támogatja a szervezet természetes folyamatait, hogy a működése még hatékonyabb legyen. A képzés során az egyik kulcsgondolat, hogy a szervezet felépítése befolyásolja a működést. Amennyiben a test egyik részének működésében probléma van, az kihat más területekre is. Egy másik lényeges szempont a képzésben, hogy a testnek veleszületett képessége van önmaga meggyógyítására. Számos OMM technika azt a célt szolgálja, hogy csökkentse vagy megszüntesse a megfelelő működés és felépítés útjában álló akadályokat, hogy az öngyógyító mechanizmusok megfelelően tudjanak működni, és helyreállítsák a beteg egészségét.^{72,73}

Az oszteopatiás orvosok számos orvosi szakmára specializálódhatnak és dolgozhatnak az orvoslás összes területén. Ötvenhat százalékuk a végzés után az alapellátásban való praktizálást választja családorvosként, belgyógyászként vagy gyermekgyógyászként. További 44 %-uk más területre specializálódik (9,7% Sürgősségi ellátás, 4,3% Aneszteziológia és intenzív terápia, 4,2% Szülészeti-nőgyógyászat, 3,4% Általános sebészet, 3,2% Pszichiátria). Jelenleg több mint 100 000 (108 118 2017-ben) oszteopatiás orvos praktizál az Egyesült Államokban.⁷⁴

A megfelelő egyetem kiválasztása

Az Amerikai Egyesült Államokban jelenleg összesen 34, az American Osteopathic Association (AOA) által akkreditált oszteopatiás orvosi egyetem és 136, a Liaison Committee on Medical Education (LCME) által akkreditált allopatíás orvosegyetem van.⁷⁵ Az Association of American Medical Colleges (AAMC) adatai alapján a képzés díja 2017-ben átlagosan az első évben állami egyetemen 35 932 dollár, magán egyetemen pedig 57 492 dollár.⁷⁶

A hallgatók egyrészt az érdeklődési területüknek megfelelően kiválaszthatják, hogy allopatíás vagy oszteopatiás orvosi egyetemre szeretnének jelentkezni, másrészt pedig az egyetem választásánál figyelembe vehetik, hogy az adott képzés mennyire segíti őket a háziiorvosi pályára való felkészítésben. Abban az esetben, ha az egyetemen nincs kötelező családorvosi képzés, szabadon választható formában fel lehet venni a tantárgyat.

Azok számára, akik háziiorvosok szeretnének lenni, az American Academy of Family Physicians (AAFP) számos szempont figyelembevételét javasolja, a megfelelő orvosi egyetem kiválasztásához.

A megfelelő háziiorvosi alapképzést nyújtó orvosegyetemek jellemzői a következők:

- az egyetem küldetésében szerepel a leendő orvosok háziiorvosi irányba történő „megszólítása”;
- olyan hallgatók megcélzása, akik vidékről vagy orvosi ellátás terén elmaradottabb területről származnak;
- a családorvoslás szempontjából korai, pozitív tapasztalatokat biztosító klinikai rotációk és szabadon választható tantárgyak hangsúlyozása a tantervben;
- tantestület részvétele az orvosegyetem bizottságában vagy vezetőségében;

- található az egyetemen aktív Family Medicine Interest Group;
- anyagi támogatás, amely minimalizálja a hallgatók költségeit;
- lehetőség biztosítása arra, hogy a hallgatók megismerhessék és megértsék a családorvoslás fontosságát és, hogy ez a szakterület milyen szakmai lehetőségeket rejt.⁷⁷

National Family Medicine Interest Group (FMIG) hálózat

Az American Academy of Family Physicians (AAFP) alapította 1995-ben a National Family Medicine Interest Group (FMIG) hálózatot azok számára, akik érdeklődnek a családorvoslás iránt, hogy segítse a kommunikációt, tapasztalat cserét a hallgatók és a vezetők között az egész országban.

Az egyetemi évek alatt a hallgatóknak van lehetőségük régiók szerint csatlakozni Family Medicine Interest Group-hoz, ahol hasonló érdeklődésű hallgatókkal találkozhatnak, ismerkedhetnek azzal, hogyan dolgozik a családorvos, gyakorlatokon vehetnek részt, különböző készségeket sajátíthatnak el, konferenciákon vehetnek részt és segítséget kaphatnak az önéletrajzuk megírásához. A FMIG találkozókra pedig találkozhatnak hasonló érdeklődésű hallgatókkal és gyakorló orvosokkal, akik megosztják velük a tapasztalataikat. A hálózat áll a hallgatókból, FMIG vezetőkből, egyetemi tantestületből, 5 kijelölt regionális koordinátorból, egy választott nemzeti koordinátorból, valamint összekötésben állnak a kisebbségeket képviselő Nemzeti Orvostanhallgatói Egyesülettel.⁷⁸

Orvosegyetemek besorolása a háziiorvosi rezidensképzésbe felvett végzett hallgatók alapján

Minden évben az AAFP értékeli az orvosegyetemeket azon végzős hallgatók száma alapján, akik bekerültek a háziiorvosi képzési programba.

Az alábbi két táblázat (I/2. és I/3. táblázat) a legjobb 10 allopatias és 10 oszteopatiás orvosképzést nyújtó egyetemet mutatja be, a végzett hallgatóknak a háziiorvosi rezidensi programba való felvétele alapján. (három év átlaga, 2014, 2015, 2016-ban végzett hallgatókat vizsgálva). Ezek az egyetemek jelentős szerepet töltenek be az alapellátásban dolgozó orvosok számának növelésében és az orvoshiány csökkentésében.⁷⁹

I/2. táblázat: Allopatias orvosegyetemek besorolása a végzett hallgatók háziiorvosi rezidensi programba való felvétele alapján⁸⁰

Allopatias orvosegyetemek	Végzett hallgatók %-ban megadva
University of New Mexico	20,7%
East Carolina University	19,6%
University of Minnesota	18,9%
University of Kansas	18,9%
University of South Carolina, Greenville	18,4%
University of Arkansas	18,1%
University of South Dakota	17,8%
Texas Tech University, Lubbock	17,7%
University of Nevada	17,7%
Oregon Health & Sciences University	17,0%

A United States Medical Licensing Examination (USMLE)

A hallgatók 3 lépésben tesznek vizsgát a United States Medical Licensing Examination (USMLE) alapján. Az első vizsga a preklinikai szak végén, a második pedig a klinikai szakasz végén van.

STEP 1 (alaptantárgyak),

kb. 280 kérdés, 8 óra alatt, 7 db 60 perces blokk: anatómia, magatartástudományok, biokémia, biostatistika, epidemiológia, mikrobiológia, patológia, gyógyszerteran, élettan, interdiszciplináris tárgyak (genetika, immunológia, táplálkozás, molekuláris és sejt biológia).

STEP 2 CK (Clinical Knowledge – Klinikai ismeretek), kb. 318 kérdés, 9 óra alatt, 8 db 60 perces blokk.

STEP 2 CS

(Clinical Skills – Klinikai készségek), 12 standardizált beteg, a következő három alcsoport tartozik ide: Integrated Clinical Encounter (ICE), Communication and Interpersonal Skills (CIS), Spoken English Proficiency (SEP).

STEP 3:

2 napos, az első napon 233 feleletválasztós kérdés, 7 óra tesztidő, 6 db 60 perces blokk, a második napon 180 feleletválasztós tesztkérdés, amit 13 esetszimulációs feladat követ.

I/3. táblázat: Oszteopátiás orvosegyetemek besorolása a végzett hallgatók háziiorvosi rezidensi programba való felvétele alapján⁸¹

Oszteopátiás orvosegyetek	Végzett hallgatók %-ban megadva
Des Moines University, College of Osteopathic Medicine	28,0%
Western University of Health Sciences, College of Osteopathic Medicine of the Pacific, <i>Pomona</i>	23,4%
Chicago College of Osteopathic Medicine, Midwestern University, <i>Downers Grove</i>	23,1%
Touro University College of Osteopathic Medicine, <i>Vallejo</i>	23,0%
University of North Texas Health Science Center, College of Osteopathic Medicine, <i>Fort Worth</i>	21,7%
Pacific Northwest University College of Osteopathic Medicine, <i>Yakima</i>	21,6%
A.T. Still University - School of Osteopathic Medicine in <i>Arizona</i>	20,7%
William Carey University College of Osteopathic Medicine, <i>Hattiesburg</i>	20,2%
Lake Erie College of Osteopathic Medicine, <i>Erie</i>	17,6%
Michigan State University College of Osteopathic Medicine, <i>East Lansing</i>	17,2%

A harmadik vizsgát a rezidensi program első évében, a szakmai gyakorlat évében teszik le a hallgatók.^{82,83}

Háziiorvosi rezidensi program

Az Egyesült Államokban a szakorvosképzési (residency) programba való jelentkezés központi intézményen keresztül történik (National Resident Matching Program – NRMP). A családorvosi rezidensi programok az Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) által akkreditáltak, összesen 465 akkreditált program létezik, amik három évesek.⁸⁴

A családorvosi rezidensképzésnek vannak speciális követelményei. A speciális követelmények a különböző rezidensi programokban változhatnak, bár több hónapot kötelező rotációkban töltenek a hallgatók a következő szakterületeken: belgyógyászat, szülészeti-nőgyógyászat, gyermekgyógyászat, általános sebészet, pszichiátria, geriátria, sürgősségi osztály (intenzív osztályos és koronáriaörzöben töltött gyakorlat). A képzés úgy van felépítve, hogy alkalmazható tudást szerezzenek a hallgatók az alap-, és fekvőbeteg-ellátás területén a 3 év alatt.

A képzés során folyamatosan nő a felelősségük. Első évben, melyet *internship year*-nek is neveznek, rotálódhatnak a főbb szakterületek fekvőbeteg osztályai között, miközben minden héten van családorvosi gyakorlatuk, betegellátás. Feladatuk a betegek felvétele, kikérdezése, vizsgálata, diagnosztikus

terv felállítása. Felügyelet mellett dolgoznak, de ők tartják kézben a betegek ügyeit és tartják a kapcsolatot a betegekkel és a hozzátartozókkal. Első évtől kezdve lehetőségük van a rezidenseknek a betegek követésére, a felvételtől kezdve a gyógyulásig. A másodéves hallgatók felügyelik az elsőéveseket és a medikusokat is. Másod- és harmadévben a szakterületi gyakorlatok mellett egyre több időt töltenek a családorvosi ellátásban.

A rezidensképzés során a hallgatónak meg kell felelnie a program követelményeinek és az American Board of Family Medicine (ABFM)/ American Osteopathic Board of Family Physicians követelményeinek.^{85,86}

A három év elvégzése után és minden követelmény teljesítésével a rezidensek letehetik az ABFM által tanúsított szakvizsgát, a „Family Medicine Certification Examination”-t, mely egynapos, számítógépen történő vizsga, a klinikai döntéshozatali képességet méri, egyszerű és többszörös feleletválasztós tesztkérdések alapján.⁸⁷

A rezidensi program végén az orvosok felvételizhetnek oda, ahol a későbbiekben szakorvosként dolgozni szeretnének. Jóllehet minden helynek különböző felvételi követelménye van, közös bennük, hogy minden orvosnak, aki jelentkezik, az USMLE harmadik lépést teljesítenie kell.⁸⁸

Kettős végzettség/diploma (Dual Degrees)

A háziiorvosi rezidensi program mellett léteznek kettős diplomát adó rezidensi programok is. Jelenleg három típusa van a kettős diplomát adó családorvosi rezidensi programoknak, melyek képzése hosszabb, általában 5 év.

A három terület, mely kettős diplomát ad:

- családorvostan – sürgősségi betegellátás (FM-Emergency Medicine).
- családorvostan – belgyógyászat (FM-Internal Medicine).
- családorvostan – pszichiátria (FM-Psychiatry).

Akik sikeresen elvégzik a programot, mind a két szakterületből kapnak diplomát.⁸⁹

Fellowship program

A szakképzés megszerzése után a szakorvosok választhatják a praktizálást, vagy tovább tanulhatnak és specializálódhatnak (Fellowship). A fellowship program általában 12 hónapig tart, bár a képzés hossza változhat a választott szakterület alapján. Több irányba is specializálódhatnak a háziiorvosok, mint például geriátria, megelőzőorvostan, sportorvostan. Ebben az esetben a szakorvosok folytatják tovább a képzést, rotálódnak és részt vesznek az osztályos és járóbeteg ellátásban. A képzés végén megszerezhetik a Certificates of Added Qualifications (CAQs)-t, mely a következő területeken nyújt specializálódást: serdülők gyógyítása, geriátria, hospice és palliatív medicina, fájdalom medicina, alvás-medicina és sportorvostan. Ez a vizsga a háziiorvosi szakvizsgával együtt érvényes és 10 évente meg kell újítani.⁹⁰

Elhelyezkedés háziiorvosként

A végzett háziiorvosok több lehetőség közül választhatnak az alapellátásban való praktizálás során.

Egyik lehetőség a magánorvosi praxis. A családorvosok egyharmada egyéni praxisban dolgozik, 60%-a pedig csoportpraxisban, 3 vagy több orvossal együtt.

A háziiorvosok több mint 20%-a olyan csoportpraxisban dolgozik, ahol különböző szakterületekről vannak kollégák, mint például háziorvostan, ortopédia, kardiológia.

A magánorvosi praxis a biztosítással rendelkező beteg számára elérhető, illetve azoknak, akik készpénzzel tudnak fizetni. Az akut és krónikus betegségek diagnosztizálása és kezelése mellett, szűrés is történik.

Néhány családorvos kórházban dolgozik alkalmazottként. Olyan állami vagy oktató kórházban, melynek van járóbeteg-ellátó része, és alapellátási szolgáltatást nyújt.

Van lehetőség részmunkaidőben is dolgozni, így több idő jut a családra vagy kutatásra. Egy másik alternatíva, hogy egy teljes állást oszt meg két háziiorvos részmunkaidőben. Ez a lehetőség kedvező, mert csökkenti az egy orvosra jutó papírmunkát és adminisztratív terheket.

A háziiorvosok kisebb része vidéki praxisban dolgozik. A családorvosok földrajzi elhelyezkedése az országban egybecseng az átlag populáció földrajzi elhelyezkedésével, szemben más szakterületekkel. Az Egyesült Államok népességének 79%-a városokban él, az orvosok 76%-a pedig szintén a városokban dolgozik. A népesség maradék 21%-a, az orvosoknak pedig 22%-a vidéken lakik és dolgozik.

Egy másik elhelyezkedési lehetőség, az állami vagy nonprofit közösségi egészségközpont, mely körülbelül 20 millió, biztosítással nem rendelkező, illetve kisebbségi lakosnak biztosít egészségügyi ellátást. Ezerkétszáz közösségi egészségközpont van, melyeket az önrészen kívül több forrásból is finanszíroznak (például állami, magánbiztosítási forrásból).

A családorvosok elhelyezkedhetnek betegközpontú „medical home” (patient-centered medical homes, PCMH) praxisban is, amit azért hoztak létre, hogy javítsák a betegellátás minőségét, biztonságosságát, illetve egy szorosabb orvos–beteg kapcsolat megteremtésére. 2007-ben négy amerikai orvosszövetség (American Academy of Family Physicians, American College of Physicians, American Academy of Pediatrics, American Osteopathic Association) fogalmazta meg a betegközpontú gyógyítás alapelveit, melyek a következők:

- minden betegnek személyes orvosa van,
- a személyes orvos vezet egy csapatot, akik közösen vállalnak felelősséget a beteg kezelésében,
- a személyes orvos felelős a betegért,
- komplex egészségügyi ellátás biztosítása,

- minőség és biztonság a fémjelzői a PCMH-nak,
- a hatékonyabb betegellátást a nyitott előjegyzés, a kibővített rendelési idők és a betegek és a személyes orvosuk, illetve a csoport tagjai között meglévő új kommunikációs lehetőségek biztosítják,
- a finanszírozás elismeri a betegeknek nyújtott plusz értéket.^{91,92,93}

Összefoglalás

Az Amerikai Egyesült Államokban láthatjuk, hogy nagy hangsúlyt fektetnek a házi-orvosok képzésére. Egyes egyetemeken már a graduális képzésben megjelennek tantárgyak, amik lehetőséget biztosítanak a családorvosi hivatás megismerésére. Ezekről az egyetemekről kerül ki a legtöbb orvos, aki az alapellátásban dolgozik. Abban az esetben, ha nem képezi a kurikulum részét a házi-orvosképzés, fakultációk szervezésével biztosítják a szakmával való megismerkedés lehetőségét. Számos egyetemen csoportokat szerveznek, ahol segítik egymást, információt és tapasztalatot tudnak cserélni a hallgatók, illetve már végzett orvosok segítségével könnyebben tudják kezelni a képzés során felmerülő akadályokat, egy támogató közegben fejlődhetnek.

Erőssége a képzésnek a gyakorlati oktatás, ami a vizsgarendszerükön is látszik. A képzés problémaorientált, fontosnak tartják a csapatmunkát és a kommunikációt, mind a betegekkel, mind pedig a kollégákkal. Rotálódnak a különböző szakterületek között, sok emberrel találkoznak, így könnyebben teremtenek kapcsolatot a kollégákkal, nő a kommunikációs képességük. A rezidensképzés során a hallgatók korán kapnak pácienset, akit kezdetben még felügyelet mellett önállóan kezelhetnek, majd idővel ők lesznek azok, akik felügyelik az elsőéveseket, illetve a medikusokat. Ez segíti őket a felelősségvállalás, a mérlegelés és a döntéshozatal fejlesztésében, így nő a szakmai önbizalmuk is.

I./5.

A nemzetközi helyzet áttekintése témakörök szerint

Az I./5. alfejezet célja a vizsgált országok házi-orvosképzésének bemutatása volt. Jelen alfejezet pedig azt tűzi ki célul, hogy néhány, a házi-orvos mindennapi munkája szempontjából kiemelten fontos területről horizontális képet adjon a vizsgált országok képzésének vonatkozásában.

Célul tűztük ki, hogy az egyik vizsgált terület a praxisszervezés lesz, azonban a legtöbb ország képzésében nem találtunk erre a témára vonatkozó adatokat – az ilyen irányú ismeretek megszerzését feltehetőleg a praxisgyakorlaton való részvételtől várják. Úgy tűnik, ezen a téren is az úttörők közé tartozik a magyar családorvosi tanszékek szakorvosképzése, ahol évek óta rutinszerűen oktatnak praxisszervezési ismereteket.

Terveztünk egy összefoglalást a fertőző betegségek témaköréből is, azonban a rendelkezésre álló adatok alapján erről a témakörrel sem alkotható egységes kép. Kiemelten fontos lenne pedig nemzetközi nézőpontból vizsgálni ezt a kérdést, hiszen sem a kórokozók, sem az antimikrobás terápiával szembeni rezisztenciaviszonyok nem állnak meg az országhatároknál.

Végül két témakör mentén mutatunk horizontális helyzetképet: a mentálhigiénés gondozással és a palliatív ellátással kapcsolatos képzési modulok összehasonlítását végeztük el.

I./5.1. Mentálhigiénés gondozás

A mentális egészségügyi problémákkal küzdő emberek gondozásának legfontosabb feladatai az **Egyesült Királyságban** a GP curriculum 3.10 fejezetében található (Care of People with Mental Health Problems). A curriculum legfontosabb megállapításait az következőkben foglalják össze az RCGP (Royal College of General Practitioner) által kiadott dokumentumban:

- Az alapellátásban minden egyes konzultáció során figyelembe kell venni a páciens mentális egészségét: az élet-hosszig mentális egészségi problémákkal küzdő emberek 90%-át az alapellátásban kezelik.
- A mentális egészségügyi problémák fogyatékoságot okozhatnak, illetve hozzájárulhatnak a munkanélküliséghez és a társadalmi kirekesztéshez.
- A depresszió és a szorongás gyakori a krónikus szervi problémákkal küzdő embereknél is és növelheti az ilyen állapotok morbiditását és mortalitását.

- A súlyos mentális egészségi problémákkal küzdő embereknél fokozott a szív- és érrendszeri megbetegedések és a cukorbetegség miatt bekövetkező morbiditás és halálozás; a háziorvosok (GP-k) fontos szerepet játszhatnak a fizikai társbetegségek megelőzésében, felderítésében és kezelésében.
- A megmagyarázhatatlan fizikális tünetekkel küzdő embereknek pszichológiai nehézségei lehetnek a háttérben.
- A jó kommunikációs készségek, különösen a betegre szánt figyelem, empátia, megértés és együttérzés kulcsfontosságú szerepet játszanak a mentális egészségi problémákkal küzdő emberek felismerésében és kezelésében.
- A testi, lelki, társadalmi, kulturális és szellemi kérdések feltárását integrálni kell a betegséggel kapcsolatos konzultációba és kezelésbe. A kulturális vonatkozások hatással lehetnek a lelki egészséggel kapcsolatos problémák megjelenítésére és a diagnózis elfogadhatóságára.
- Fontos az alternatív megközelítés és az együttműködés más területekkel, köztük a harmadik szektorral (önkéntes és társadalmi szektor).

Hogyan tanulhatjuk meg a gyakorlatban a mentális betegséggel rendelkező betegek kezelését és gondozását?

MUNKAALAPÚ TANULÁS

Az alapellátásban

Az alapellátás ideális a környezet ahhoz, hogy a mentális egészségi problémákkal küzdők gondozását megismerjük. A háziorvosjelölteknek meg kell ismeriük a konzultáció során alkalmazott diagnosztikus eszközöket és lehetőségeket a diagnózis támogatása és a mentális problémákkal küzdő betegek kezelése vonatkozásában. A háziorvos gyakornokoknak tanulniuk kell a betegektől és a gondozóktól mentálhigiénés tevékenységük gyakorlása során.

Meg kell ragadni minden lehetőséget, hogy jobban megértsék az alapellátásban dolgozó mentálhigiénés csapatok, szakértői csoportok, beutalási kritériumok és gondozási útvonalak szerepét.

Csapatmunka alapú tanulás

Van egy kifejezetten az alapellátási csoportokhoz tervezett eszköztár annak felmérésére, hogy milyen mértékben és milyen módon járulnak hozzá a mentális egészséghez.

A másodlagos ellátásban, kórházakban, klinikákon

Néhány háziorvos képzési program tartalmaz különböző időtartamú gyakorlatokat a pszichiátriai osztályokon. Ezek a helyeken a mentális egészségi problémákkal küzdő betegekkel találkozásra nyílik lehetőség, de fontos, hogy szakemberként szélesebb körben megértsük a mentális egészséget, mint az csupán a pszichiátriai osztályon lehetséges. Fontos tanulni a járóbeteg-ellátásban dolgozó mentálhigiénés csapatoktól. Lehetőséget kell biztosítani a végzős mentális egészségügyi dolgozóktól, pszichológusoktól (és más elsődleges gondozói mentálhigiénés szolgáltatóktól, köztük a harmadik szektor munkatársaitól) való tanulásra, tudni kell arról, hogy milyen erőforrások állnak rendelkezésre helyi szinten, és mik a helyi gyakorlatok és betegutak.

Önirányítási tanulás

Több posztgraduális képzéssel foglalkozó szervezet, illetve az RCGP fakultások is tartanak képzéseket a mentális egészségi problémákkal kapcsolatban.

Az RCGP az e-GP program részeként (www.e-GP.org) e-learning tanfolyamokat kínál több mentálhigiénési témában (mint például az idősek mentális egészsége, ez javítja a pszichológiai terápiákhoz való hozzáférést, valamint az ismeretek felhasználását).

Tanulás más egészségügyi szakemberekkel

A pszichiátriai problémákkal küzdő betegek kezelése gyakran az egészségügyi és szociális ellátás, valamint a más szektorok együttműködését is igénylik. A háziorvos gyakornokok számára fontos, hogy megértsék az alapellátásban nyújtható szolgáltatások sokféleségét. A pszichiátriai gyakornokokkal és a mentális egészségügyi szakemberekkel közös tanulási folyamatok segítenek abban, hogy jobban megértsük mind a helyi szinten nyújtott szolgáltatásokat, mind pedig a szakmákon átnyúló kommunikációt és együttműködést.⁹⁴

I./5.2. A palliatív ellátás oktatása

Módszertani bevezető

A palliatív ellátás egyetemi oktatása Európában nem egységes sem graduális, sem posztgraduális szinten. Összefoglalóinkban Nyugat-Európából, a Skandináv térségből, a mediterrán térségből és Közép-Kelet-Európából kiválasztott országok példáján keresztül mutatjuk be a téma oktatásának sokszínűségét. Az országok kiválasztása a rendelkezésre álló angol nyelvű szakirodalom alapján történt.

Bevezetés

A progresszív, súlyos betegséggel élők száma világszerte nő. A betegség progrediálásával a betegeknek egyre több tünetük van, egyre nő az ellátási igényük. A palliatív ellátás a szükségletek, az ellátók és az ellátási helyek szerint differenciált rendszer, amely felöleli az összes egészségügyi ellátási részterületet (lásd: az I./6. ábrát).⁹⁵ A növekvő igényeknek megfelelően a palliatív ellátás az egyik legdinamikusabban fejlődő területe az egészségügyi ellátásoknak Európában és a többi kontinensen is.

A palliatív ellátás egyetemi oktatása jelentős különbségeket mutat Európában nemcsak az országok között, hanem az egyes országokon belül is. Összefoglalóinkban a graduális oktatás mellett – amennyiben a szükséges információk elérhetőek voltak angol nyelven – a palliatív ellátás posztgraduális oktatására is kitérünk.

Egyesült Királyság

Az Egyesült Királyságban mind a 30 orvosi egyetemen kötelező tantárgy a palliatív orvoslás, az egyetemek 20%-án más diszciplínákkal kombinálva.⁹⁶ Liverpoolban (University of Liverpool) a kötelező palliatív ellátás tantárgy mellett más kurzusok keretében is oktatnak palliatív témákat. A kötelező palliatív kurzus a negyedévben kerül megtartásra, 6 óra előadás, 18 óra workshop és 8–10 óra gyakorlat formájában.⁹⁷

Európában először az Egyesült Királyságban vált orvosi szakterületté a palliatív orvoslás: 1987 óta lehetséges palliatív orvoslás szakvizsgát tenni (Specialty in Palliative Medicine)⁹⁸, és 2018-ban a palliatív orvosok becsült száma több mint 600 fő volt.⁹⁹

Írország

Írországban a graduális képzés keretében mind a hat orvosi egyetemen oktatnak palliatív ellátást, kötelező kurzus azonban egyik egyetemen sincs e tárgyból.

Írországban 1995-ben vált orvosi szakterületté a palliatív orvoslás. 1993-ban megalakult az Ír Palliatív Társaság (Irish Association for Palliative Care), ami fontos szerepet játszott a szakvizsga lehetőségének megteremtésében. Írországban a palliatív ellátásban dolgozó orvosok számára kötelező a szakvizsga mind az állami, mind a magánszektorban. 2018-ban 38 orvos rendelkezett ilyen képesítéssel.¹⁰⁰

Franciaország

Franciaországban valamennyi orvosi egyetemen kötelező tantárgy a palliatív ellátás, és mindegyik intézményben önálló kurzus keretében oktatják. 2013-ban palliatív orvoslás mesterképzés is indult.

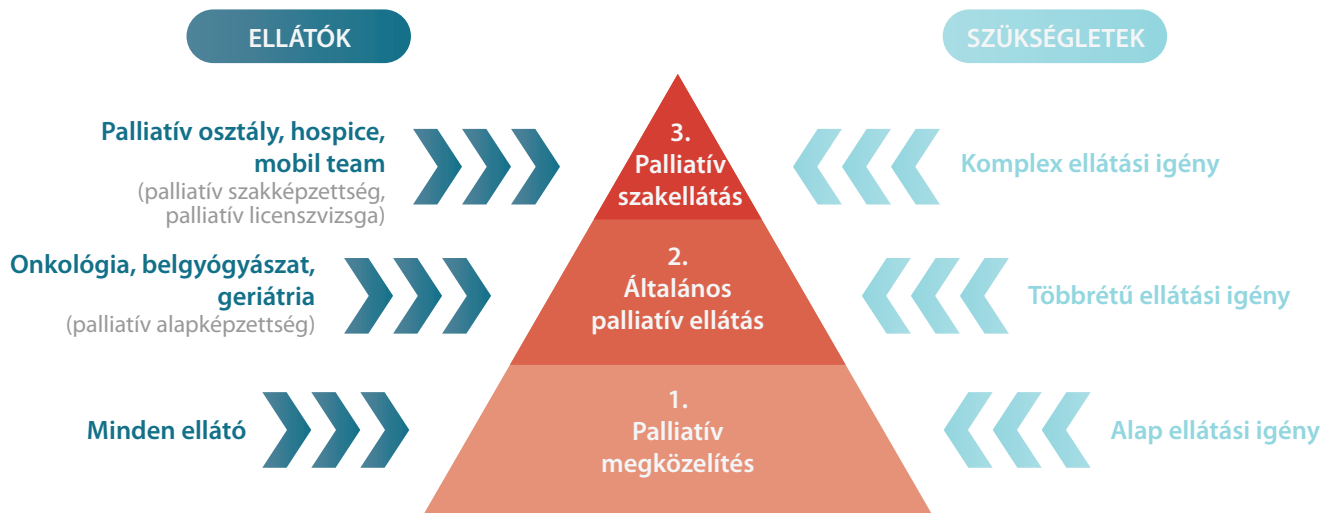
Franciaországban 2008-tól lehetséges speciális, a magyar szakorvosi licenccel egyenértékű kiegészítő „diplomát” szerezni Fájdalomcsillapítás és palliatív orvoslás szakterületen (Diplome d'etudes specialisees complementaires (DESC) de Medecine de la Douleur et Medecine Palliative; Diploma of Complementary Specialised Studies in Pain Medicine and Palliative Medicine) és ez a tanúsítvány megszerezhető házi orvosok által is. 2018-ban kb. 400 orvos rendelkezett palliatív licenccel.¹⁰¹

Skandináv országok

A graduális képzésben a palliatív ellátás oktatása nem egységes ezekben az országokban sem. Norvégiában és Finnországban pl. minden orvosi egyetemen van palliatív orvoslás tantárgy speciális palliatív kurzus keretében vagy más témákkal kombinálva. Svédországban viszont valamennyi orvosi egyetemen kötelező és önálló tárgy a palliatív ellátás.¹⁰²

A posztgraduális palliatív orvosképzés egységes a skandináv államokban. A Nordic Specialist Course in Palliative Medicine elnevezésű képzés a brit palliatív orvoslás kurikulumon alapul, amely standardként szolgál számos más ország számára. A posztgraduális képzést úgy tervezték, hogy bármelyik orvos elvégezheti munkája mellett oly módon, hogy közben különböző képzési modulokon vesz részt (kb. hethetes időtartamban), és ezek a modulok Skandinávia sok helyén elérhetőek. elérhetőek

I/6. ábra: A palliatív ellátási szintek a szükségletek, ellátók és ellátási helyek szerint



Málta

Máltán a graduális képzésben nem kötelező önálló tárgy a palliatív ellátás, más szakterületekkel kombinálva azonban része a tananyagoknak.¹⁰³

2003 óta az önálló orvosi szakterületek közé tartozik a palliatív orvoslás, és bizonyos klinikai pozíciók betöltéséhez palliatív szakvizsga szükséges.

Cseh Köztársaság

A Cseh Köztársaságban az orvosegyetemek közül kettő oktat palliatív ellátást graduális szinten, választható tantárgy keretében. Posztgraduális szinten 2009-ben a palliatív orvoslás bekerült az onkológus- és a háziorvosképzés tananyagába három egyetemen választható tárgyként.

A Palliatív orvoslás és fájdalomcsillapítás (Subspecialty in Palliative Medicine and Pain Management; Paliativni medicina) tanúsítvány 2004-től vált megszerezhetővé, és a magyarországi Palliatív orvoslás licenccel tekinthető egyenértékűnek. 2011-ben az eredeti Palliatív orvoslás és fájdalomcsillapítás licenc elkülönült Palliatív orvoslásra és Algesiológiára. Összesen öt palliatív képzési program működik az országban, a képzés elméleti és gyakorlati modulokból áll, elméleti túlsúllyal. 2018-ban kb. 150 orvos rendelkezett palliatív licenccel.¹⁰⁴

Szlovákia

Szlovákiában a négy orvostudományi egyetem közül egy helyen oktatják a palliatív ellátást graduális szinten, ott sem önálló tantárgy keretében.

A palliatív orvoslás 2013-ban orvosi szakképesítésként lett akkreditálva. Jelenleg még opcionális, a jövőben azonban kötelező előírása lesz a palliatív szakvizsga számos klinikai pozícióban.¹⁰⁵ A palliatív orvosok száma alacsony, 2018-ban 9 fő volt.¹⁰⁶

Lengyelország

Lengyelország 20 orvosi egyeteme közül 16 intézményben tantárgy a palliatív ellátás, a legtöbb helyen kötelező kurzusként van jelen a tanrendben.¹⁰⁷ A poznanai egyetemen (Poznan University of Medical Sciences) a kötelező palliatív kurzus a negyedévből kerül megtartásra, 10 óra előadás, 8 óra workshop és 4 óra gyakorlat formájában.¹⁰⁸

A palliatív orvoslás Lengyelországban már 1999-ben bekerült a szakvizsgák körébe. A szakvizsga megléte a palliatív és a hospice ellátás területén számos klinikai pozíció betöltéséhez kötelező előírás.¹⁰⁹ A palliatív szakvizsgával rendelkező orvosok száma 2018-ban közel 500 fő volt.¹¹⁰

Magyarország

A palliatív ellátás oktatása graduális szinten Magyarországon sem egységes. A Pécsi Tudományegyetemen ötödévből a háziorvoslás tantárgy keretén belül kerül sor a tárgy oktatására (90 perc szeminárium). Emellett az onkológia tárgy keretében van 45 perc szeminárium (4. évben), és elektív klinikai farmakológiai kurzus 90 perc szeminárium. 2014 óta a Semmelweis Egyetemen

is folyik palliatív medicina elméleti és gyakorlati képzés az érvényes jogszabályoknak megfelelően.

A Pécsi Tudományegyetem Alapellátási Intézetében működik az egyetlen Hospice-Palliatív Tanszék, melynek jövőbeli céljai között szerepel a palliatív orvoslás kötelező tantárggyá válása a graduális oktatásban. Jelenleg ugyanis kötelező tárgyként egyik hazai orvosképző egyetemen sem oktatják a palliatív medicinát.

Azáltal, hogy a 22/2012. (IX.14.) EMMI rendeletben előírt törzsképzési tanfolyamon minden rezidens számára kötelező lett 40 órában a palliatív orvoslás oktatása, a posztgraduális képzésben jelentősen nőtt a diszciplína szerepe. Pécssett a posztgraduális képzés keretein belül szervezett Családorvosi kötelező szintentartó tanfolyamokon külön blokkban hallgatják a háziorvosok a palliatív ismereteket.

Félévente kerül megrendezésre a Palliatív licenc vizsga felkészítő tanfolyam, ahol az érdeklődők elsajátíthatják a palliatív licencvizsgálóhoz szükséges 80 órás elméleti képzés követelményeit.¹¹¹ 2018-ban összesen 110 fő rendelkezett palliatív licenc vizsgával.¹¹²

Grúzia

Grúziában a 13 orvosegyetem közül 8 oktat palliatív ellátást, többnyire választható tantárgy keretében.

Grúziában a palliatív orvoslásból a magyarországi licencvizsgálóval egyenértékű tanúsítvány (Paliatiuri Mzrunveloba da tkivilis meditsina; Subspecialty in Palliative Care and Pain Medicine) megszerzésére 2008 óta van lehetőség, családorvosok számára is. A négy hónapos képzési program 75 óra elméletet és 100 óra gyakorlatot tartalmaz. A tanúsítvány megszerzése 2013 óta kötelező a palliatív ellátásban dolgozó orvosok számára.¹¹³ A tanúsítvánnyal rendelkezők beszült száma 2018-ban 50 fő volt.¹¹⁴

Összegzés

A palliatív ellátás egyetemi oktatása sokat fejlődött az elmúlt években Európában mind graduális, mind posztgraduális szinten. A tantárgy oktatása a gyakorlatban nagyon különböző módon valósul meg az egyes felsőoktatási intézményekben, ahol a tanítási módszerek széles skáláját alkalmazzák. Közös azonban, hogy valamennyi helyen úttörő munka folyik a téma oktatásának kidolgozása és továbbfejlesztése terén.

I./5.3. Összefoglalás

Eredménytermékünk célja a háziorvosképzés nemzetközi dimenzióinak bemutatása volt. Az elvégzett munka során számos problémával, dilemmával kellett megküzdenünk. Először is, tisztázni kellett a vizsgált országok, kultúrák körét. Aztán tisztázni kellett az adatgyűjtés módját. Ezt követően a hihetetlen mennyiségű idegen nyelvű adat rendszerezésére volt szükség, lényeglátó, célorientált analízist igyekeztünk végezni. Végül a szerzett ismereteket írásban össze kellett foglalnunk.

Bármely ország háziorvosképzését figyeltük is, természetesen mindvégig a hazai képzési viszonyok jártak a fejünkben. Összességében úgy látjuk, hogy a világ nagyon szétszakadt a háziorvosképzés vonatkozásában (is). Van néhány ország, melyek háziorvosképzése átgondoltságban, erőforrásokban, interdiszciplinaritásban messze jár előttünk, miközben a világ lakosságának legalább 80%-a olyan viszonyok között él, ahol nem feltétlenül van egyáltalán a mi fogalmaink szerinti alapellátási rendszer.

A vizsgált országok háziorvosképzésére általában jellemző a magyar képzésben is megjelenő hármas tagolás: elmélet + osztályos gyakorlatok + praxisgyakorlat. A praxisgyakorlat jellemzőiről, kurrikulmáról viszonylag kevés információ áll rendelkezésünkre. Feltételezzük, hogy a magyar viszonyokhoz hasonlóan az oktató háziorvosoknak elég nagy szabadságuk van abban, hogy a praxisgyakorlat során mely oktatási hangsúlyokat részesítik előnyben.

Az elméleti képzések mennyisége változó. Tematikája nagy vonalakban a magyar képzési tematikához hasonlít. Jellemző, hogy egyes országokban megjelennek azok a témakörök is, amelyekre elsősorban az elmúlt években került hangsúly: interkulturális (migrációs) medicina, demenciával élők ellátása, szexuális és egyéb bántalmazást elszennvedettek ellátása stb. Nem könnyű megítélni a rendelkezésre álló adatok alapján, hogy mindez mennyire jelenti a graduális képzés oktatási folyamatainak ismétlését, illetve mennyire jelennek meg a szakmaspecifikus szempontok a képzésben.

A kórházi gyakorlati képzések a legtöbb vizsgált országban hosszabb modulokból tevődnek össze, nem jellemzőek a néhány hetes képzési fázisok, hanem inkább hónapokban mérhetőek. A későbbiekben Magyarországon is mindenképpen ebben az irányban történő fejlődést találnánk célszerűnek. Egyes országokban, például a skandináv államokban

és Németországban kifejezetten kompetenciaalapú a képzés menetének megfogalmazás, az elsajátítandó eszközös beavatkozások, a kommunikációs technikák, a praxismenedzsmenttel kapcsolatos teendők tételesen felsorolásra kerülnek a képzési anyagokban. A kompetenciaalapú gondolkodást mindenképpen előremutató szemléletnek tekintjük az adott képzési formában eltöltött gyakorlati idő mentén történő adminisztrációhoz képest.

Összességében elmondhatjuk, hogy a magyar képzési rendszer nemzetközi összehasonlításban is számos szempontból büszkeségre ad okot. Ugyanakkor van néhány olyan ország a világon, amelyek háziiorvosképzése egyértelműen előttünk jár, mintának tekinthető. A magyar háziiorvosképzés fejlesztésén való további fáradozásaink során igyekszünk majd ezeket a tapasztalatainkat is kamatoztatni.

Irodalomjegyzék

- 1 www.globalfamilydoctor.com , 2017.12.15.
- 2 <http://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/7524/ukrajna-betegek-es-ellatas> , 2017.12.15
- 3 <http://www.sbmfc.org.br/> , 2017.12.15
- 4 Brekke et al. Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe – a descriptive study. BMC Medical Education 2103, 13:157.
- 5 Tandeter H et al. Choosing primary care? Influences of medical school curricula on career pathways. Isr Med Assoc J 2001,3:969-972.
- 6 Soler JK et al. The wind of change: After the European definition – orienting undergraduate medical education towards general practice/medicine. Eur J Gen Pract 2007, 13: 248-251.
- 7 Tandeter et al. A „minimal core curriculum” for Family Medicine in undergraduate medical education: a European Dephi survey among EURACT representatives. Eur J Gen Pract 2011,17:1186-1195.
- 8 <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>
- 9 <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>
- 10 <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>
- 11 <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>
- 12 <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>
- 13 Foundation Programme. <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/about-the-foundation-programme>. Elérés 2017. november 15
- 14 NHS Health Careers. <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/why-study-medicine>. Elérés 2017. december 3.
- 15 RCGP GP Kurrikulum. <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/gp-kurrikulum-overview/document-version.aspx> Elérés 2017. november 14.
- 16 The RCGP Kurrikulum: Professional & Clinical Modules. https://www.gmc-uk.org/RCGP_Kurrikulum_modules_jan2016.pdf_68839814.pdf. Elérés 2017. november 6.
- 17 Jon Magnussen, Karsten Vrangbaek, Richard B. Saltman: Nordic health care systems - Recent reforms and current policy challenges, Open university press 2009.
- 18 Kim Rose Olsen, Anders Anell, Unto Hakinen et al.: General practice in the Nordic countries, Nordic Journal of Health Economics, Vol. 4 (2016), No. 1, pp. 56-67
- 19 Brekke et al.: Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe – a descriptive study. BMC Medical Education 2013 13:157.
- 20 Tájékoztató országtanulmány Dánia egészségügyéről, GYEMSZI 2014. január
- 21 Medical Residency Database <http://www.residencydatabase.com/denmark-medical-residency/>
- 22 Specialist training in general practice: statement of aims, The Danish College of General Practitioners
- 23 Postgraduate medical training in denmark – status and future perspectives, Summary in English; National Board of Health, 2012. <http://www.sst.dk>
- 24 Postgraduate medical training in Denmark – status and future perspectives, Summary in English; National Board of Health, 2012. <http://www.sst.dk>
- 25 Tájékoztató országtanulmány Finnország egészségügyéről, GYEMSZI 2014. február
- 26 Evaluation of undergraduate medical education Project plan 13 march 2017 – fineec
- 27 University of Turku, Family medicine, https://www.utu.fi/en/units/med/units/general_practice/Pages/home.aspx
- 28 Jon Magnussen, Karsten Vrangbaek, Richard B. Saltman: Nordic health care systems - Recent reforms and current policy challenges, Open university press 2009.
- 29 http://www.uemo.org/gp_in_europe/iceland.htm
- 30 University of Iceland UGLA IntraWeb <https://ugla.hi.is/kennsluskra/index.php?tab=nam&chapter=namskeid&id=02015920176&kennsluar=2017>
- 31 Jennifer Neuman, MS II, BA: The Making of the Self-Reliant Physician: Medical Education in Iceland <https://www.medscape.com/viewarticle/519959>
- 32 Regulation on the education, rights and obligations of medical doctors and criteria for granting of licences to practise medicine and specialist medical licences, No. 467/2015, as amended by Regulation No. 29/2017.

- 33 Cecilia Björkelund, Andy Maun: Primary Care in Sweden, European Forum for primary care – Sweden: <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-sweden>
- 34 Dr. Anders Nilsson: Primary health care in Sweden, UEMO website: <http://www.uemo.eu/2016/02/09/sweden/>
- 35 Stefan Lindgren, Thomas Brännström, Eric Hanse, Torbjörn Ledin, Gunnar Nilsson, Stellan Sandler, Ulf Tidefelt & Jakob Donnér (2011) Medical education in Sweden, *Medical Teacher*, 33:10, 798-803, DOI: 10.3109/0142159X.2011.570816
- 36 Doctors' specialist medical training. Regulations and general guidelines. Descriptions of objectives 2008 Socialstyrelsen, *Famili medicine*: 697-711.
- 37 Tájékoztató országtanulmány Norvégia egészségügyéről, GYEMSZI 2014. január
- 38 Guri Rørtveit: Primary Care in Norway,, European Forum for primary care – Norway: <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-norway>
- 39 Unni Aanes, Eirik Boe Larsen: General practise in Norway – increasing its popularity? A Some important issues in general practice/family medicine in Norway, UEMO Website: <http://www.uemo.eu/2016/02/11/norway/>
- 40 Stian Langeland Wesnes, Olaf Aasland, Anders Baerheim: Career choice and place of graduation among physicians in Norway, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2012; 30: 35–40
- 41 Margrete Gaski & Birgit Abelsen (2017) Designing medical internships to improve recruitment and retention of doctors in rural areas, *International Journal of Circumpolar Health*, 76:1, 1314415, DOI: 10.1080/22423982.2017.1314415
- 42 Guri Rørtveit: Primary Care in Norway,, European Forum for primary care – Norway: <http://www.euprimarycare.org/column/primary-care-norway>
- 43 <http://www.degam.de/>
- 44 <http://www.kosta-bayern.de/weiterbildung-am/weiterbildungsordnung-allgemeinmedizin>
- 45 <http://allgemeinmedizin.uk-koeln.de/lehre>
- 46 <https://www.aerztekammer-hamburg.org/koordinierungsstelleallgemeinmedizin.html>
- 47 Windak A., Oleszczyk M. Building primary care in a changing Europe: Case studies. Poland. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459007/>
- 48 Gowin E, Horst-Sikorska W, Michalak M et al. The attractiveness of family medicine among Polish medical students. *European Journal of General Practice*, 2013; Early Online: 1–4
- 49 Brekke M, Carelli F, Zarbailov N. et al. Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe – a descriptive study. *BMC Medical Education* 2013, 13:157 Page 6 of 9. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/157>
- 50 6-year M.D. Course Description: Family Medicine. <http://pums.ump.edu.pl/family-medicine-2/>
- 51 Medical University of Warsaw: Kurrikulum 6-year program. <http://2wl.wum.edu.pl/en/english-division/kurrikulum/kurrikulum-6-year-program>
- 52 Windak A., Oleszczyk M. Building primary care in a changing Europe: Case studies. Poland. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459007/>
- 53 Gowin E, Horst-Sikorska W, Michalak M et al. The attractiveness of family medicine among Polish medical students. *European Journal of General Practice*, 2013; Early Online: 1–4
- 54 Clarke O, Lindh ODM, Sammut MR, et al. Training, status and migration of General Practitioners/Family Physicians within Europe. *The Journal of the Malta College of Family Doctors*. VOLUME 02 issue 02 August 2013
- 55 D. Rotar Pavlič, R. Miftode, A. Balan, and Z. Farkas Pall. Building primary care in a changing Europe: Case studies. Romania. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459006/>
- 56 Medical Study Guide: Medical school kurrikulum in Romania. <http://www.medicalstudyguide.com/medical-university-kurrikulum.html>
- 57 Brekke M, Carelli F, Zarbailov N. et al. Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe – a descriptive study. *BMC Medical Education* 2013, 13:157 Page 6 of 9. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/157>
- 58 Kurrikulum - Cluj Medical University. <http://www.medicina.umfcluj.ro/en/facmed-uk/about-med-uk/kurrikulum-med-uk>
- 59 Faculty of Medicine Academic Offer 2016 - Iasi Medical University. http://www.umfiiasi.ro/Documents/2016-2017/Studiu%20in%20EN%20si%20FR/MG_interioare.pdf
- 60 Specialization General Medicine Care - Titu Maiorescu University of Medicine. <http://www.utm.ro/en/facultatea-de-medicina/discipline-de-studiu/>
- 61 D. Rotar Pavlič, R. Miftode, A. Balan, and Z. Farkas Pall. Building primary care in a changing Europe: Case studies. Romania. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459006/>
- 62 Windak, M. Oleszczyk, and E. Jurgova. Building primary care in a changing Europe: Case studies. Slovakia. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459033/>
- 63 Brekke M, Carelli F, Zarbailov N. et al. Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe – a descriptive study. *BMC Medical Education* 2013, 13:157 Page 6 of 9. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/157>

- 64 Windak, M. Oleszczyk, and E. Jurgova. Building primary care in a changing Europe: Case studies. Slovakia. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459033/>
- 65 Study Medicine in Slovakia in English. <http://www.medicalstudyguide.com/medicine-in-slovakia.html>
- 66 Windak, M. Oleszczyk, and B. Seifert. Building primary care in a changing Europe: Case. Czech Republic. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459013/>
- 67 United States Census Bureau. 2017 Population Estimates. Retrieved from: <https://www.census.gov/en.html>
- 68 Egészségügyi Rendszerek Adattára (ERA). (2014. május). Tájékoztató országtanulmány az Amerikai Egyesült Államok egészségügyéről. Retrieved from https://era.aeek.hu/HolOrszag/csatolt/20140715_amerikai_egyedul_allamok_2014.pdf
- 69 The Henry J. Kaiser Family Foundation. (2017, October). Primary Care Physicians by Field. Retrieved from <https://www.kff.org/other/state-indicator/primary-care-physicians-by-field>
- 70 [1] Petterson, S.M., Liaw WR, Phillips RL Jr, et al. (2012, November/December). Projecting US primary care physician workforce needs: 2010-2025. *Annals of Family Medicine*, 10(6), 503-9. doi: 10.1370/afm.1431
- 71 Mowery, I.M. (2015) A primer on medical education in the United States through the lens of a current resident physician. *Annals of Translational Medicine*, 3(18), 270. doi: 10.3978/j.issn.2305-5839.2015.10.19
- 72 American Academy of Family Physicians (AAFP). Types of Medical School Programs and How They Lead into Primary Care. Retrieved from <https://www.aafp.org/medical-school-residency/premed/programs.html>
- 73 American Association of Colleges of Osteopathic Medicine (AACOM). Overview of Osteopathic Medical Education and Accreditation. Retrieved from <https://www.aacom.org/news-and-events/publications/2018-cib/overview-of-osteopathic-medical-education-and-accreditation>
- 74 American Osteopathic Association (AOA) (2017). Osteopathic Medical Profession Report: 2017. Retrieved from <http://www.osteopathic.org/inside-aoa/about/aoa-annual-statistics/Documents/2017-omp-report.pdf>
- 75 Kozakowski, S.M., Travis, A., Marcinek, J.P., Bentley, A., Fetter, G.T. Jr. (2017). Entry of Medical School Graduates Into Family Medicine Residencies: 2016–2017. *Family Medicine*, 49(9), 686-692. <http://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol49Issue9/Kozakowski686>
- 76 Association of American Medical Colleges (AAMC). Tuition and Student Fees. Retrieved from <https://www.aamc.org/data/tuitionandstudentfees/>
- 77 American Academy of Family Physicians (AAFP). Attributes of Strong Family Medicine Programs. Retrieved from <https://www.aafp.org/medical-school-residency/faculty/medschools.html>
- 78 American Academy of Family Physicians (AAFP). National Family Medicine Interest Group (FMIG). Retrieved from <https://www.aafp.org/medical-school-residency/medical-school/join-fmig.html>
- 79 American Academy of Family Physicians (AAFP). Medical Schools for Family Medicine. Retrieved from <https://www.aafp.org/medical-school-residency/faculty/medschools.html>
- 80 Kozakowski, S.M., Travis, A., Marcinek, J.P., Bentley, A., Fetter, G.T. Jr. (2017). Entry of Medical School Graduates Into Family Medicine Residencies: 2016–2017. *Family Medicine*, 49(9), 686-692. <http://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol49Issue9/Kozakowski686>
- 81 Kozakowski, S.M., Travis, A., Marcinek, J.P., Bentley, A., Fetter, G.T. Jr. (2017). Entry of Medical School Graduates Into Family Medicine Residencies: 2016–2017. *Family Medicine*, 49(9), 686-692. <http://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol49Issue9/Kozakowski686>
- 82 Mowery, I.M. (2015) A primer on medical education in the United States through the lens of a current resident physician. *Annals of Translational Medicine*, 3(18), 270. doi: 10.3978/j.issn.2305-5839.2015.10.19
- 83 United States Medical Licensing Examination (USMLE) Retrieved from <http://www.usmle.org/>
- 84 American Board of Family Medicine. Residency Training. Retrieved from <https://www.theabfm.org/cert/residencytraining.aspx>
- 85 American Academy of Family Physicians (AAFP). Training Requirements for Family Physicians. Retrieved from <https://www.aafp.org/medical-school-residency/premed/training.html>
- 86 Eq. dr. med. Christian Cs. Gaal. Az úgynevezett rezidensekről. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 49(2) 41-45, 2011.
- 87 American Board of Family Medicine. Family Medicine Certification Examination. Retrieved from <https://www.theabfm.org/cert/index.aspx>
- 88 American Academy of Family Physicians (AAFP). Training Requirements for Family Physicians. Retrieved from <https://www.aafp.org/medical-school-residency/premed/training.html>
- 89 American Academy of Family Physicians (AAFP). Training Requirements for Family Physicians. Retrieved from <https://www.aafp.org/medical-school-residency/premed/training.html>
- 90 American Academy of Family Physicians (AAFP). Training Requirements for Family Physicians. Retrieved from <https://www.aafp.org/medical-school-residency/premed/training.html>
- 91 Egészségügyi Rendszerek Adattára (ERA). (2014 május). Tájékoztató országtanulmány az Amerikai Egyesült Államok egészségügyéről. Retrieved from https://era.aeek.hu/HolOrszag/csatolt/20140715_amerikai_egyedul_allamok_2014.pdf
- 92 American Academy of Family Physicians (AAFP). Career Options in Family Medicine. Retrieved from <https://www.aafp.org/medical-school-residency/choosing-fm/practice.html>

- 93** American Academy of Family Physicians (AAFP), American Academy of Pediatrics (AAP), American College of Physicians (ACP), American Osteopathic Association (AOA). (2007). Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home. Retrieved from http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/pcmh/initiatives/PCMHJoint.pdf
- 94** The RCGP Kurrikulum: Professional & Clinical Modules
- 95** Benyó G, Lukács M, Busa Cs, Mangel L, Csikós Á. A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai. *Magy Onkol* 61:292– 299, 2017
- 96** Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (EAPC), 2019
- 97** Centeno, C, Bolognesi D, Biasco G. Comparative Analysis of Specialization in Palliative Medicine Processes Within the World Health Organization European Region. *Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 49 No. 5 May 2015. 861-870.
- 98** Bolognesi D, Centeno, C, Biasco G. Specialisation in Palliative Medicine for Physicians in Europe 2014. A supplement of the EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. European Association for Palliative Care (EAPC), 2014
- 99** Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (EAPC), 2019
- 100** Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (EAPC), 2019
- 101** Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (EAPC), 2019
- 102** Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (EAPC), 2019
- 103** Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (EAPC), 2019
- 104** Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (EAPC), 2019
- 105** Bolognesi D, Centeno, C, Biasco G. Specialisation in Palliative Medicine for Physicians in Europe 2014. A supplement of the EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. European Association for Palliative Care (EAPC), 2014.
- 106** Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (EAPC), 2019
- 107** Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (EAPC), 2019
- 108** Centeno, C, Bolognesi D, Biasco G. Comparative Analysis of Specialization in Palliative Medicine Processes Within the World Health Organization European Region. *Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 49 No. 5 May 2015. 861-870.
- 109** Bolognesi D, Centeno, C, Biasco G. Specialisation in Palliative Medicine for Physicians in Europe 2014. A supplement of the EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. European Association for Palliative Care (EAPC), 2014.
- 110** Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (EAPC), 2019
- 111** Hospice-Palliatív Tanszék. <http://www.aok.pte.hu/docs/csaladorv/file/Hospice-palliativ-tanszek.pdf>
- 112** Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (EAPC), 2019
- 113** Bolognesi D, Centeno, C, Biasco G. Specialisation in Palliative Medicine for Physicians in Europe 2014. A supplement of the EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. European Association for Palliative Care (EAPC), 2014.
- 114** Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, de Lima L, Pons JJ, Clark D, Hasselaar J, Ling J, Mosoiu D, Centeno C: EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (EAPC), 2019

II.FEJEZET

A HÁZIORVOS-SZAKKÉPZÉS TANANYAGAINAK, GYAKORLATÁNAK FELMÉRÉSE ÉS ÉRTÉKELÉSE



II./1. Fogalomtár

Alapellátás:¹ Az Egészségügyi Törvény 88. § 200. bek. szerint „az alapellátás célját és feladatait az egészségügyi alapellátásról szóló törvény határozza meg”.

Egészségügyi alapellátás: „Az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül.

(2) Az egészségügyi alapellátás feladatai:

a) az ellátott lakosságra vonatkozó, a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló ellátás (a továbbiakban: megelőző ellátás);

b) az egyén

ba) egészségi állapotának figyelemmel kísérése, valamint egészségügyi felvilágosítása, nevelése, egészségfejlesztése, egészségtervezésének támogatása,

bb) jogszabályban meghatározott kompetencia keretében történő gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett,

bc) szakorvoshoz történő irányítása a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából,

bd) gyógykezelése, házi ápolása és rehabilitációja a szakorvos által javasolt terápiás terv figyelembevételével; és

c) szükség esetén a b) pont bb) és bd) alpontjában foglaltaknak a beteg otthonában történő ellátása vagy a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése.

2. § (1) E törvény alkalmazásában:

a) *praxisközösség*: a háziiorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátást nyújtó fogorvosi, védőnői szolgáltatók feladatainak ellátására létrejött működési forma;

b) *csoportpraxis*: olyan együttműködési forma, amely keretében a háziiorvosi, házi gyermekorvosi alapellátási feladatok mellett jogszabályban meghatározottak szerint a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó egyes ellátások is nyújthatók.²

Az alapellátás területei:³ Az alapellátás területei az **2015. évi CXXIII. törvény - az egészségügyi alapellátásról alapján:**

- a háziiorvosi, házi gyermekorvosi ellátás és a fogorvosi alapellátás,
- a védőnői ellátás,
- az iskola-egészségügyi ellátás,
- az alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás,
- a foglalkozás-egészségügyi alapellátás.

Háziiorvosi ellátás:⁴ „Az **alapellátás** meghatározó ellátási formája. A háziiorvosi ellátás feladata a beteg egészségének menedzselése saját kompetenciában végzett **gyógyító-megelőző ellátásokon**, kért **konzíliumokon** és megszervezett ellátásokon keresztül. A háziorvos az, akit a fogászati és védőnői ellátás kompetenciáján kívül eső problémákkal elsőknek kell felkeresnünk, és a háziorvos az, akinél az egészségügyi ellátási adataink összegyűlnek, azaz az összes egészségügyi adataink kezelésére törvény által feljogosított.

A háziiorvosi ellátást alapvetően a kötelező egészségbiztosítás terhére vehetjük igénybe, de a háziorvos egyéb, nem a társadalombiztosítás által finanszírozott orvos-szakértői feladatot is ellát, pl. látélet kiadása, orvosi szakvélemény adása jogosítványhoz, fegyverviseléshez, stb.

A háziorvos ellátás a településszerkezettől függően szerveződhet

- a 14 éven aluli lakosok alapellátására (gyermek körzet),
- a 14 éven felüli lakosság ellátására (felnőtt körzet),
- a település teljes lakosságának ellátására, függetlenül a lakos életkorától (vegyes körzet).

A háziorvos szabad megválasztása – a területi-elérhetőségi korlátok mellett – alapvető jogunk.”

Folyamatos továbbképzés: Az egészségügyi tevékenységet végző szakorvos folyamatos szakmai továbbképzésben köteles részt venni a továbbképzési időszak alatt. A továbbképzési időszak teljesítéséhez a továbbképzésre kötelezettnek a) szakképesítésenként a szakképesítésének megfelelő, szakterületenként szervezett kötelező szinten-

tartó továbbképzésen, b) szabadon választható elméleti továbbképzésen és c) gyakorlati továbbképzésen kell részt vennie.

Graduális képzés: „Az első diploma vagy az alapképzettség megszerzésére irányuló felsőfokú képzés. A formális képzéshez tartozik.”⁵

Szakképzési grémium – Háziiorvosi grémium: az egyetemeken működő, vagy egyes – miniszteri rendeletben meghatározott – szakterületeken országosan létrehozott, az adott szakma vagy szakterület tekintetében kiemelkedő szakmai ismeretekkel bíró szakemberek testülete, amely a szakképzési grémium feladatkörébe tartozó szakterületeken a szakorvos képzés tartalmával, a képzés szervezésével és végrehajtásával kapcsolatos szakmai feladatokat lát el. [162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet]

Háziiorvostan szakvizsga: A rezidens a törzsképzés teljesítését követően bocsátható szakvizsgára. A fennálló rendelkezések értelmében minden jelenleg aktívan dolgozó családorvos számára kötelező a háziiorvostan szakvizsga letétele [kivételet a 29/1997 (X.3.) NM rendelete 3 § (1) a,b,c bekezdésben felmentett kollégák].

Kötelező szinten tartó továbbképzés: A kötelező szintentartó továbbképzés az egészségügyi felsőoktatási intézmények és az adott szakma szerinti országos szakmai intézmények által orvosok számára szervezett olyan tanfolyam, amely a NEFMI 64/2011. (XI.29) rendeletével összhangban kötelező szintentartó tanfolyamként kerül meghirdetésre. Az 5 éves továbbképzési időszakban megszerzendő 250 pontból legalább 50 pontot kötelező szintentartó továbbképzés teljesítésével kell megszerzeni. [NEFMI 64/2011. (XI. 29.) rendelete]

Kurrikulum:^{6,7} „A kurrikulum egyszerre jelenti a tantervnek nevezett dokumentumokat (intended kurrikulum) és a ténylegesen megfigyelt tanulási-tanítási gyakorlatot (implemented, achieved kurrikulum).”

„A kurrikulum fogalmát [...] tágan értelmezzük, beleértve ebbe a tanulási környezet

egészét, így olyan elemeket, mint a standardok vagy követelmények, a tananyag, a különböző taneszközök vagy a pedagógusok által alkalmazott tanulószervezési és értékelési módszerek.”

Megjegyzés: a fenti három fogalom egyike sem szerepel a magyar jogrendben, így a fenti definíciók kizárólag tudományos és nem törvényi meghatározásnak számítanak.

Mentor: A rezidensi programokért felelős személy volt, a 162/2015-ös Korm. rendelet eltörölte ezt a funkciót. (A mindennapi szóhasználatban esetenként a rezidensek oktatásáért felelős oktató háziiorvos megnevezésére továbbra is megtalálható.)

Oktató háziiorvosi praxis: Olyan, az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól szóló 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet szerint akkreditált háziiorvosi praxis, amely graduális és posztgraduális gyakorlati képzési feladatokat lát el. [6/2010. (IV. 15.) EüM rendelet]

Palliatív ellátás: A palliatív ellátás olyan megközelítés, amely az életet megrövidítő betegség kísérő problémáitól szenvedő beteg és családja életminőségét javítja azáltal, hogy megelőzi és csillapítja a szenvedést a fájdalom, a pszichoszociális és spirituális problémák meghatározásával, kifogástalan értékelésével és kezelésével.⁸

Posztgraduális képzés:⁹ „Az angol és amerikai felsőoktatási rendszerben meghonosodott, innen származó és elterjedt kifejezés, amely az alacsonyabb szintű vagy ún. első fokozat, ill. diploma megszerzése utáni továbbképzést, magasabb szintű vagy második, esetleg harmadik diploma megszerzésére irányuló képzést jelent. Posztgraduális képzés az első fokozat vagy diploma utáni továbbképzés, magasabb vagy második diploma megszerzése.”

Praxis:¹⁰ „Az egészségügyi szolgáltató azon szervezeti formája, ahol

- az ellátó és a szolgáltató azonos,
- a praxis működtetője/tulajdonosa személyes közreműködőként részt vesz az ellátás nyújtásában,
- a praxis esetében – ellentétben más szervezeti formával (pl. intézmény) – szervezetében és személyi körében nem különül el a működtető, a management és az ellátói kör.

A praxis mint önálló szervezeti forma az **alpellátásban** jellemző, de a **járóbeteg-szakellátás** területén is értelmezhető működési mód.”

Praxisjog: „az egészségügyi államigazgatási szerv által az a) pont szerinti orvos részére adott önálló orvosi tevékenység nyújtására jogosító engedélyben foglalt jog, amely alapján önálló orvosi tevékenység területi ellátási kötelezettséggel, meghatározott körzetben végezhető.”¹¹

Rezidens törzsképzés: A háziiorvos-szakképzés tartalmilag két fő részre tagozódik. Első része a rezidens törzsképzési program 28

hónapos szakasza, mely a főbb klinikai diszciplinákat foglalja magában, a minimális gyakorlati idő meghatározásával.

Rezidens vizsga: A törzsképzési időszakot rezidens vizsgával zárja le a szakorvos jelölt.

Szakgyakorlat:¹² A rezidens törzsképzést követő 8 hónapos szakgyakorlat ideje alatt speciális szakmai képzésre kerül sor, amit a jelölt háziiorvosi praxisban tutor irányítása mellett teljesít.¹³

Szakorvosi licenz: A szakorvosi licenc a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek vagy szakpszichológusok által, vizsgával záruló egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzés keretében megszerezhető tanúsítvány, amely a szakorvost a szakképesítésére épülő szakmai tevékenység végzésére jogosítja. [23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet]

Tutor: Oktató háziiorvosi praxis praxisjoggal rendelkező háziiorvosa, aki személyében felel az oktató praxisban a rezidensek képzéséért.

II./2. Módszertan

Eredménytermékünk vezérelve egységes, azonban módszertanilag különböző elemekből tevődik össze. Az oktatás-módszertani összefoglaló forrása a tanulás-módszertani irodalom, összeállítását munkacsoportunk két, a témában jártas tagja végezte el. A graduális és posztgraduális képzések bemutatását a négy magyarországi családorvostani tanszék munkatársainak szíves adatszolgáltatása előzte meg. A posztspecializációs és PhD képzések bemutatásához minisztériumi adatbázis monitorozása is szükséges volt. A háziorvostan könyvek bemutatását könyvtári és internetes irodalmi keresés előzte meg.

Eredménytermékünkben a háziorvos és családorvos szavakat szinonimaként használjuk. A körzeti orvos megjelölésnek történelmi jelentősége van, ugyanennek a területnek a rendszerváltás előtti megnevezése.

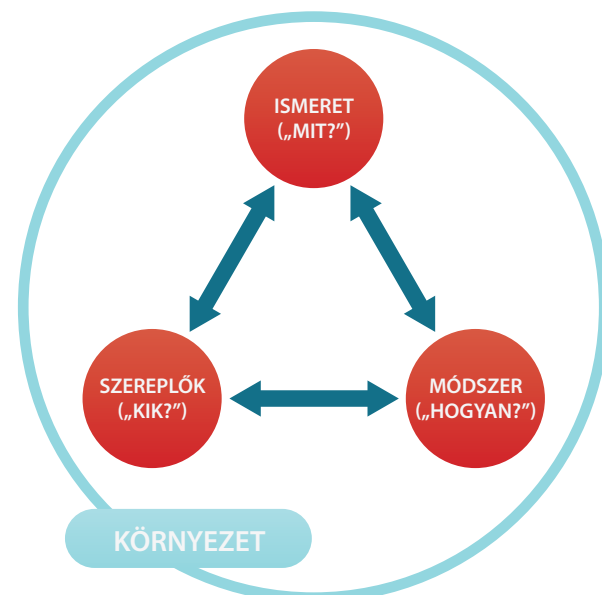
II./3. Oktatás-módszertani összefoglaló

„(...) oktatom őket ebben a tudományban, ha erre szentelik magukat, mégpedig díjtalanul; továbbá az orvosi tudományt áthagyományozom fiaimra és azokra, akik az orvosi esküt leteszik (...)”

A fenti idézet a Hippokratészi esküből való, és jól tükrözi, hogy az oktatói tevékenység szerves részét képezi az orvosi hivatásnak.

Az oktatás a tanulás és a tanítás folyamatos kölcsönhatásban levő egységének tekinthető. Az oktatási folyamat elemzése során az alábbi tényezőkre érdemes kitérni: a folyamat szereplői, az átadott ismeret, valamint a módszer. Az oktatás szereplői: a tanító és a tanuló („kik?”). Az átadott ismeret („mit?”) lehet konkrét tudás, valamilyen készség, illetve a tevékenységgel kapcsolatos attitűd.¹⁴ Módszer alatt pedig az oktatás során a résztvevők által használt különböző módozatokat, technikákat, körülményeket értjük, azaz a különböző oktatási módszereket és tanulási stílusokat („hogyan?”). Ez az oktatást jellemző hármast, melynek elemei: *kik? – mit? – hogyan?* folyamatos kölcsönhatásban vannak egymással, és beágyazódnak, illetve részben meghatározódnak az őket körülvevő környezet (infrastruktúra, humán erőforrás, finansziális lehetőségek, időkeret stb.) által. (II/1. ábra)

II/1. ábra: Az oktatási folyamat elemei



Jelen munkának nem célja az összes elem részletes bemutatása; itt elsősorban az oktatási módszerek bemutatása történik, míg a többi elem jellemzésére kizárólag a könnyebb megértéshez szükséges mértékben kerül sor. Az alfejezetben az alábbi általános szempontok a háziorvostan-oktatás szempontrendszerén keresztül kerülnek áttekintésre.

II./3.1. A két memóriarendszer

A múlttal kapcsolatos ismeretünk összességét memóriának nevezzük. A memória időbeliségét tekintve megjegyző, megőrző és felidéző memória funkciókról beszélhetünk. Minden információ többszörös feldolgozáson megy keresztül elménkben, az érzékszervek által közvetített adatok elválaszthatatlanok a hozzájuk fűződő érzésektől és gondolatoktól, a memóriatartalmak igen komplexek, sokféle modalitásból tevődnek össze.

A hosszú távú memóriefunkciót az idegtudomány explicit és implicit memóriarendszerekre osztja, melyekhez külön-külön organikus struktúrákat, rendezési elveket, felidézési módokat és természetesen külön gyakorlati jelentőséget társít. Az explicit (deklaratív) memória az elménkben raktározott tények, adatok, információk összessége. Az ilyen emlékek tárolása a különböző érzékekhez asszociálható harmadlagos központokban történik, az információk szervezésében pedig központi szerepe van mindkét oldali hippokampusznak, de a prefrontális struktúrák is részt vesznek benne. Háziiorvosi tanulmányaink során számos adatot, tényt kell megjegyeznünk: diagnosztikus kategóriákat, gyógyszerneveket, adagolási algoritmusokat stb. – ezek mind az explicit memóriarendszer részei.

Az implicit (procedurális) memória viszonyokkal, érzelmi megtapasztalásokkal kapcsolatos emlékek összessége, melyek legnagyobb részben nem tudatosak. Egyebek mellett ide tartozik érzelmi memóriánk is, azaz azzal kapcsolatos emlékek összessége, hogy egyes helyzetekben hogyan éreztük magunkat, egyes emberekkel milyen a viszonyunk. Ezen funkció központi struktúrája az amygdala, de a teljes limbikus rendszer érintett benne. Nyilvánvaló, hogy a hosszú távú orvos–beteg kapcsolat megélése legalább annyira érinti az implicit memóriarendszerünket, mint az explicitet. Összefoglalónkban kitérünk arra is, hogy az implicit tanulási folyamat milyen módon fejleszthető, tökéletesíthető célzott oktatás-módszertani eszközökkel.

II./3.2. Az oktatás hatása a memóriára

Minden képzés központi eleme egyes ismeretek átadása, ezzel az explicit memóriarendszerbe tartozó emlékképek sokaságát növeljük. Ugyanakkor minden képzésnek van egy úgynevezett „rejtett tanterve” is, amely az azzal kapcsolatos tudást fejezi ki, hogy az

adott képzés tárgya, környezete milyen. A gyermekek az általános iskolában megtanulnak írni, olvasni, számolni (explicit ismeretek), ugyanakkor megtanulnak együttműködni, egymást megvárni, a sikert és a kudarcot elviselni is (implicit ismeretek).

Természetesen bármilyen oktatási folyamat tervezésekor könnyebb az explicit ismeretek átadását tervezni, azok elsajátítását számon kérni. A háziiorvosok képzése során is alapvetően explicit ismeretek teszik ki a kurrikulum vázát. Jelen alfejezetünknek az is célja, hogy megvilágítsa, milyen stratégiával rendelkezhetünk az implicit ismeretek vonatkozásában.

A háziiorvosi munka lényege a hosszú távú orvos–beteg kapcsolatban való személyre szabott problémaorientált gondolkodás és az ezen alapuló közös döntéshozatal. A hosszú távú kapcsolati munka miatt a háziiorvosi tevékenységhez szükséges explicit ismerethalmaz elválaszthatatlan részét képezi az implicit, kapcsolati tudás. Nem csak a betegségeket és a kezelési módokat kell ismernünk, de ugyanennyire fontos a hozzánk tartozó páciensek személyes ismerete, a velük való egyedi, megismételhetetlen közös munka készségi szintre történő fejlesztése. A hagyományos oktatási formák első sorban az explicit, tényszerű tudás fejlesztésére szolgálnak, azonban napjainkban számos képzési rendszer hangsúlyos részét jelenti az implicit tudás tudatos fejlesztése.

A háziiorvostan oktatása során, graduális és posztgraduális szinten egyaránt, az oktatási módszerek kiválasztása során figyelembe kell venni a képzés többi eleméhez való illeszkedést, a komplett kurrikulumba való tagozódás szükségességét, valamint a rendelkezésre álló erőforrások lehető legobjektívebb felhasználását, a „környezet” adta lehetőségeket.

II./3.3. Oktatásmódszertan a graduális képzés során:

Jelenleg nem létezik a graduális képzésben a háziiorvostan oktatására vonatkozó egységes szabályozás, azt az egyes egyetemek saját hatáskörükön belül szervezik azt meg, azonban oktatás-módszertani szempontból számos közös vonás figyelhető meg.

- A legdominánsabb oktatási módszer az előadás. Ez az ismeretközlés leghagyományosabb módja. Szóbeli közlési módszer, amely lehetőséget teremt az adott téma részletes, logikusan felépített kifejtésére. Jellemző rá, hogy erőforrás szempontból gazdaságos oktatási módszer.¹⁵ Akár kevés eszközzel, egy

oktató, rövid idő alatt több hallgató számára tudja átadni az információt. A hallgatók részéről nem igényel aktív részvételt. Az előadás során a tanár az aktív információ átadó, míg a tanuló passzív, információ befogadó szerepet tölt be. Hatékony módja az információátadásnak, illetve az érdeklődés felkeltésének. Alkalmos a tananyag strukturált, értelmező átadására. Sok esetben mintegy bevezetéképpen szolgál, melyet más oktatási módszerek követnek. A sikeres előadás egyik központi eleme a hallgatóság érdeklődésének fenntartása. Ehhez az egyik lehetőség különböző szemléltető eszközök felhasználása lehet; akár valódi szemléltető eszközök (pl. makett), akár az előadó mondanivalóját alátámasztó vizuális anyag. Kezdetben erre diavetítő, illetve írásvetítő adott lehetőséget, míg napjainkban számos kiváló prezentáció készítő program áll rendelkezésünkre. A prezentációs segédanyag készítésekor mindig fontos szem előtt tartani, hogy mintegy az előadás hatásosságát fokozó anyagot vagy akár önmagában használható oktatási segédanyagot készítünk. A vizuális anyagokon túl lehetőség van különböző hanganyagok, videók bemutatására is az előadáson. Az érdeklődés fenntartásának másik lehetséges módszere az alapvetően passzív hallgatóság bevonása, aktivizálása kérdések feltevésével, hozzászólások, vélemények meghallgatásával. A technika fejlődésével ma már nem szükséges feltétlenül, hogy az előadó és a hallgatóság egy helyszínen legyen, videokonferencia keretében, illetve az előadások interneten történő megosztásával (mint erre egyre több példa mutatkozik a hazai egyetemeken is) a világ bármely pontjáról be lehet kapcsolódni egy előadásba, így sokkal nagyobb létszámú hallgatóság érhető el.

- Nem tekinthető különálló oktatási módszernek, inkább oktatási formának tekinthető a szeminárium. A szeminárium során számos oktatási módszer alkalmazható. Általánosságban jellemzője, hogy a hallgatók kisebb csoportja és az oktató vesz részt rajta. Az előadáshoz képest nagyobb hangsúlyt kap az interaktivitás, a kisebb létszám miatt személyre szabottabban megválaszolásra kerülhetnek a felmerülő kérdések. A hallgatói kérdések, megjegyzések következtében az előre meghatározott tematika mentén, azonban lazább struktúra és menetrend szerint zajlik. Az esetek egy részében valódi szeminárium zajlik, míg sok esetben, sajnos, a körülmények miatt a csoportos gyakorlatok alakulnak egyfajta szemináriummá.

- A gyakorlat során a hallgatóknak lehetősége van egy adott oktatási helyzetben egy problémával szembe találva magát (pl. betegvizsgálat, vérvétel) megoldani ezt. Ez az ún. „action learning” vagy cselekvő tanulás. Előnye, hogy a tárgyi tudás mellett a készséget (skill) és az attitűdöt is fejleszti. Az elvégzett feladatot visszajelzés és értékelés kell, hogy kísérje. A cselekvő tanulás jellemzően idő-, illetve infrastruktúra-igényes, azonban igen hatékony oktatási módszer, amely „használható” tudást ad.¹⁶ A cselekvő tanulás történhet egyénileg, illetve csoportban. A csoportos gyakorlat remek lehetőséget biztosít a társaktól való tanulásra is.
- A hallgatók bevonásával zajló, akár egy hallgatóval, akár csoportosan alkalmazható oktatási módszer az esetmegbeszélés. Valódi, megtörtént esetek kerülnek megtárgyalásra, melyek elemzésével számos következtetés, tanulság levonható. Igen népszerű a hallgatók körében, mivel az ismeretek megszerzése a valós, mindennapi életből származó esetek áttekintésével történik. Az elméleti tudás mellett feltárja az attitűdöket, a döntéshozó, problémamegoldó és klinikai készségeket.
- Nagy jelentősége van az orvosi ismeretek mellett a készségek, illetve a megfelelő attitűd kialakításában az ún. tapasztalati tanulásnak. David Kolb megfogalmazása szerint: „*a tapasztalati tanulás egy olyan folyamat, mely során a tudás a tapasztalat átalakulása által jön létre*”.¹⁷ A tapasztalati tanulás révén sajátíthatnak el ismereteket, attitűdöket, készségeket a hallgatók a szerepjáték során. Szerepjáték során az adott szereplő egy másik személyt vagy jellemzőit játssza el. Oktatási célú, illetve a praxisból hozott problémák feldolgozása kiosztott szerepek utáni eljárással történik. Betekintést ad a hallgatóknak a beteg helyzetébe, ezáltal fejleszti az empátiát. Javítja a kommunikációs képességeket. Kicsi az eszköz igénye, olcsó, azonban időigényes oktatási módszer.

Szintén a tapasztalati tanulás előnyeit hordozza magában a videóanalízis szimulált pácienssel. Ezen módszer során a hallgató egy előre meghatározott szituációt kell, hogy megoldjon, ahol a beteget egy jól képzett, előre felkészített ún. szimulált páciens játssza. A szituáció felvételre kerül, majd a felvétel megtekintését követően értékelés következik, melynek keretében a hallgatónak lehetősége van önmagát értékelni, valamint visszajelzést kap a „beteg”, a szimulált páciens részéről, illetve a módszerben jártas instruktortól is. A videóanalízist érdemes kiscsoportos foglalkozás keretében lebonyolítani, így a hallgatók egymás szituációinak megtekintéséből, illetve

egymásnak tett javaslatokból is sokat profitálhatnak.¹⁸ A videóanalízis megszervezésében nehézséget jelenthet az időigényesség mellett a pénzügyi háttér (színész bére, oktató bére, eszközök) megteremtése. Az esetek igen kis részében „kameraláz” miatt a szituáció korlátozottan értékelhető, azonban ezen esetek jelentős részében a megismételt felvétel már használható. Kiemelt jelentőségű az etikai előírások betartása, a felvételek kizárólag oktatási célokat szolgálhatnak, és a hallgatóval való értékelést követően törlésre kell kerülniük.

A szimuláció során a tanulók kapcsolatba léphetnek a fizikai vagy társadalmi valóság bizonyos elemeivel, és a szimulált valóság részeseivé válhatnak. Ezáltal a hallgatók valós problémákat oldhatnak meg, a gyakorlás valódi, esetleg negatív következményei nélkül (pl. újraélesztés-szimuláció).

Aktív, a hallgató részéről cselekvést igénylő oktatási módszer a projektalapú képzés. Ez egy összetett képzési forma, amely többféle oktatási/tanulási módszer felhasználását igényli a hallgató részéről a projekt eredményének megalkotásához. A projekt-feladat középpontjában mindig valamilyen megoldandó gyakorlati feladat áll.

„A projektmódszer négy fő szakaszra tagolódik.

- *Előkészítés szakasza: a célok, a téma kiválasztása, megfogalmazása.*
- *A tervezés szakasza: feladatok, felelősök, helyszínek, munkaformák, határidők kijelölése.*
- *A kivitelezés, megvalósítás szakasza.*
- *A zárás vagy értékelés szakasza. A zárás és értékelés magában foglalja a projekt bemutatását egy színdarab, rádiójáték, videofelvétel vagy kiállításon közszemlére bocsátott makett, modell, diagram stb. formájában, valamint a bemutatott produktumok értékelését.*

A tanulást, azaz az ismeretek, jártasságok, szokások stb. elsajátítását indirekt módon kívánja biztosítani. A cél sohasem a tanulás, hanem valamilyen konkrét cél, produktum. A tanulás ehhez képest mindig eszköz. A projektmódszer nagyfokú tanulói önállóságot tesz lehetővé, módot ad az ismeretek integrálására.”¹⁹

Szintén jelentős oktatási módszer a kutatás. Erre a hallgatóknak már a graduális képzés során módja nyílik, például tudományos diákköri munka keretében.

A kutatás lehetőséget biztosít egy adott területen belüli elmélyülésre, mindemellett olyan általános ismeretekkel, készségekkel ruházza fel a hallgatót (kutatásmódszertan, publikáció, etika, prezentációs technikák), melyek egyéb területeken is hasznosak lehetnek.

Az orvosi gyakorlat mindig is tartalmazott esetmegbeszéléseket. A leggyakrabban operatív hangsúlyú konzultációkról van szó: mi a diagnózis, mi a teendő – ilyenkor elsősorban a résztvevők explicit memóriarendszerére épülnek a konzultációk. Ugyanakkor elterjedtek a reflektív hangsúlyú esetmegbeszélések is, milyen volt a gyógyítói helyzet, milyen érzelmi állapotba kerültek a szereplők – az ilyen jellegű konzultációk már inkább az implicit memóriarendszerekre épülnek, és ezeket is fejlesztik.

A nemzetközi gyakorlatban a leelterjedtebb reflektív hangsúlyú esetmegbeszélő csoportmódszer a Bálint-csoport, melyet Bálint Mihály, magyar származású pszichiáter munkacsoportja fejlesztett ki az 1940-es évektől kezdődően Angliában. A Bálint-csoportba eleinte csak háziorvosok jártak, később más irányba specializálódott orvosok, sőt, más alapvégzettségű segítők előtt is megnyílt ez a lehetőség. A Bálint-csoport célja olyan esetmegbeszélés, ahol a résztvevők egy esetet annak minél több aspektusával együtt vizsgálják azért, hogy meg lehessen érteni az eset alakulásában döntő szerepet játszó érzelmi, kapcsolati, kulturális folyamatokat. A Bálint-csoport menete szilárd struktúrára épül: a spontán kiválasztásra kerülő esethez először szabadon ismertet egy bármilyen, őt foglalkoztató esetet, majd néhány tisztázó kérdést követően a szabad asszociációra emlékeztető csoportos reflexió veszi kezdetét, melyben az esethez passzív megfigyelőként vesz részt, majd a végén minden csoporttag visszajelzést ad tapasztalatairól. A munkamódról ítéletmentes légkör jellemző, a csoporttagok felvállalják szubjektivitásukat, senki nincs birtokában „a helyes megoldásnak”, a végső válasznak. A csoportvezető szakmailag nem szupervizora az esethez, nem feladata helyreigazítani, tanácsot adni, irányelveket megfogalmazni, hanem a csoportfolyamat moderálásáért felel. A Bálint-csoport hatását kiterjedten vizsgálják. Kimutatható a résztvevők elhivatottságának, pályastabilitásának javulása, a szomatizáló betegekkel kapcsolatos kompetenciaélmény fejlődése, csökken a kiégés. Magyarországon a graduális képzésben és a háziorvosképzésben is epizodikusan megjelent a Bálint-csoport, a későbbiekben célszerű lenne a rendszer állandó elemévé tenni.

Az oktatás maga is tanulási módszer, lehetőséget nyújt egy adott téma részletesebb megismerésére, valamint egy másik nézőpontba való helyezkedésre. A hallgatónak demonstrátorként lehetőségük van oktatói szerepben is kipróbálni magukat, és jellemzően igen értékes tapasztalatokkal gazdagodnak ezen időszak alatt.

Látható, hogy számos módszer áll rendelkezésre. Ezen módszerek megfelelő arányban történő együttes alkalmazása teszi a leghatékonyabbá az oktatást. A graduális oktatás célja, hogy a megfelelő elméleti tudás mellett, a szükséges gyakorlati készségeket, valamint attitűdöt is kialakítsa, fejlessze a hallgatókban, valamint a további önképzéshez, fejlődéshez szükséges ismereteket, eszközöket átadja.

II./3.4. Oktatásmódszertan a posztgraduális képzés során

A háziórvostan-szakképzés központilag szabályozott rend szerint zajlik, így főbb vonalakban megegyezik a négy orvos képző egyetemen, azonban egyéni sajátosságok előfordulnak. Az oktatási módszerek skálája nem tér el jelentősen a graduális képzéshez képest, inkább az egyes módszerek egymáshoz viszonyított aránya eltérő. Ennek oka részben az eltérő tanulási sajátosságokból, illetve az eltérő motivációból ered. A rezidens már nem a tanulásért tanul, hanem valamilyen konkrét célja van. A szakorvosképzés célja, hogy befejeztével a fiatal kollégák jól képzett, önállóan dolgozni tudó szakorvosok legyenek, illetve képesek legyenek a saját továbbképzésükhöz szükséges ismereteket megszerezni.

A posztgraduális képzésre már inkább a felnőtt tanulásra jellemző sajátosságok érvényesek. A felnőtt tanulás alapvetően tapasztalati tanulás. A tapasztalati tanulás jelentőségére Weiss kutatási eredményei szolgálnak bizonyítékkul, aki azt találta, hogy az emberek az anyag 90%-ára is képesek emlékezni abban az esetben, ha az valamilyen cselekvéshez kötődik. Ezzel szemben egy átlagos felnőtt ember, három nappal később, az olvasott anyag mindössze 10%-ára, a hallott anyag 20%-ára, a látott anyag 30%-ára, a látott és hallott anyag 50%-ára, a kimondott anyag 70%-ára emlékezik.²⁰ („Amit hallok – elfelejtem. Amit látok – megismerem. Amit csinállok – megtanulom.” Ősi bölcsesség ez.) A felnőtt tanulás további jellemzője a saját képzés, saját fejlődés iránti felelősség. A rezidensnek mint felnőtt tanulóknak magának

kell meghatározni saját szükségleteit, céljait. Fel kell mérni a saját erősségeit, gyengeségeit, lehetővé teszi a veszélyeket (SWOT analízis), és ezek tükrében megszervezni a saját képzést. A rezidens részben saját maga választja ki a számára megfelelő oktatási módszereket. Ennek lehet központi eleme az egyéni képzési terv. A felnőtt tanulás másik jelentős eleme az élethosszig tartó tanulás (life long learning – LLL).²¹

II./4.

A magyarországi graduális háziórvosképzés aktuális helyzete

Bevezető

A graduális képzés a háziórvostan-képzés meghatározó része. Ekkor találkoznak először a hallgatók a háziórvoslással, a családorvos munkájával. A gyakorlatok során betekintést kapnak a rendelések menetébe, a betegekkel való kommunikációba, az időnként előforduló differenciáldiagnosztikai nehézségekbe és a mindennapi feladatokba. A tantermi előadásokon keresztül a már ismert kórképek háziórvosi szemmel történő bemutatásával, illetve a családorvosi munka sajátosságainak ismertetésével a hallgatók elméleti tudása elmélyül. A hallgatók a graduális képzés alatt a különböző klinikai tantárgyak során nem mindig pozitív kontextusban hallanak a háziórvosok szerepéről, munkájáról. Ezért is különösen fontos, hogy a háziórvostan minél több félév során képviselje magát az egyetemi évek alatt, hogy a hallgatók valós képet kapjanak a családorvoslásról, illetve betekintést adjunk a háziórvosi gondolkodás menetébe, a társszakmákkal való eredményes együttműködés feltételeibe és abba, hogy mennyire összetett, széleskörű tudással szükséges rendelkeznie egy háziórvosnak ahhoz, hogy megfelelően el tudja látni a feladatait. Határozott célja a Tanszékeknek, amely feltehetőleg a közeljövőben meg is valósul, hogy a graduális képzésben kötelező tantárgy legyen a Családorvostan.

II./4.1. Budapest

A családorvos képzés a Semmelweis Egyetemen graduális és posztgraduális részből áll. A graduális képzés magyar, angol és német nyelven történik. A hallgatók a képzés során három kötelező, egymásra épülő tantárgy segítségével ismerkedhetnek meg a családorvoslással. Így a hallgatók betekintést nyerhetnek a klasszikus orvoslás jellemzőibe, a családorvosi munka napi gyakorlati kérdéseibe.

Magyar nyelvű képzés²²

Az *I. évfolyam 2. szemeszterében* a Bevezetés a betegellátásba című tantárgy kötelező. Akkreditált háziorvosok irányításával budapesti családorvosi rendelőkben zajlik, heti 2 órában, kiscsoportos foglalkozás (8–10 fős) keretében. Az oktatás célja, hogy a hallgatók betekintést nyerjenek a klinikumba és a betegellátás folyamatába. Van lehetőségük betegekkal találkozni, elsajátítani kommunikációs technikákat, ízelítőt kapni a betegek kikérdezésének menetéből, majd a családorvossal együtt megbeszélve az adott esetet, megismerhetik az orvosi gondolkodás menetét. A tantárgy a leendő orvosok és a betegek közötti kapcsolatot alapozza meg.

II/1. táblázat: A Bevezetés a betegellátásba című tantárgy tematikája

1. hét	Előadás	Az orvosi hivatás. A szakmai elkötelezettség kialakítása.
2. hét	Gyakorlat	Leggyakoribb kórképek a praxisban.
3. hét	Gyakorlat	Az orvoshoz forduló egyén. Az együttműködés és a hatásos kooperáció feltételei és előnyei.
4. hét	Gyakorlat	Betegutak, betegbeutalás, konzultáció, konzílium.
5. hét	Gyakorlat	A család szerepe az egészség fenntartásában, a betegségek kialakulásában és gondozásában.
6. hét	Gyakorlat	Egészségmegőrzés: felvilágosítás, betegoktatás, szűrővizsgálatok.
7. hét	Gyakorlat	Akut betegek ellátása: döntéshozás, problémamegoldás.
8. hét	Gyakorlat	Krónikus betegek gondozása esetbemutatáson keresztül.
9. hét	Gyakorlat	A haldokló beteg ápolása, gondozása, a gyászreakció kezelése.
10. hét	Gyakorlat	Az orvos egyéb feladatai a gyógyítás mellett.
11. hét	Gyakorlat	Teammunka a háziorvosi praxisban.
12. hét	Gyakorlat	Az orvosi életpálya.
13. hét	Gyakorlat	Ápolástani készséggyakorlat I. (az Egészségtudományi Karral együttműködésben).
14. hét	Gyakorlat	Ápolástani készséggyakorlat II. (az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika Skill Laborjában).

A 2019/2020. tanévtől a Családorvostan tantárgyat a *IV. évfolyamnak* 1 hetes blokkoktatás keretében oktatjuk egy hallgató-egy oktató felállásban. A blokk a Semmelweis Egyetem általános kurrikulumreformjának megfelelően került kialakításra, szerkezetét a II/2. táblázat mutatja.

II/2. táblázat: A blokkoktatás felépítése

Hétfő	Praxisgyakorlat*
Kedd	Praxisgyakorlat*
Szerda	Szünnap
Csütörtök	Szemináriumok**
Péntek	Vizsga

*: 16 óra gyakorlat

** : 8 óra előadás,
a következő témakörökben:

- Szűrővizsgálatok
- Hangulat- és alvászavarok
- Fertőző betegségek
- Idősek ellátása, demenciák
- Alkoholbetegség, dohányzás-leszokás támogatása
- Mozgásszervi betegségek a praxisban
- Cukorbetegség szűrése, gondozása
- Gasztroenterológiai betegségek gondozása
- Sürgősségi ellátás a praxisban
- Kardiovaszkuláris prevenció, hipertónia-gondozás
- Komplementer medicina

A gyakorlatok során a hallgató megismeri a praxisban:

- a prevenció lehetőségeit,
- a krónikus betegségek gondozását,
- az akut betegségek ellátását,
- komplex bio-pszicho-szociális problémák menedzselését,
- az elérhető diagnosztikus, terápiás eszközök használatát.

Az esetmegbeszélések témái a leggyakoribb problémák az alapellátásban, melyek során a diagnosztikus, differenciáldiagnosztikai, terápiás lehetőségek interaktív megbeszélése történik az alábbi témakörökben:

- Szűrővizsgálatok
- Komplex kardiovaszkuláris / metabolikus betegségek
- Gyakoribb, súlyosabb fertőző betegségek
- Életvitelt jelentősen befolyásoló mozgásszervi betegek
- Pszicho-szociális gondokkal küzdő betegek

A 2019/2020. tanév 1. szemeszterében a Családvostan kötelező tantárgyat előadások (1 óra/hét) keretében is oktatjuk az *V. évfolyamnak*. A korábbi tanulmányok során már elsajátított főbb betegségek kerülnek bemutatásra a családvostan szemszögéből, és hangsúlyt fektetünk a gondozási és a prevenció tevékenység megismertetésére. A 2020/2021-es tanévtől kezdve ez az oktatási forma megszűnik, a IV. éves blokkoktatás megy tovább. (II./3. táblázat)

A *IV. vagy V. évfolyamban* a Családvostani ismeretek fakultáció egy kötelezően választható tantárgy heti 2 órában, melynek során a családvostan egyes részleteiből, fontosabb aspektusából tartott előadások keretében mélyülhet el a kapcsolat a hallgatónak a családvostallal. (II./4. táblázat)

II/3. táblázat: A Családvostan tantárgy tematikája

1. hét	A családvostan helye az egészségügyben. A család, mint az ellátás alapegysége
2. hét	A vidéki családvostan munkájának specialitása
3. hét	Akut betegségek ellátása, elsődleges döntés
4. hét	A családvostan szerepe a népegészségügyi szűrőprogramokban
5. hét	Addikciók – betegedukáció, motiváció az alapellátásban
6. hét	Kardiovaszkuláris prevenció a praxisban
7. hét	Családvostani feladatok a diabeteses betegek gondozásában
8. hét	Családvostani feladatok a kardiovaszkuláris betegek gondozásában
9. hét	Hypertonia diagnózisa, gondozása az alapellátásban
10. hét	Alvászavarok vizsgálása, gondozása az alapellátásban
11. hét	Depresszió és szorongás vizsgálása, gondozása az alapellátásban
12. hét	Infektológiai problémák az alapellátásban
13. hét	Geriátriai gondozás, demencia – a családvostan feladatai
14. hét	Fekvőbetegek gyógyítása, gondozása

II/4. táblázat: A Családvostani ismeretek című tantárgy tematikája

1. hét	Családgondozás
2. hét	Krízissituációk
3. hét	Alkoholbetegség megelőzése, kezelése az alapellátásban
4. hét	Primer prevenció az alapellátásban
5. hét	Gasztroenterológia az alapellátásban
6. hét	Családvostan feladatai a gondozásban
7. hét	Kommunikáció, Cambridge-Calgary modell (elmélet)
8. hét	A házi gyermekorvosi munka sajátosságai
9. hét	Praxisszervezés, pályakezdés
10. hét	Hátrányos helyzetű betegek, hajléktalanok ellátása
11. hét	Dohányzásról leszokás támogatás lehetőségei, a családvostan szerepe
12. hét	A kiégés megelőzése a családvostanok körében
13. hét	Szűrővizsgálatok
14. hét	Tesztvizsga

*Hatodévb*en a kilenc hetes Belgyógyászat szigorló évi gyakorlaton belül egyhetes *Családorvostan praxisgyakorlaton* vesznek részt a hallgatók akkreditált családorvosi praxisokban, ahol az egy oktató-egy hallgató modell valósul meg. Gyakorlatorientált az oktatás, többéves tapasztalattal rendelkező háziorvosok mellett, a rendelésekbe, betegellátásba bekapcsolódva szerezhetnek tapasztalatot a hallgatók a családorvos munkájának mindennapjairól.

Az 1 hetes Családorvostan praxisgyakorlat tematikája:

ADMINISZTRÁCIÓ

- Új beteg regisztrációja, törzskarton létrehozása
- Vényírás kézzel
- Beutaló írása
- Terápiás lap összeállítása, aktualizálása

SZAKÉRTŐI TEVÉKENYSÉG

- Keresőképesség elbírálása, táppénzes dokumentáció
- Betegdokumentáció összeállítása NRSZH vizsgálathoz
- Gépjármű alkalmassági vizsgálatok

BETEGVIZSGÁLAT, DIAGNÓZIS/TERÁPIA

- Felső- és alsó légúti infekció felismerése, kezelése
- Uro-genitális infekció felismerése, kezelése
- Gastrointestinalis infekció felismerése, kezelése

TERÁPIA/GONDOZÁS

- Szív-érrendszeri/hipertóniás beteg kezelése, gondozása, rehabilitációja
- Cukorbeteg, anyagcserebeteg kezelése, gondozása, rehabilitációja
- Daganatos beteg kezelése, gondozása, rehabilitációja
- Mozgásszervi beteg kezelése, gondozása, rehabilitációja
- Légzőszervi beteg kezelése, gondozása, rehabilitációja

A 2019/2020-as tanévtől kezdve a *szigorlóév* utolsó hat hetében szabadon választható formában klinikai blokk kerül megszervezésre, melyben a családorvostan is választható.

A 6 hetes Családorvostan praxisgyakorlat tematikája:

Az 1 hetes Családorvostan praxisgyakorlat tematikája, kiegészítve az alábbiakkal:

PREVENCIÓ

- Egészséges életmód tanácsadás
- Életkori szűrővizsgálati program összeállítása 40-50 éves életkor között
- Páciens önvizsgálat oktatása (emlő, bőr, szájüreg, széklet- és vizeletürítési szokások, észlelési, érzékelési funkciók)
- Szív-érrendszeri/anyagcserebeteg szűrés (komplex szív-érrendszeri kockázat meghatározás)
- Daganatos betegségek szűrése
- Vércukormérés a rendelőben (vércukormérő használata, technika, értékelés), egyéb gyors tesztek alkalmazása
- Vizelet üledék vizsgálata stix-szel

DIAGNÓZIS FELÁLLÍTÁSA

- Preoperatív kivizsgálás során a szakellátás tájékoztatása a műtéti és posztoperatív körülményeket befolyásoló anamnesztikus és szociális körülményekről
- Tájékoztató ophthalmológiai vizsgálat
- Tájékoztató hallásvizsgálat (súgott beszéd, hangvilla, otoscopos vizsgálat)
- Pulzoximetria
- Laboratóriumi vizsgálatok kezdeményezése, eredmények értékelése
- Vérnyomásmérés (alsó, felső végtagokon)

TERÁPIA

- Intramuszkuláris injekció beadása
- Korszerű fájdalomcsillapítás gyakorlata
- Lázcsillapítás formái, gyakorlata

Német és angol nyelvű képzés

Az *1. évfolyam 2. szemeszterében* a *Berufsfelderkundung/ Medical Profession* (Az orvosi hivatás megismerése) című tantárgy keretében előadásokon (6 db) és a klinikákon, illetve háziorvosi rendelőkben zajló gyakorlatokon (6 db) keresztül nyerhetnek bepillantást a hallgatók az orvosi hivatásba, klinikai orvoslásba, a társszakmákkal való együttműködésbe, a kollégákkal, betegekkel való kommunikációba.

II/5. táblázat: Berufsfelderkundung.
(Std. pro Woche: Vorlesungen: 0,5; Praktika: 1,5)

Vorlesungen:	
1. hét	Innere Medizin
2. hét	Chirurgie
3. hét	Kinderheilkunde
4. hét	Psychiatrie
5. hét	Geburtshilfe und Gynekologie
6. hét	Allgemeinmedizin
Thematik der Praktika:	
7-11. hét	Innere Medizin Chirurgie, Kinderheilkunde, Psychiatrie, Geburtshilfe und Gynekologie, Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, HNO, Orthopädie, nach Einteilung
12. hét	Skill-lab
13. hét	Hausarbeit: Essay
14. hét	Essay-Eingabe

II/6. táblázat: Medical Profession.
(Lectures: 0,5; Practicals: 1,5)

1. hét	cardiology lecture
2. hét	family medicine lecture
3. hét	obstetrics and gynecology lecture
4. hét	surgery lecture
5. hét	paediatrics lecture
6. hét	psychiatry lecture
7-12. hét	internal medicine, surgery, paediatrics, psychiatry, obstetrics and gynecology, family medicine, orthopaedics, traumatology, cardiology, dermatology, urology, pulmonology, neurology, according to the attendance sheet
13. hét	Skills lab
14. hét	Exam: Essay

A *II. évfolyam 1. szemeszterében* az *Einführung in die Klinische Medizin/Introduction to Clinical Medicine* (Bevezetés a klinikumba) című tantárgy során szintén klinikákon és háziorvosi rendelőkben töltik a hallgatók a gyakorlatokat. A leggyakoribb betegségek kerülnek bemutatásra a klinikusok és a háziorvosok szemével, betegek bemutatásán keresztül.

II/7. táblázat: Einführung in die Klinische Medizin.
(Std. pro Woche: Praktika: 2,5)

1-12. hét	Woche: Innere Medizin Chirurgie, Kinderheilkunde, Psychiatrie, Geburtshilfe und Gynekologie, Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, HNO, Orthopedie, Kardiologie, Dermatologie, nach Einteilung
13. hét	Hausarbeit: Essay
14. hét	Prüfung: Essay – Eingabe

II/8. táblázat: Introduction to Clinical Medicine.
(Practicals: 2,5/week)

1-12. hét	internal medicine, surgery, paediatrics, psychiatry, obstetrics and gynecology, family medicine, orthopaedics, traumatology, cardiology, dermatology, urology, pulmonology, neurology, according to the attendance sheet
13. hét	Homework: Essay
14. hét	Exam: Essay

A 2019/2020. tanévtől kezdve a magyar hallgatók oktatásához hasonlóan, a Családorvostan (*Allgemeinmedizin, Family Medicine*) tantárgyat a *IV. évfolyam* német és angol nyelven tanuló hallgatóinak 1 hetes blokkoktatás keretében oktatjuk egy hallgató-egy oktató felállásban. A blokk szerkezetét lásd a *II./2. táblázatban*.

Az *V. évfolyam 2. szemeszterében* az *Allgemeinmedizin/Family Medicine* (Családorvostan) című tantárgy felvételével a hallgatók előadásokon való részvétellel ismerkednek a családgondozással és a főbb betegségek alapellátásában történő szűrésével, kezelésével és követésével. A 2020/2021-es tanévtől kezdve ez az oktatási forma megszűnik, a IV. éves blokkoktatás megy tovább.

II/9. táblázat: Allgemeinmedizin (Vorlesungen: 1 Std. pro Woche)

1. hét	Spezielle Hinsichten in der Allgemeinmedizin. Die Hausbesuchstätigkeit des Hausarztes
2. hét	Spezielle Fragen der Allgemeinmedizin <ul style="list-style-type: none"> • Langzeitbetreuung, Familienbetreuung • Hat der Allgemeinarzt (Haus- oder Familienarzt) eine besonders wichtige Aufgabe in diesem Prozess? • Diagnostische Programme in der Allgemeinmedizin
3-4. hét	Arterielle Hypertonie <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosis, Behandlung und Betrauung in der Familienartzlichen Praxis
5-6. hét	Die Zuckerkrankheit in der hausärztlichen Praxis <ul style="list-style-type: none"> • Komplikationen der Zuckerkrankheit • Therapie für Zuckerkrankte (Diät, orale und Insulintherapie)
7-8. hét	Psychische Probleme in der Familienpraxis. Die Wichtigkeit der Psychotherapie
9. hét	Lungenkrankheiten in der Familienartzlichen Praxis
11. hét	Adipositas und Übergewichtkeit
12. hét	Palliative Therapie
13-14. hét	Bewegungsapparatische Krankheiten

II/10. táblázat: Family Medicine (Lectures: 1/week).

1. hét	Family Medicine as a speciality
2. hét	Emergency care in Family Practice
3. hét	Screening of mood disorders in Primary Care
4. hét	Prevention in Primary Care
5. hét	Cardiovascular diseases in Family Practice
6. hét	Complementary and alternative medicine
7. hét	Rheumatology disorders in Family Practice
8. hét	Sleeping disorders in Family Practice
9. hét	Gastrointestinal disorders in Family Practice
10. hét	Smoking cessation in Primary Care
11. hét	Diabetes Mellitus in Family Practice
12. hét	Burnout prevention
13. hét	Case stories
14. hét	Preparing for the 1 week family practice

Hatodévbén a magyar képzésben is szereplő egyhetes kötelező gyakorlaton vesznek részt a külföldi hallgatók is.

zésre kerül a szigorlóév utolsó hat hetében szabadon választható klinikai blokk, melyben a családorvostan is választható.^{23,24,25}

A 2019/2020-as tanévtől kezdve a német és az angol nyelven tanulók számára is megszerve-

II./4.2. Debrecen

A magyar nyelvű graduális képzésben a következő kötelező kurzusok vannak:

A Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar (ÁOK) hallgatói számára, *4. év második félévében* kötelező az 1 hetes *Családvostan Nyári Gyakorlat*.

5. év első félévben kötelező tantárgy az *Általános orvostan/Családvostan* szemináriumok felvétele (10 szeminárium). Az értékelés 5 fokozatú gyakorlati jeggyel történik, az írásbeli tesztvizsgák eredménye és a szemináriumi aktivitás figyelembe vételével.

A graduális képzés tematikája:

4. év második félév

Családvostan nyári gyakorlat 1 hét (kötelező)

IV. évfolyam után, V. évfolyamra történő regisztráció feltétele a szabadon választható és családvostan nyári gyakorlat teljesítése.

5. év első félév

Általános orvostan/családvostan (kötelező)

Óraszám: szeminárium: 10

KÖVETELMÉNYEK

Tantárgyi követelmények: 5 fokozatú gyakorlati jegy, az írásbeli tesztvizsgák eredménye és a szemináriumi aktivitás figyelembe vételével.

OKTATÁSI ANYAGOK, VIZSGA

Irodalmak:

Arnold Cs.:
Családvostan.
Medicina Kiadó, 1999.

Dr. Rurik Imre:
Bevezetés a családvostanba. 1.
DE OEC Elnöki Hivatal, 2009.

Jelenlét: 2 tanóra/hét = 10 óra

Félév aláírás: minimum 8 tanóra

Pótlási lehetőség: másik csoportban, jelezni kell

Írásbeli vizsga: teszt

SZABADON VÁLASZTHATÓ KURZUSOK

Családvostani és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék

Az általános orvoslás/családvostan gyakorlati kérdései

Az orvosi tevékenység jogi vonatkozásai

Differenciál-diagnosztikai készségek és lehetőségek a házi orvosi gyakorlatban

Prevenció és egészségmegőrzés az alapellátásban

Sürgősségi ellátás a családvostani gyakorlatban

II/11. táblázat: A tárgy tematikája

1. hét	Szeminárium	Az általános orvoslás/családvostan sajátosságai. Helye az egészségügyi ellátó rendszerben. Az orvos–beteg kapcsolat sajátosságai a családvostanban.
2. hét	Szeminárium	A prevenció szintjei, stratégiái és területei az alapellátásban. Az egészségmegőrzés komplex felfogása és feladatai az alapellátásban.
3. hét	Szeminárium	A gyógyító tevékenység feladatai az alapellátásban. Akut betegségek ellátása, sürgősségi ellátás, krónikus betegségek gondozása.
4. hét	Szeminárium	A családvostan szakértői és praxisszervezési feladatai. Dokumentáció, minőségbiztosítás az alapellátásban.
5. hét	Szeminárium	A családvostani team működése. A működést befolyásoló/szabályozó tényezők.

Angol nyelvű graduális képzés:

Az 5. félév első félévében az angol nyelvű általános orvosképzésben résztvevő hallgatók számára is kötelező a Családorvoslás (Family Medicine) tantárgy felvétele, a magyarhoz hasonló tematikával (10 szeminárium).

AJÁNLOTT IRODALOM

Roger Jones:
Oxford Textbook of Primary Medical Care 1-2.
Oxford University Press. Alison Langton, 2005.
ISBN: 0 19 856580 1. ^{26,27}

II/12. táblázat: Az angol nyelvű képzés tematikája

1. hét	Seminar	Primary health care. General practice/family medicine.
2. hét	Seminar	Doctor-patient consultation in general practice/family medicine. Diagnosis and treatment in primary care.
3. hét	Seminar	Working with families in primary health care.
4. hét	Seminar	Prevention in primary care.
5. hét	Seminar	Quality in general practice: Medical audit, practice guidelines in general practice.

II./4.3. Pécs

A graduális oktatásban magyar, angol, német nyelven vesznek részt a hallgatók. Kötelező óraszám (mindhárom nyelven) 84 óra. Elektív óraszám 14/28 óra, Fakultatív 14/28 óra. Az **1. szemeszterben** a „Bevezetés az orvosi kommunikációba” kurzus kezdődik. 6 óra tantermi előadás után 8 óra kiscsoportos foglalkozásra kerül sor. Szituációs gyakorlatokkal, filmelemzéssel segítik a hallgatóknak bemutatni az orvos–beteg kapcsolat szabályait, fortélyait. Ezt követően a **2. szemeszter végén** kötelező egyhetes *Orvosi kommunikáció gyakorlaton* vesznek részt a hallgatók háziorvosi praxisokban, ahol elsajátíthatják az elméleti oktatáson hallottakat. A *Családorvostan tantárgy* a **10. szemeszterben** kerül meghirdetésre. 4 óra tantermi előadást követően 10 óra kiscsoportos szemináriumi foglalkozás követi. Céljuk a családorvoslás specifikumainak, a szituatív medicinának az oktatása. A **11–12. szemeszterben**, a kéthetes *Praxisgyakorlat* során megvalósul az ideális 1 oktató – 1 hallgató arány. Differenciál diagnosztikai feladatok megoldása, összegzés, epikrízis készítés, beteg-educáció stb. elsajátítása a hallgató feladata.

A kötelező tantárgyak oktatása mindhárom nyelv esetében azonos tematikával zajlik.

1. Bevezetés az orvosi kommunikációba

Az 1. szemeszterben történik az orvosi kommunikáció oktatása, 6 előadás + 8 szeminárium formájában. A tantárgy kapcsán szeretnének pozitív attitűdöt kialakítani az orvoslás iránt, szituációs tréningekkel és nyári gyakorlattal hozzák testközelbe az orvostanhallgatóknak az orvos–beteg kapcsolat szépségeit és nehézségeit. A kurzusok elvégzése kötelező.

ELŐADÁS (45 perc):

1. Családorvoslás helye és szerepe a kommunikációban, orvos beteg találkozás
2. Beteginterjú
3. Verbális, nonverbális kommunikáció
4. Verbális, nonverbális kommunikáció
5. Rossz hír közlése
6. „Nehéz beteg” kommunikáció

SZEMINÁRIUM (4x2 óra):

szerepjáték, szituációs gyakorlat, videó elemzés

1. gyakorlat:

első találkozás a beteggel, bemutatkozás

2. gyakorlat:

non-verbális kommunikáció

3. gyakorlat:

verbális kommunikáció

4. gyakorlat:

rossz hír közlése

2. Orvosi Kommunikáció gyakorlata

(nyári gyakorlat, háziorvosi praxisban) 30 óra

TEMATIKA:

1. nap: a team bemutatása, a praxis bemutatása, az orvostanhallgatók helye és szerepe a rendelőben

2. nap: bemutatkozás, köszöntés gyakorlása, ismerkedés a betegekkel és problémáikkal, adminisztráció áttekintése, betegirányítás gyakorlása, latens tanulás, szomatometriás adatok gyűjtése

3. nap: az első interjú elkészítése: a beteg jövetelének oka, jelen panaszok, alapadatok, lakókörnyezet

4. nap: látogatás a beteg otthonában, a látogatás értékelése
5. nap: a második interjú elkészítése, az interjú értékelése, az egyhetes gyakorlat élményeinek feldolgozása

3. Családorvostan tantárgy

A családorvostan oktatása, mint diszciplína a 10. szemesztertől indul. Célja a családorvoslás specifikumainak, a szituatív medicinának az oktatása. A Családorvostan kurzus elvégzése kötelező.

ELŐADÁS (45 perc):

1. Családorvoslás története.
Motiváció a családorvoslásban.
A családorvoslás specifikumai.
2. Háziorvoslás hazai és nemzetközi eredményessége. Megelőzés, szűrés.
3. Etikai szempontok a családorvoslásban.
A család ellátása.
4. Gyermekorvoslás a háziorvosi praxisban.

SZEMINÁRIUM (90 perc):

1. Sürgősségi ellátás
2. Betegoktatás
3. Életvégi ellátás a családorvoslásban
4. Időskor és demencia sajátosságai
5. Hypertonia, mint fő betegség a háziorvosi praxisban

4. Családorvostani praxis gyakorlat

(szigorló év, háziorvosi praxisban) 60 óra

További, a graduális, háziorvos képzésben érintett tárgyak

A kötelező tantárgyak mellett több választható kurzus is meghirdetésre kerül az intézetben. Elektív kurzusok: a Palliatív medicina hospice, Gyakorlatorientált kommunikációs képzés, Jelnyelvi kommunikáció az orvosi praxisban, Junior Bálint csoport. Több szabadon választható kurzusra is nagy az érdeklődés, ilyen például: az Általános orvosi gyakorlati készségfejlesztés, Alkalmazott foglalkozás-orvostan és

munkahigiéne, A diagnózis felállításának mestersége, Ki döntsön az élet végén? – Önrendelkezés, kezelés visszautasítása az egészségügyben.

Oktatás történik még közös együttműködéssel más társintézetekben is. Egészségtudományi Karon Közösségi orvoslás, a Gyógyszerészeti Szakon a kis klinikai tárgyak között. A Jogtudományi Karon ilyen a Jogklinika.

ELEKTÍV:

Palliatív Orvoslás, Hospice.....	14 óra
Junior Bálint szeminárium	28 óra
Jelnyelvi kommunikáció az orvosi praxisban	28 óra
Gyakorlat orientált kommunikációs képzés	14 óra

FAKULTATÍV:

Általános orvosi gyakorlati készségfejlesztés.....	28 óra
Alkalmazott foglalkozás-orvostan és munkahigiéne	28 óra
A diagnózis felállításának mestersége.....	14 óra
<i>Ki döntsön az élet végén?</i>	
Önrendelkezés, kezelés visszautasítása az egészségügyben	28 óra
Gyakori megbetegedések ellátása és az ellátáshoz használatos műszerek a családorvoslásban, az alapellátásban	28 óra

II./4.4. Szeged

Jelenleg a klinikai modulnak nem képezi részét a hallgatók számára kötelező családorvosi kurzus.

A hallgatók kötelezően választható tantárgy formájában találkozhatnak a *Családorvosi ismeretek I-II.* előadással, két szemeszteren keresztül 30–30 óra időkeretben. A klinikai modul során jellemzően a hallgatók 70–90%-a teljesíti a kurzust. Tematikájában megjelennek a családorvoslás elméleti és gyakorlati kérdései, a családorvoslás sajátos kérdései, melyet több aspektusból és több – a gyakorlatban is jártas és tapasztalt – háziorvos, valamint egyéb szakterületekről érkező előadó bevonásával ismerhetnek meg a hallgatók. Fontos szerepet kap az alapellátás speciális helyzetének bemutatása, a háziorvosi tevékenység ismertetése, a háziorvosi szerepkörre való felkészítés. A tematika részét képezi az ügyeleti és sürgősségi ellátás

II/13. táblázat: Szegedi Tudományegyetem – Csaláadorvosi ismeretek I–II. kurzus tematika²⁸

Csaláadorvosi ismeretek I.	Csaláadorvosi ismeretek II.
<ul style="list-style-type: none"> • A csaláadorvoslás fogalma, sajátosságai, módszerei • A csaláadorvosi ügyelet sajátosságai • A csaláadorvos mint teamvezető feladatai • Étrendkiegészítők megítélése, használata a gyakorlatban • A házi orvos gyermekgyógyászati feladatai • Házi orvos teendők az akután beteg csecsemő és gyermek ellátásában I. + II. • A fogamzásgátlás mai lehetőségei. Klimaktérium, a klimax kezelése • Abususok a családban • Utazási medicina • Akut szülészeti-nőgyógyászati kórképek • Vérzés az uterusból • A szexuális úton terjedő betegségek csaláadorvosi vonatkozásai • A diabetes mellitus kezelése és gondozása a házi orvos szemszögéből • Családszociológia szerepe a csaláadorvos munkájában • Gyógyíthatatlan beteg, halál, gyász 	<ul style="list-style-type: none"> • A prevenció szerepe a csaláadorvosi gyakorlatban I+II+III • Ischaemiás szívbetegségek felismerése, ellátása és gondozása a házi orvos gyakorlatában • A csaláadorvosi rendelő felszerelése, működése • A hypertónia kezelése és gondozása a csaláadorvosi gyakorlatban. • Internet és közösségi média a csaláadorvoslásban • Daganatos betegségek ellátása és gondozása a csaláadorvosi praxisban • Praxisgyakorlat (Sürgősségi AMBU gyakorlat) • A csaláadorvos konzíliáriusi tevékenysége • Idős betegek ellátása a házi orvos gyakorlatban • Rizikóterhesség. Terhesgondozás a csaláadorvoslásban • Alapellátás szintjén gyakori bőrgyógyászati kórképek • Kardiológiai képalkotó vizsgálatok leleteinek értelmezése • Szűrővizsgálatok jelentősége a házi orvos praxisban • Telemedicina a házi orvos gyakorlatban

olyamán jelentkező feladatok ismerete. Oktatásra kerülnek a praxisgyakorlattal kapcsolatos ismeretek és oxológiai szempontok, valamint az elsősegélynyújtás ismeretei (II./13. táblázat).

A hallgatók elsősorban az előadásokon elhangzottakból, az előadásokon kiadott diasorokból készülhetnek fel. Emellett rendelkezésükre állnak az egyetem által a témában kiadott egyetemi jegyzetek, valamint a forgalomban lévő hazai és nemzetközi csaláadorvosi témájú szakkönyvek. A kurzus mindkét félév során írásbeli beszámolóval zárul. Sikertelen vagy elmulasztott írásbeli vizsga esetén szóban van mód az ismétlésre, pótlásra.

A *klinikai modul* során lehetősége van a hallgatóknak részt venni a *Foglalkozás-orvostani ismeretek* című kötelezően választható, egy szemeszteren át tartó kurzuson.

Remek lehetőséget biztosít az orvostanhallgatók számára a házi orvos praxisokba való bepillantásra a *IV. évfolyamon* kötelezően teljesítendő *Orvos–beteg kommunikációs tréning* a Magatartástudományi Intézet szervezésében. Az elméleti oktatást is részben oktató házi orvosok végzik,

ahol a hallgatók megismerkedhetnek az általános kommunikációs stratégiákkal, a különböző kultúrájú páciensekkel való kommunikáció alapelveivel, betekintést nyerhetnek a rossz hír közlés rejtelméibe. A tréning gyakorlati része kiscsoportos foglalkozások keretében, házi orvos praxisokban, oktató házi orvosok segítségével zajlik. A gyakorlat során videó analízis technika alkalmazásával, egy szimulált páciens segítségével eljátszanak egy orvos–beteg konzultációt, amely felvételre kerül. Ezt követően a hallgatók, a csoportvezető trénerrel, illetve a szimulált pácienssel közösen megnézik a felvételeket, majd közösen elemzik azokat.

A *VI. évfolyam* szigorló évi modul tematikájában szerepel a kötelezően teljesítendő, 1 hetes *Házi orvos praxisgyakorlat*, melyet a hallgatók a szakképzési rendszerhez hasonlóan, oktató házi orvosokhoz beosztva, 1 hallgató –1 orvos felállásban töltenek. A rövid idő ellenére ez a gyakorlat remek lehetőséget kínál arra, hogy a hallgatók beleláthassanak a valódi házi orvos munkába. Ugyan pontos felmérés nem áll rendelkezésre, de a jelenlegi, illetve korábban végzett

hallgatókkal való informális beszélgetések alapján sok esetben sajnálatos módon ez csak egy „formálisan” megvalósuló gyakorlat.

Az Intézetben lehetőség van – magyar és angol nyelven is – tudományos diákköri munka végzésére, valamint szakdolgozat készítésére egyaránt. A családorvoslásra jellemző sokszínűségnek megfelelően a hallgatók számos témából választhatnak, melyek lefedik a családorvoslás teljes spektrumát.

Mint látható, a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar graduális képzése során a családorvosostan igen alulreprezentált. Ugyan örömteli, hogy az alapellátás irányába érdeklődő, elhivatott hallgatók számára számos lehetőség áll rendelkezésre a pálya mélyebb megismerésére, azonban az aktuálisan kevésbé érdeklődő hallgatók megszólítása nem megoldott. Ez részben azért jelent problémát, mert így csökken azon hallgatók száma, akik az egyetem elvégzését követően a házi-orvosostan szakképzés irányába mozdíthatók, másfelől azért, mert a karrierjükét az egészségügyi ellátórendszer egyéb részein folytató hallgatók alig szereznek információt a házi-orvoslás mibenlétéről. Így kijelenthető, hogy kulcsfontosságú lenne a családorvosostant kötelezően teljesítendő kurzussá minősíteni a jövőben, illetve megfontolandó a hatodéves praxisgyakorlat időtartamának növelése, illetve a teljesítés következetesebb ellenőrzése.

II./4.5. Összefoglalás

Áttekintve mind a négy egyetem graduális házi-orvos képzését láthatjuk az *II./14. táblázatból*, hogy eltérések vannak az oktatási tematikában az egyetemek között. Különböző évfolyamokon, különböző módokon képviselik magukat a Tanszékek a magyar nyelvű házi-orvosostan-képzésben. Legkorábban a budapesti és a pécsi képzésben, első évben jelenik meg a családorvosi képzés, Debrecenben és Szegeden pedig negyedévben kezdhetik a hallgatók az ismerkedést a szakmával.

A legtöbb egyetemen kötelezően lehet felvenni a tantárgyakat, és minden Tanszéken mind gyakorlatok, mind pedig előadások is vannak, ezáltal nyújtva bepillantást a tananyag átadásán kívül a mindennapi gyakorlatba is. A szegedi egyetemen nem szerepel a kötelező tantárgyak között a családorvosképzés, itt kötelezően választható formában vehetik fel a hallgatók.

Szabadon választható kurzusok a Családorvosi Intézetek szervezésében:

Budapest:

- Hat hetes Családorvosostan praxisgyakorlat (VI. évben választható)
- Komplementer eljárások az evidenciák tükrében (2020 februárjától)

Debrecen:

- Az általános orvoslás/családorvoslás gyakorlati kérdései
- Az orvosi tevékenység jogi vonatkozásai
- Differenciál diagnosztikai készségek és lehetőségek a házi-orvosi gyakorlatban
- Prevenció és egészségmegőrzés az alapellátásban
- Sürgősségi ellátás a családorvosi gyakorlatban

Pécs:

Elektív:

- Palliatív Orvoslás, Hospice
- Junior Bálint szeminárium
- Jelnyelvi kommunikáció az orvosi praxisban
- Gyakorlat orientált kommunikációs képzés

Fakultatív:

- Általános orvosi gyakorlati készségfejlesztés
- Alkalmazott foglalkozás-orvosostan és munkahigiéne
- A diagnózis felállításának mestersége
- Ki döntsön az élet végén? Önrendelkezés, kezelés visszautasítása az egészségügyben
- Gyakori megbetegedések ellátása és az ellátáshoz használatos műszerek a családorvoslásban, az alapellátásban

Szeged: -

A képzési programok összehasonlításánál hangsúlyozandó, hogy számos olyan kurzus van, amely egyes egyetemeken más tanszékek által (pl. Semmelweis Egyetem: Jelnyelvi kommunikáció, SZTE: Magatartástudományi Intézet kurzusai) kerül meghirdetésre. Ezáltal önmagában a Családorvosi Tanszék által meghirdetett kurzusok összehasonlítása arról nem ad tájékoztatást, hogy a hallgatók a teljes egyetemi képzés alatt milyen ismereteket szereznek.

Külföldi hallgatók képzése

Eltérés mutatkozik a külföldi hallgatók képzésében is. Budapesten és Pécsen angol és német nyelven is biztosított a képzés előadásokon és gyakorlatokon keresztül, Debrecenben angol nyelven, Szegeden pedig nem szerepel a tantervben a külföldi hallgatók képzése, de TDK munkára és szakdolgozat kidolgozására van lehetőség.

II/14. táblázat: Kötelező és kötelezően választható tantárgyak a hazai egyetemeken

	Budapest	Debrecen	Pécs	Szeged
I. évfolyam	<i>Bevezetés a betegellátásba</i> <ul style="list-style-type: none"> • kötelező • gyakorlat • 28 óra 		<i>Orvosi kommunikáció a gyakorlatban</i> <ul style="list-style-type: none"> • előadás és gyakorlat <i>Orvosi kommunikáció</i> <ul style="list-style-type: none"> • nyári praxisgyakorlat • 1 hét 	
II. évfolyam				
III. évfolyam				
IV. évfolyam	<i>Családvostan</i> <ul style="list-style-type: none"> • kötelező • gyakorlat és szeminárium • 20 óra <i>Családvostani ismeretek*</i> <ul style="list-style-type: none"> • kötelezően választható • előadások • 26 óra 	<i>Családvostan nyári gyakorlat</i> <ul style="list-style-type: none"> • nyári gyakorlat 	<i>Családvostani ismeretek*</i> <ul style="list-style-type: none"> • kötelezően választható • előadás • 2x30 óra <i>Orvos-beteg kommunikációs tréning</i> <ul style="list-style-type: none"> • kötelező • előadás, gyakorlat • 1 nap 	
V. évfolyam	<i>Családvostani ismeretek*</i> <ul style="list-style-type: none"> • kötelezően választható • előadások • 26 óra 	<i>Általános orvostan/ Családvostan</i> <ul style="list-style-type: none"> • kötelező • szeminárium • 10 óra 	<i>Családvostan</i> <ul style="list-style-type: none"> • előadás és gyakorlat 	<i>Családvostani ismeretek*</i> <ul style="list-style-type: none"> • kötelezően választható • előadás • 2x30 óra <i>Foglalkozás-orvostani ismeretek*</i> <i>Orvos-beteg kommunikációs tréning</i>
VI. évfolyam	<i>Családvostan praxisgyakorlat</i> <ul style="list-style-type: none"> • kötelező • 1 hét 		<i>Családvostan praxisgyakorlat</i> <ul style="list-style-type: none"> • kötelező • 2 hét 	<i>Foglalkozás-orvostani ismeretek*</i> <i>Háziorvosi praxisgyakorlat</i>

*IV. vagy V. évfolyamon teljesíthető

II/15. táblázat: Külföldi hallgatók képzése a hazai egyetemeken

	Budapest	Debrecen	Pécs	Szeged
Nyelv	angol, német	angol	angol, német	angol
Tantárgy jellege	kötelező, kötelezően választható	kötelező	kötelező	-
Oktatás típusa	gyakorlat és szeminárium	szeminárium	előadás, szeminárium, praxisgyakorlat	-
Egyéb	TDK, szakdolgozat	TDK, szakdolgozat	TDK, szakdolgozat	TDK, szakdolgozat

II./5. A magyarországi háziiorvosi rezidensképzés helyzete, főbb jellemzői – bevezetés

Bevezető

A háziiorvostan szakorvosképzés célja olyan komplex, gyakorlati és elméleti tudás átadása a szakorvosjelölteknek, amelynek eredményeként magabiztosan, önállóan és magas színvonalon képesek ellátni a háziiorvos feladatait.

A szakképesítés megszerzésének követelményeit az *az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről* szóló 22/2012. (IX.14.) EMMI rendelet tartalmazza, melynek 2. melléklete határozza meg a részletes beosztást. A szakképzésüket 2015. július 1. előtt megkezdőkre a 122/2009. (VI.12.) Kormányrendelet szabályai vonatkoznak. A szakképzésüket 2015. július 1. után belépők a 162/2015. (VI.30.) Kormányrendelet előírásai szerint végzik szakképzésüket.

A háziiorvos szakképzés tartalmilag két fő részre tagozódik.

1. A *törzsképzési program* 28 hónapos szakasza a főbb klinikai diszciplínákat foglalja magában, a minimális gyakorlati idő meghatározásával. A törzsképzési időszakot vizsgával fejezi be a szakorvosjelölt.
2. A *szakgyakorlat* 8 hónapos ideje alatt speciális szakmai képzésre kerül sor, amit a jelölt háziiorvosi praxisban tutor irányítása mellett teljesít. Ezután kerülhet sor a háziiorvosi szakvizsgára. A szakorvosjelölt a program indulásakor pontos szakképzési tervet kap, aminek maradéktalan teljesítése szükséges a szakvizsgára bocsátáshoz.

„2. melléklet a 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelethez

Szakorvosi alap-szakképzési programok

14. HÁZIORVOSTAN

1. Képzési idő: 36 hónap

2. Képzési program:

2.1. 28 hó törzsképzési program:

a) 6 hó sürgősségi gyakorlat, benne:

aa) újraélesztési elméleti és gyakorlati képzés

ab) halottvizsgálati és hatósági orvosi vizsgálatokkal kapcsolatos elméleti és gyakorlati képzés

ac) tutor irányítása mellett háziiorvosi ügyeletben részvétel

b) 1 hó törzsképzési tanfolyamok

c) 6 hó belgyógyászat

d) 4 hó gyermekgyógyászat, benne: gyermekorvosi praxisgyakorlat

e) 2 hó sebészet:

ea) 6 hét általános sebészet

eb) 2 hét traumatológiai szakrendelés

f) 1 hó szülészeti-nőgyógyászati gyakorlat:

fa) 2 hét szülészeti gyakorlat

fb) 1 hét terhesgondozás

fc) 1 hét nőgyógyászat

g) 1 hó neurológia

h) 2 hó pszichiátria, benne: stresszkezelési és pszichoterápiás alapismeretek

i) 5 hó családorvosi alapgyakorlat, ebből 2 hó a program elején töltendő le

2.2. 8 hó szakgyakorlati képzés háziiorvosi körzetben tutor irányítása mellett, ebben: 2 hó falusi praxisgyakorlat

3. Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei

A törzsképzési program befejezését követően részvizsga letétele, amely a szakgyakorlati képzés megkezdésének feltétele.²⁹

PRAXIS I. és PRAXIS II. program

A háziiorvosi szakképzésbe a 4/2000. (II.25.) EüM rendelet (5. sz. melléklet) alapján is be lehet kapcsolódni. Ennek alapjául a PRAXIS I. és a PRAXIS II. program szolgál, melyet az ÁEEK Egészségügyi és Szolgáltatási Szervezési Főosztálya koordinál.

1. A PRAXIS I. program

Helyettesítő háziiorvosi tevékenység háziiorvostani szakvizsgával nem rendelkező orvosok részére

A Praxisprogram I. keretében olyan orvosok láthatnak el helyettesítő háziiorvosi tevékeny-

séget, akik még nem rendelkeznek háziiorvostani szakvizsgával. Tevékenységüket az ÁEEK közalkalmazottjaként látják el, és 6 éven belül kötelesek háziiorvostani szakvizsgát szerezni.

Alkalmazásra abban az esetben kerülhet sor, ha egy olyan önkormányzat, melyek területén legalább 6 hónapja betöltetlen felnőtt vagy vegyes típusú háziiorvosi körzet található, képviselőtestületi döntésében elfogadja a jelöltet, és az önkormányzat feladatátvállalási szerződést köt az Intézettel helyettesítő háziiorvosi ellátásra.

A háziorvos jelöltek a szakvizsga letételéig heti négy munkanap rendelkeznek a körzetben, és heti rendszerességgel teljesítik azon klinikai gyakorlatokat, melyeket az előképzettségüknek figyelembevételével a Háziiorvostani Szakmai Kollégium elnöke állapít meg számukra. Ennek során egy közeli kórház akkreditált osztályán heti rendszerességgel klinikai szakgyakorlatot folytatnak. Tekintettel arra, hogy minden, a programban részt vevő orvos előképzettsége más-más, eltérő az az idő, ami alatt megszerzik a szakvizsgájukat.

A képzési tervüket a 22/2012. (IX.14.) EMMI rendelet (2. sz. melléklet) szerint állítja össze az Egyetem, melybe beszámítjuk a már igazoltan teljesített képzési elemeket.

2. PRAXIS II. Program

Háziiorvosi tevékenység végzésének lehetősége klinikai szakképesítéssel rendelkező orvosok részére

(A lehetőség az alábbi szakirányú szakképesítéssel rendelkezőkre vonatkozik:

anaeszteziológia-intenzív terápia, belgyógyászat, bőrgyógyászat, csecsemő-gyermekgyógyászat, fertőző betegségek, fül-orr-gégegyógyászat, gyermeksebészet, honvédorvostan, katasztrófaorvostan, idegsebészet, neurológia, ortopédia, oxyológia, pszichiátria, reumatológia, reumatológia és fizioterápia, sebészet, sportorvostan, szemészet, szülészet-nőgyógyászat, tüdőgyógyászat, urológia, traumatológia, üzemorvostan)

A felsorolt klinikai szakképesítéssel rendelkező orvosok a rendelet 4/2000. (II.25.) EüM rendelet 11. § (4) bekezdése szerinti feltételek mellett jogosulttá válnak háziiorvosi tevékenység végzésére. A háziiorvosi tevékenységet területi ellátási kötelezett-

séggel rendelkező felnőtt vagy vegyes típusú háziiorvosi körzetben lehet végezni. Az orvosnak a jogszabályok szerint a tevékenység megkezdését követően öt év áll a rendelkezésére, hogy a képzési tervét teljesítse, és ezt követően sikeres szakvizsgát tegyen háziiorvostanból. A háziiorvosi tevékenység megkezdésének a feltételei:

- egyéni képzési terv elfogadása;
- praxisjog megszerzése;
- sikeres társadalombiztosítási ismeretek vizsga;
- önkormányzattal kötött feladat-ellátási szerződés;
- az ÁEEK-val megkötött képzési szerződés;
- érvényes működési engedély;
- finanszírozási szerződés.

Az eljárás az egyetemekenél kezdődik, ahol az érdeklődő orvosok személyre szabott egyéni képzési tervet kapnak a 22/2012. (IX.14.) EMMI rendelet szerint, szakvizsgájuk, valamint az eddig letöltött gyakorlatuk figyelembevételével. Ez a képzési terv tartalmazza a gyakorlatok teljesítésének rendjét.

A sikeres társadalombiztosítási vizsga előfeltétele az ÁEEK-val kötendő szerződésnek, és ezáltal a működési engedély kérelem benyújtásának.

A képzési szerződés aláírását követően a háziorvos-jelölt köteles a képzési tervet kiállító egyetemnél regisztrálni. A képzés után fizetendő térítési díj összegéről az egyetemek adnak felvilágosítást.

II./5.1. Budapest

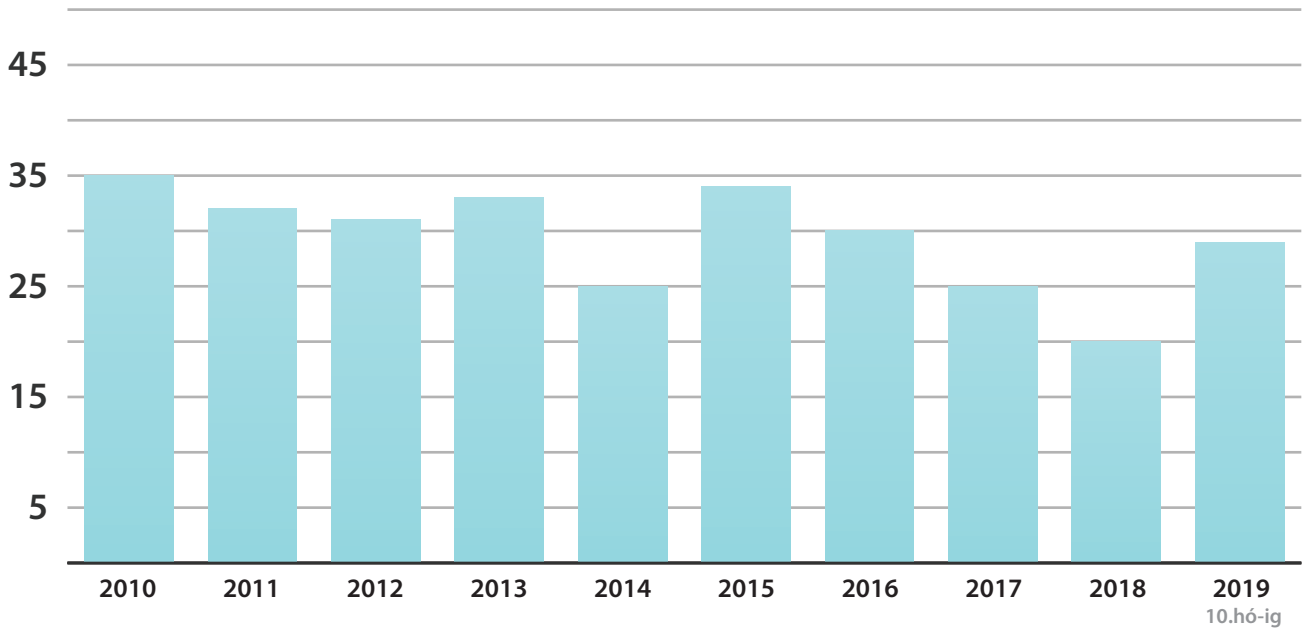
A háziorvos rezidensi rendszerbe történő jelentkezés, felvételi, a rezidensek beosztása

Az Egészségügyi Minisztérium által országosan meghatározott keretszámok az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) honlapján minden év október 31-ig kerülnek kiírásra, és a tárgyévet követő év január 1. és december 31. között lehet betölteni őket.

Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól szóló 122/2009. (VI. 12.) Korm. rendelet, a 16/2010. (VI. 15.) EüM, valamint a 162/2015. (VI. 30.) Kormányrendeletben foglaltak alapján a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar (SE ÁOK) és a Dékáni Hivatal (DH) meghirdeti és lebonyolítja a rendszerbevételi eljárást.

A rezidensek pályázatot nyújthatnak be a rezidensi helyekre, a felvételre a Dékáni Hivatalban jelentkezhetnek.

II/2. ábra: A Semmelweis Egyetemen háziiorvostan szakképzésre felvettek száma (fő) 2010 és 2019 októbere között³⁰



A felvételi elbeszélgetés a Családorvosi Tanszék bizottsága előtt zajlik. Az interjúk után rangsorolás történik, amikor az elért pontok és a felvételi beszélgetés alapján a bizottság javaslatot tesz arról, hogy kiket lehet felvenni. A II/2. ábra a szakorvosképzésbe felvett hallgatók számát mutatja 2010 és 2019 októbere között.

A Dékáni Hivatal a felvételt nyert jelöltek adatairól tájékoztatja a Szak- és Továbbképzési Igazgatóságot (SZTI).

A 2015. június 30. után a képzésbe belépő háziorvos rezidensek munkáltatója az ÁEEK, velük történik a közalkalmazotti jogviszonyt létesítése is. Ezt követően a rezidensek megkötik a Semmelweis Egyetemmel a szakképzési megállapodást.

A felvételt nyert rezidensek számára a Tanszék grémiumi megbeszélést szervez, melynek során ismertetésre kerül a Tanszék szerepe a képzésben, a rendelet alapján szabályozott szakképzés felépítése, menete, a Tanszék rezidensekkel szemben támasztott követelményei, illetve ekkor kerülnek beosztásra a rezidensek a tutorokhoz.

A Tanszék rezidensképzésért felelős munkatársa a rezidensekkel együtt elkészíti a rezidensek képzési tervét a 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet, valamint a 162/2015. (VI. 30.) Kormányrendelet alapján, illetve a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar akkreditált képzőhelyek listájának figyelembevételével. A képzési terv tartalmazza a rendelet alapján elvégzendő gyakorlatok helyszínét és ütemezését.

Ezután a rezidensek aláírják a képzési tervet, ami elküldésre kerül a Tanszékvezető jóváhagyása után, a Dékáni Hivatalnak.

Háziorvostan rezidensképzésbe szakmamódosítás esetén is lehet jelentkezni. Ebben az esetben egyéni képzési terv készül, a korábban teljesített és a háziorvostan képzésbe beszámítható gyakorlatok figyelembevételével.

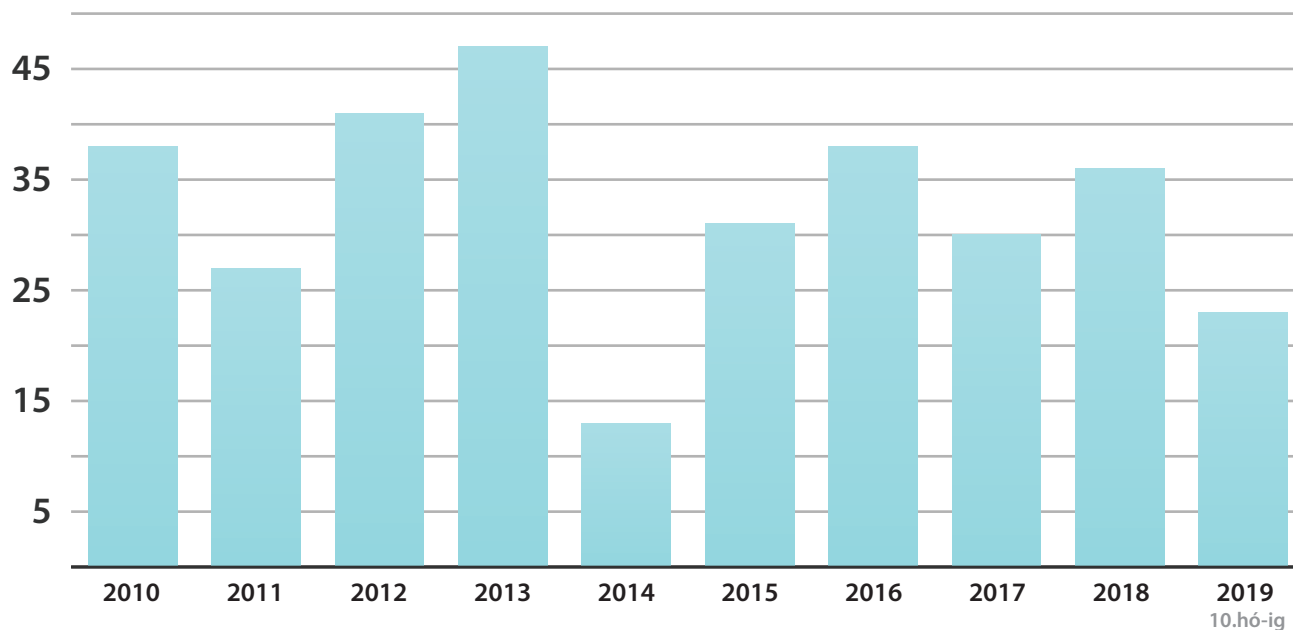
A képzési terv alapján teljesített törzsképzési program után jelentkezhetnek a rezidensek a részvizsgára. A II/3. ábra a részvizsgát tett hallgatók számát mutatja 2010 és 2019 októbere között.

Sikeres részvizsga után kezdhetik meg a szakorvosjelöltek a szakgyakorlati képzést, ami szintén képzési terv alapján történik.

Mentorok és tutorok

A 2012. szeptember 15. és 2015. július 15. között a rendszerbe belépett rezidensek képzését mentorok felügyelik, akiket a Háziorvostan Szakmai Grémium elnöke jelölt ki. A háziorvos rezidensek és a szakorvosjelöltek a törzsképzés és a szakgyakorlati idő alatt elkészítik a Mentori Beszámolót, amiben negyedévente értékelik az adott időszakban a gyakorlati helyüket, és a tutorok munkáját. 2015 ősztől a képzésbe felvételt nyert rezidensekkel kapcsolatban a Háziorvostan Grémium a rezidensképzésért felelős

II/3. ábra: A Semmelweis Egyetemen háziorvostan szakképzésben részvizsgát tettek száma (fő) 2010 és 2019 októbere között³¹



kollégákkal együtt látja el ezt a feladatot, mert a 162/2015 Kormányrendelet megszüntette a mentori státuszt.

Háziorvos tutori feladatot a 122/2009. (VI. 12.) Kormányrendeletben, a 16/2010. (IV. 15.) EüM rendeletben, illetve az egyetemi szabályzatokban meghatározottak alapján, szakirányú szakképesítéssel, és legalább 3 éves szakmai gyakorlattal rendelkező, oktató háziorvos láthat el. A tutorokkal a Semmelweis Egyetem köt szerződést.

A rezidensek képzése

Háziorvostan szakorvosképzés az *egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés megszerzéséről* szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet 2. sz. melléklete alapján kerül megszervezésre.

A rezidensek a képzési tervükben szereplő akkreditált képzőhelyeken, illetve a kijelölt oktató háziorvosi praxisban részt vesznek az osztályos, illetve az ambuláns/háziorvosi betegellátásban, és felügyelet mellett dolgozhatnak. A munkavégzésre vonatkozó szabályokat, kompetenciákat a munkaköri leírások, illetve az intézmények orvosi szakmai protokolljai tartalmazzák. A rezidenseknek a munkanaplóban meghatározott diagnosztikus és terápiás beavatkozásokat teljesíteniük kell a gyakorlatok ideje alatt. A teljesítés időpontját a tutorok rögzítik a munkanaplóban a beteg dokumentációja alapján. A rezidenseknek jelenléti ívet és teljesítésigazolást is vezetniük kell. A leckönyv vezetése a hatályos egyetemi szabályok

alapján történik. A 2012. szeptember 15. és 2015. július 15. között a rendszerbe belépett rezidensek esetében a munkanaplóban és a leckönyvben a mentorok is értékeli a hallgatókat.

A 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet által meghatározott kötelező gyakorlatokon belül a sürgősségi gyakorlat követelményeit a Sürgősségi Szakmai grémium határozta meg (mely egységes minden Semmelweis Egyetemhez tartozó központi gyakornok/rezidens részére), illetve a gyermekgyógyászat gyakorlat követelményeit a Tanszék ajánlásával a Háziorvosi Szakmai grémium:

- „6 hó sürgősségi gyakorlat, benne:
 - gyakorlat II. v. III. progresszivitási szintű egyetemi vagy oktató kórházi sürgősségi betegellátó osztályon (3 hónap), benne: újraélesztési elméleti és gyakorlati képzés: halottvizsgálati és hatósági orvosi vizsgálatokkal kapcsolatos elméleti és gyakorlati képzés
 - intenzív terápiás osztály (1,5 hónap)
 - mentő gyakorlat (1 hónap)
 - tutor irányítása mellett háziorvosi ügyeletben részvétel
 - 2 hét transzfúziós tanfolyam

- 2 hét tanfolyam a sürgősségi félévben, részei:
 - újraélesztési elméleti és gyakorlati képzés,
 - halottvizsgálati és hatósági orvosi vizsgálattal kapcsolatos elméleti és gyakorlati képzés
 - a háziorvos szakértői tevékenységei, jogszabályok alkalmazása a gyakorlatban
- 4 hó gyermekgyógyászat, benne:
- 2 hó gyermekgyógyászati osztály
- 2 hó gyermekgyógyászati praxis, benne
- 1 hét gyermekgyógyászati szeminárium”
32

A Tanszék a rendeletben meghatározott oktatási elemeken túl további képzéseket szervez a rezidenseknek. Havonta kerül megrendezésre a rezidens referáló, mely a képzési terv része, és minden rezidensnek kötelező tartania rajta egy rövid előadást legalább egy alkalommal a részvizsga előtt. A referálón egy, a háziorvoslás témájában érintett aktuális hazai vagy nemzetközi közlemény kifejtése, illetve megvitatása történik.

Ajánlott a részvétel a rezidenseknek a Családorvosi Tanszék által havonta szervezett szombati szakmai továbbképzéseken.

A rezidensek részére évente két alkalommal a Tanszék Sasfőók Klubot szervez, melyen a részvétel kötelező. A Sasfőók Klubban mindig más tudományterület jeles hazai képviselője tart előadást a szakterületét érintő aktualitásokról.

Az előadásokon kívül egy hetes gyermekgyógyászat és két hetes sürgősségi tanfolyamot is szervez a Tanszék a rezidenseknek, amelyeken a részvétel szintén kötelező.

A hallgatóktól elvárt, hogy hetente fél napot a klinikai gyakorlatok mellett a családorvosi praxisban töltsenek.

Részvizsga

A törzsképzési program előírt gyakorlatainak sikeres teljesítése után a rezidensek részvizsgát tesznek.

A részvizsga részei:

ESETTANULMÁNYOK

A felnőtt családorvosi praxisgyakorlat során megismert praxis beteganyagából kell választani három esetet, és a Tanszék honlapján található útmutató alapján megírni.

ÍRÁSBELI VIZSGA

Az írásbeli vizsga három részből áll:

- tesztírás (50 kérdés),
- 2 EKG elemzése, diagnózis felállítása,
- egészségnevelési esszé írása.

SZÓBELI VIZSGA.

Sikeres írásbeli vizsga után lehet szóbeli vizsgát tenni. Abban az esetben, ha az írásbeli vizsga valamelyik része nem sikerült, van lehetőség javítani a szóbeli vizsga előtt.

A szóbeli vizsgán tételt kell húzni. Egy-egy tétel három kérdést tartalmaz. Az első két kérdés elméleti téma kifejtése, a harmadik kérdés pedig az esettanulmány értékelője által feltett, az esettanulmányra vonatkozó kérdések megválaszolása.

A vizsgabizottság 3 tagú, tagjai: a Tanszékvezető vagy helyettese, a Tanszék belső munkatársa(i) és/vagy Tanszék külső munkatársa.

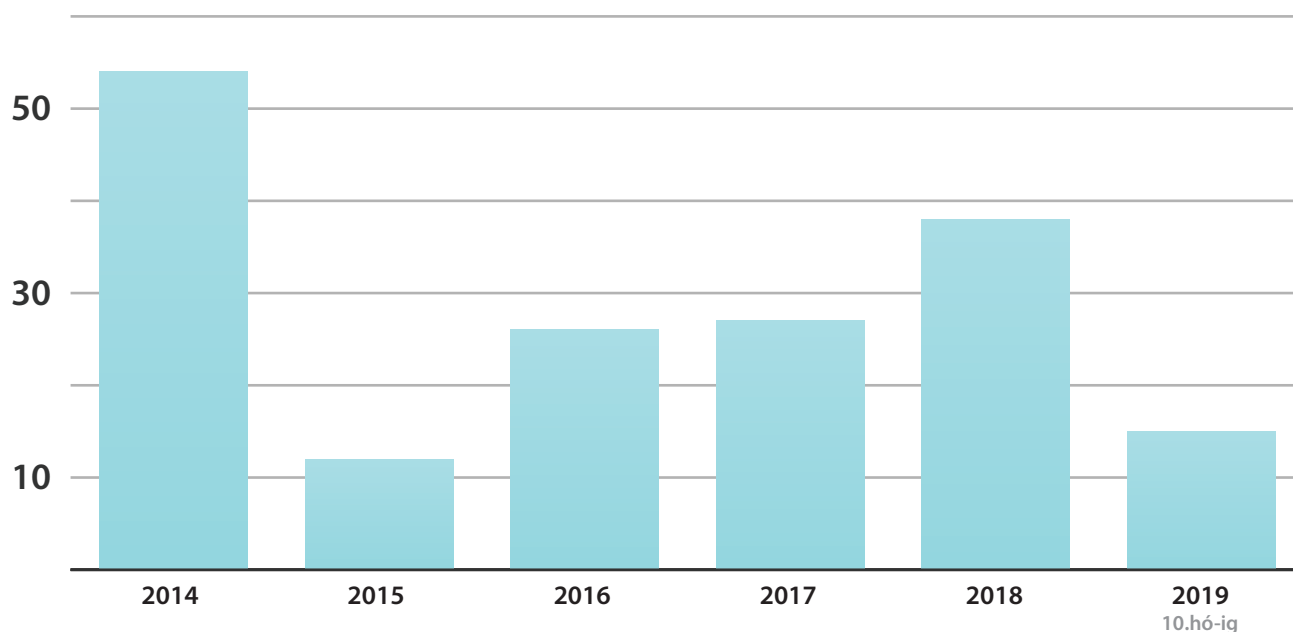
A rezidensek akkor kezdhetik meg a szakgyakorlati képzést, ha sikeres részvizsgát tettek. Sikertelen vizsga esetén ismételtető a részvizsga.

A rezidensek a 6+2 hónapos szakgyakorlati idejüket akkreditált felnőtt és gyermek háziorvosi praxisokban töltik. A szakvizsgára bocsátás feltétele a sikeresen teljesített szakgyakorlati idő, a négy évnél nem régebbi részvizsga és a háziorvostan szakvizsga előkészítő tanfolyam elvégzése.

Háziorvostan szakvizsga

A háziorvostan szakvizsgát a Nemzeti Vizsgabizottság szervezi a Tanszékkel egyeztetve.

A II./4. ábra a háziorvostan szakvizsgát tett hallgatók számát mutatja 2014 és 2019 októbere között.

II/4. ábra: A Semmelweis Egyetemen háziorvostanból szakvizsgázók száma (fő) 2014 és 2019 októbere között

A szakvizsga részei:

ESETTANULMÁNYOK

A szakvizsgára öt esettanulmányt kell írni a gyermek praxisban, illetve a felnőtt családorvosi praxisgyakorlat során megismert páciensekből (négy felnőtt és egy gyermek esetet).

GYAKORLATI VIZSGA

A szakvizsga három napos. Az első két napon vannak a gyakorlati vizsgák.

Első nap:

- Sürgősségi betegellátás: a reanimáció bemutatása és egy elméleti kérdés kifejtése;
- Egészségnevelési esszékérdésekből egy eset kifejtése szituációs feladatként;
- Laboratóriumi diagnosztika: egy laboratóriumi lelet elemzése és értékelése.

Második nap:

- 2 EKG elemzése;
- Társadalombiztosítási, gazdasági, praxisservezési, jogi ismeretek tételsorból egy tétel húzásával két eset kifejtése.

SZÓBELI VIZSGA

A harmadik napon van a szóbeli vizsga, amin egy felnőtt- és egy gyermekgyógyászati tételt kell húzni. A felnőtt tétel egyik kérdése elméleti kérdés, a második kérdés pedig egy esetmegbeszélés.

A vizsgabizottság 3 tagú, tagjai: Tanszékvezető, Tanszék belső munkatársa vagy Tanszék külső munkatársa, illetve egy gyermekgyógyász szakorvos.^{33,34}

II./5.2. Debrecen

A háziorvostan törzsképzés a vonatkozó jogszabály [22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés megszerzéséről] alapján történik. A Háziorvostan törzsképzési program (28 hó törzsképzés és 8 hó szakgyakorlat) részletes programja és tematikája az Összefoglalásban (III.2.2. alfejezet) kerül ismertetésre.

A rezidensek képzése mentor és tutor irányítása mellett, tanszéki koordinációval történik.

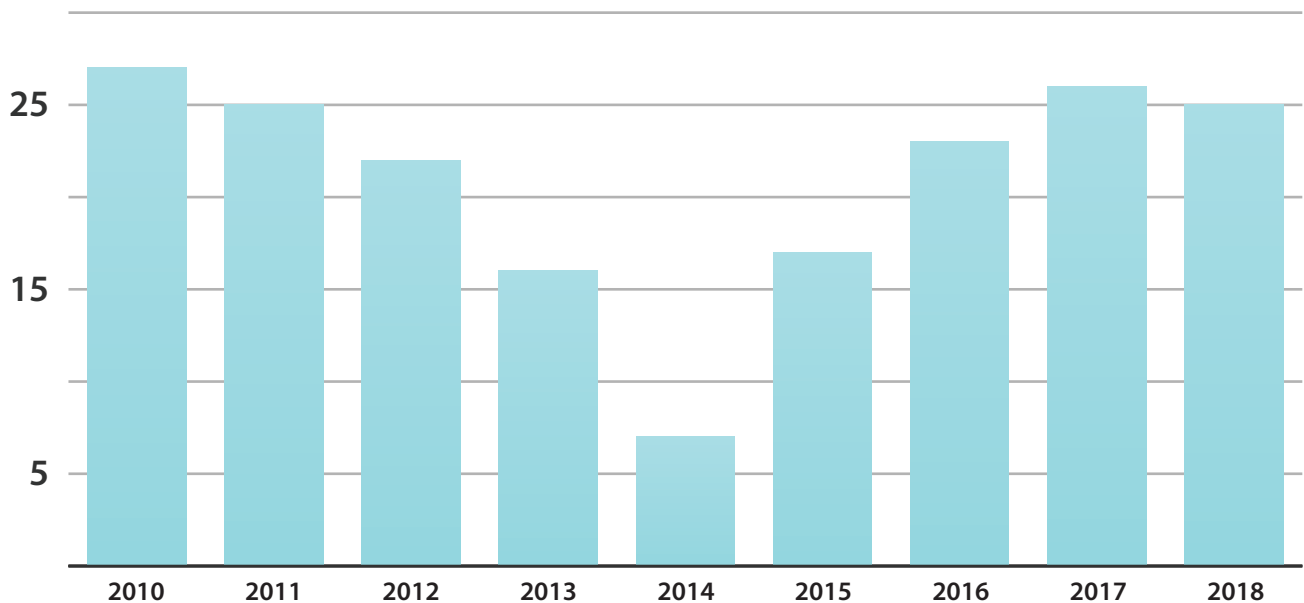
A rezidensek közül 2017-ben 64 fő államilag finanszírozott, 30 fő önköltséges képzésben vesz részt. A rezidensképzésben 94 aktív tutor vesz részt, a graduális oktatásban pedig 180 tutor vesz részt 2017-ben. A tutor- és mentorképzéssel az EFOP 1.8.0 projekt egy másik munkacsoportja külön foglalkozik.

Tanszékünk kéthetente kötelező konzultációt szervez a rezidensek számára, ahol az egyes szakterületek meghívott

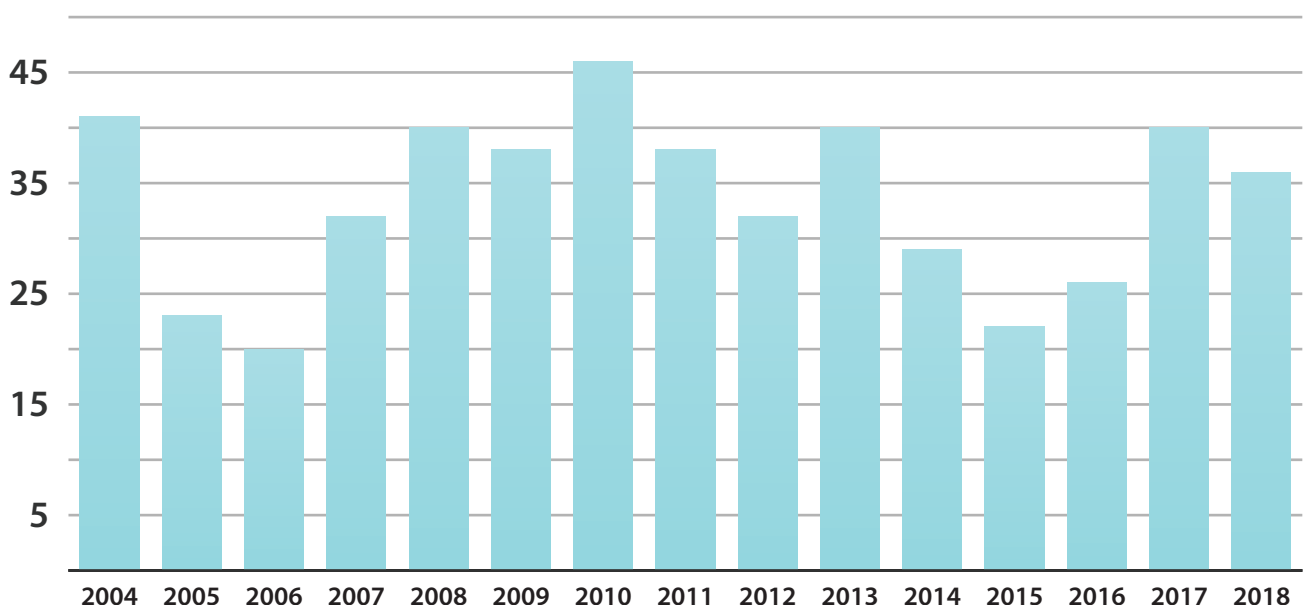
előadói összefoglalják szakmájuk házi orvosok számára fontos és aktuális ismereteit. A konzultációkat kéthetente tartják *gyermekgyógyászat, belgyógyászat, szülészet-nőgyógyászat sebészet neurológia pszichiátria* tantárgyakból, illetve kiegészítő témakörökből. Tanszékünk munkatársa folyamatosan tartja a kapcsolatot a rezidensekkel és az egyetem szakképzésért felelős illetékeseivel.

A rezidens számára a képzés alatt a munkaidő terhére maximum 2 ügyelet/hó rendelhető el. A törzsképzési program befejezését követően részvizsgát tesznek a rezidensek (régen licenc vizsgának nevezték, a licenc vizsga önálló házi orvosi praktizálásra jogosított fel), amely a szakgyakorlati képzés megkezdésének feltétele. A részvizsga után a rezidensek továbbra is felügyelet mellett dolgozhatnak a szakvizsgájuk megszerzéséig.

II/5. ábra: A Debreceni Egyetem NK Családorvosi és Foglalkozás egészségügyi Tanszékén törzsképzést lezáró részvizsgát (régen licencvizsgát) letevők száma (fő) 2010 és 2018 között



II/6. ábra: A Debreceni Egyetem NK Családorvosi és Foglalkozás egészségügyi Tanszékén házi orvostanból szakvizsgázók száma 2004 és 2018 között.



A szakgyakorlat alatt a rezidens számára a képzés alatt a munkaidő terhére elrendelhető ügyeletek száma maximum 4 ügyelet/hó. A szakvizsgára előkészítő tanfolyam után bocsátható a rezidens szakvizsgára. A szakvizsga gyakorlati és elméleti részekből áll, mely szintén az Összefoglalóban kerül ismertetésre. A 2004 és 2017 között Debrecenben szakvizsgázók számát a II./6. ábra mutatja be.

II./5.3. Pécs

A Pécsi Tudományegyetem Alapellátási Intézet Családorvostani Tanszéke már 1994-ben kidolgozta a szakorvosképzés tematikáját, akkreditálta az oktatóhelyeket. Az időbeosztás és a tematika kimunkálása során figyelembe vettük a családorvosi hatásköri listát, a Családorvosi Szakmai Kollégium által elfogadott követelményeket, az érvényes jogszabályokat, valamint a Pécsi Tudományegyetem (továbbiakban PTE) intézeteinek és oktatókórházainak véleményét.

A szakképzés alapvető célja, hogy a képzési időszak végére a háziorvos rezidens szerezzék meg mindazon képességet (elméleti tudást, gyakorlati készséget, szakmai attitűdöt), amely lehetővé teszi, hogy az egészségügyi alapellátásban a legmagasabb szakmai elvárások szerint végezze munkáját.

A Családorvostani Tanszék rendszeresen megtárgyalja a szakorvos képzés helyzetét, s az új körülmények, igények figyelembevételével módosít a tanrenden a jogszabályi kereteken belül.

A praxisgyakorlatok tartalmi javítását céloztuk meg a háziorvosok számára kidolgozott Hatásköri Lista elemeket felölelő *Praxis lecke-könyv*, illetve az elsajátítást dokumentáló *Munkanapló* kötelező alkalmazásával.

Az egyes gyakorlatok teljesítését és a vizsgaeredményeket a Minisztérium által kiadott központi *Leckekönyv* tartalmazza.

Az oktató praxisok száma jelenleg: 159. A háziorvos rezidensek az Állami Egészségügyi Ellátó Központtal (továbbiakban ÁEEK) állnak közalkalmazotti jogviszonyban és a közvetlen egészségügyi szolgáltató a PTE ÁOK Szak- és Továbbképző Központ. A képzési terv elemeinek meghatározását, azok teljesítésének nyomon követését a Családorvostani Tanszék végzi.

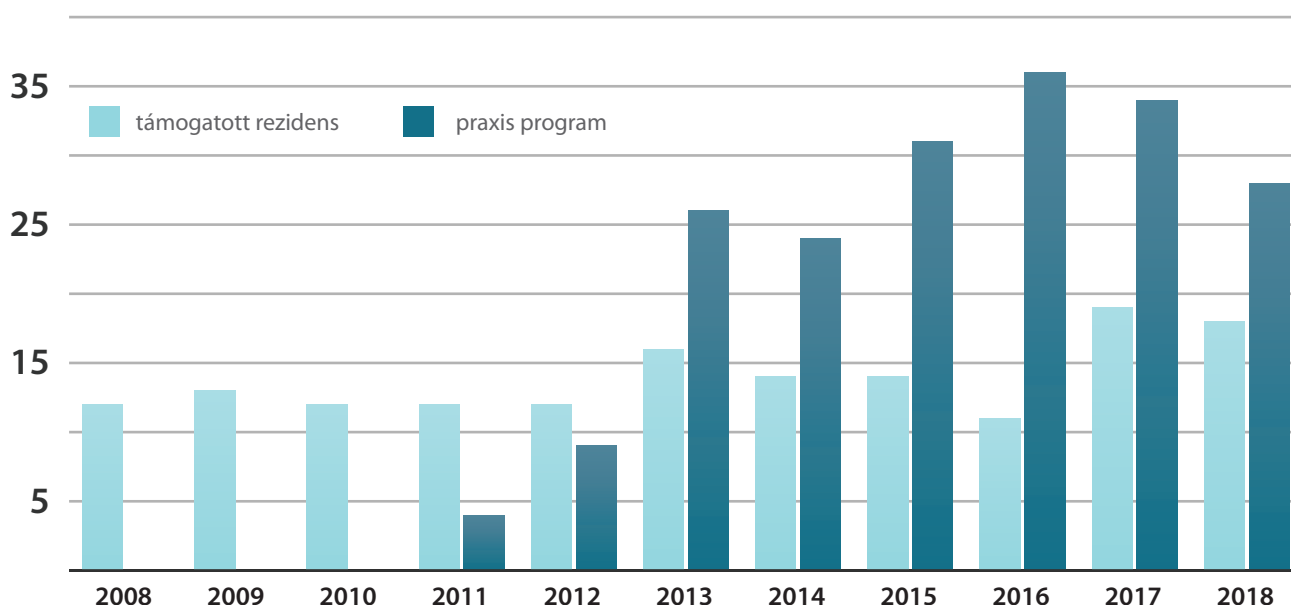
Intézetünk a „klasszikus” háziorvosi rezidens képzésen túlmenően számos kollégát képez PRAXIS I. és PRAXIS II. programon keresztül.

Általános követelmények

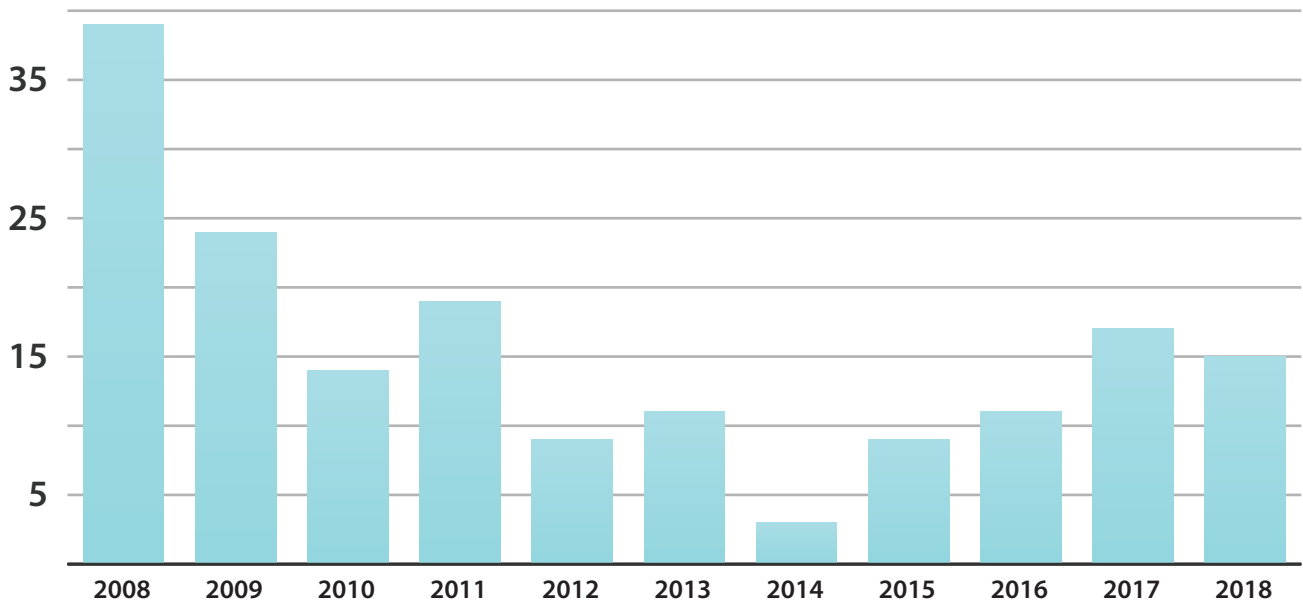
1. A rezidensek felvétele

A miniszter által évente meghatározott keretszámokat adott év január 1.-től december 31.-ig lehet betölteni folyamatosan.

II/7. ábra: PTE háziorvostan szakra felvettek száma (fő), 2008-2018



II/8. ábra: PTE licenc és részvizsgálók száma (fő), 2008-2018



Bemeneti követelmények:

- önéletrajz, motivációs levél
- személyes interjú a grémium vezető által összehívott bizottságnál
- a PTE ÁOK Szak –és Továbbképző Központban munkaszerződéssel kapcsolatos ügyintézés
- a PTE ÁOK Alapellátási Intézetében szakképzési terv összeállítása és a tutor kiválasztása

2. Rezidens képzés

A szakorvos jelöltek kötelező napi munkaideje 8 óra.

Munkaidejüket és beosztásukat a szakképzésben résztvevő szervezeti egység vezetője és/vagy a kijelölt oktatási felelős állapítja meg. Az aktuális gyakorlati képzőhelyeken naponta kötelesek aláírni a jelenléti ívet.

A szakképzésben szereplő gyakorlatok teljesítését a gyakorlati helyek vezetői a *Leckekönyv*-ben aláírásukkal igazolják. A curriculum elsajátításának ellenőrzése céljából a gyakorlati helyek szervezésében írásbeli és/vagy szóbeli számonkérés történhet, amelynek eredménye bekerül a *Leckekönyv*-be.

A háziiorvosi és gyermek háziiorvosi praxisgyakorlatok során teljesítendő feladatokat, az ajánlott (eset) számot

a *Praxis leckekönyv* tartalmazza. A háziiorvos tutor folyamatosan nyomon követi és értékeli a rezidens szakmai fejlődését. A rezidensek teljesítményéről az oktató praxis vezetője havonta értékelő jelentést készít, amelyet megküld az Alapellátási Intézet részére. Hasonlóan előre elkészített értékelő lapok segítségével a rezidensek is számot adnak a gyakorlati hely és az oktatók munkájáról havonta.

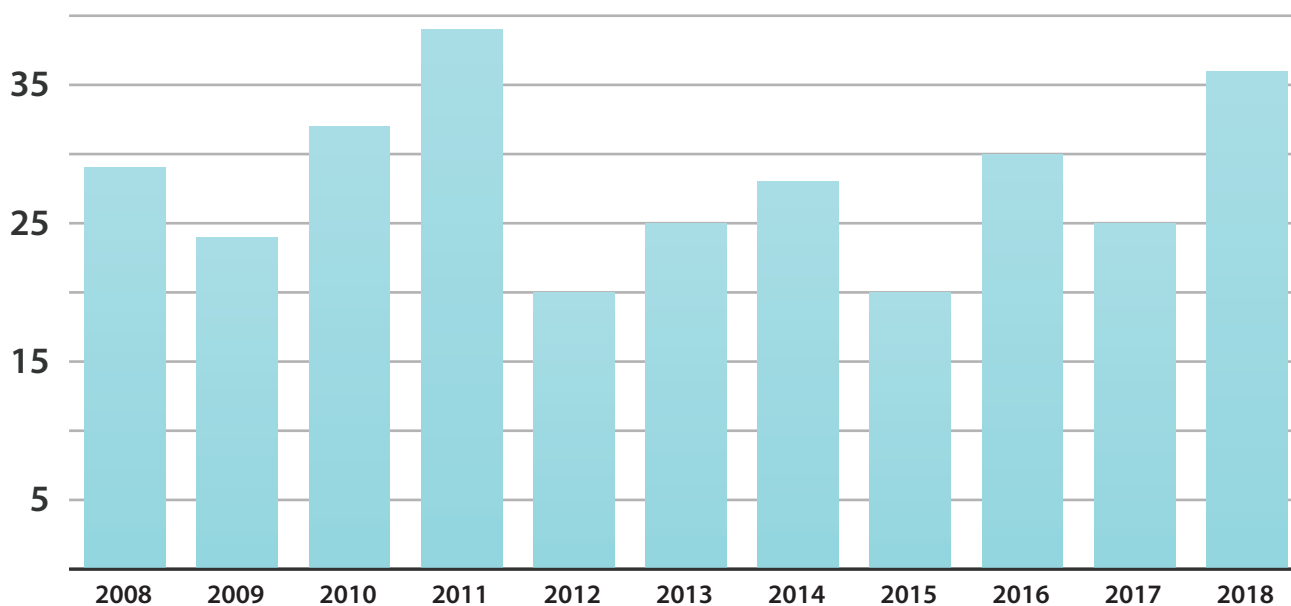
Az egyes képzési programok teljesítése előfeltétele a rotációban soron következő tantárgy elkezdésének, ettől csak egyedi esetekben, külön engedéllyel térhetnek el.

A háziiorvos ttorral történő kapcsolattartás, konzultáció és a folyamatos betegellátás érdekében a rezidensek a *klinikai gyakorlat alatt hetente fél napot (lehetőleg délután) praxisban is dolgozik*. Ezt a hivatalos távollemárádást a klinikai gyakorlatok alatt a háziiorvossal és klinikai ttorral is előre egyeztetni kell. Az oktató háziiorvos (tutor) folyamatosan figyelemmel kíséri rezidense munkáját a klinikai gyakorlat alatt is.

A rezidensek havonta egy alkalommal fél napos intézeti képzésen, *Referálón* vesznek részt, amely hagyományos folyóirat referálóból és/vagy esetmegbeszélésből áll. Az intézeti képzésre minden hónap első szerdáján kerül sor, az intézet oktató termében. A rezidensek számára a részvétel kötelező, oktató háziiorvosaink (tutoraink) személyes jelenlétét is kívánatosnak tartjuk.

A rezidensek a rendeletben meghatározott oktatási elemeken túl további szakma specifikus akkreditált

II/9. ábra: PTE szakvizsgázók száma (fő), 2008-2018



képzéseken vesznek részt, pl. Házi orvos ügyeletes tanfolyam, EKG tanfolyam, stb.

3. Törzsképzési záróvizsga - részvizsga

A szakgyakorlati képzés megkezdésének rendeltében meghatározott előfeltétele a részvizsga, vagy törzsképzési záróvizsga sikeres teljesítése.

A részvizsga követelményei:

- Négy felnőtt és egy gyermek esettanulmány elkészítése
- Felnőtt és gyermek gyakorlati vizsga oktató praxisban
- Elméleti vizsga

4. Szakgyakorlati képzés (8 hónap)

Házi orvosi körzetben tutor irányítása mellett, ebben 2 hó falusi praxisgyakorlat.

Feladatok:

- Házi orvosi szakgyakorlat a családorvos (házi gyermekorvos) tutor irányítása mellett
- Részvétel ügyeletekben: 100 óra/8 hónap házi orvosi ügyelet
- Részvétel 1 alkalommal 25 órás házi orvosi kötelező továbbképzésen

- Részvétel (1 alkalom/hónap) fél napos szakmai összejövetelen (referálón) a Családorvostani Tanszék szervezésében, melyen esetmegbeszélések, folyóirat-referálás, a praxisvezetéssel vagy betegellátással kapcsolatos problémák megbeszélése, stb. történik.
- Havonta egyszer oktatói/hallgatói írásbeli beszámoló (feedback) készítése a tanulási folyamat körülményeiről

5. Szakvizsga

A Nemzeti Vizsgabizottsággal egyeztetve szervezzük a szakvizsgát a 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet szerint.

Követelmények:

ESETTANULMÁNYOK

Négy felnőtt és egy gyermek esettanulmány elkészítése. Az esettanulmány általában egy érdekes, vagy szokatlan betegkörtörténet leírását jelenti. A készítésének célja kettős, a másoknak is tanulságos eset kiválasztása mellett a jelölt ezzel is bizonyítja az önálló szakmai tevékenységre való alkalmasságát.

GYAKORLATI VIZSGA

Első nap felnőtt gyakorlati vizsga oktató praxisban. Második nap gyermekpraxisban gyakorlati vizsga, illetve a gyermekgyógyászati tételt kell kifejteni.

A gyakorlati vizsga értékelésének szempontjai:

- A beteg súlyossági állapotának megítélése
- Anamnézis felvétele
- Fizikális vizsgálat
- Vizsgálatok indikálása
- Leletek értékelése
- Differenciál diagnosztikai készség
- Terápiás elvek
- Kommunikációs készség
- Rendeletek, előírások ismerete
- Prevenció - gondozás
- Holisztikus szemlélet

ELMÉLETI VIZSGA

Az elméleti vizsga első részében az esettanulmányokhoz kapcsolódóan kapnak kérdéseket a vizsgázók, azután a felnőtt tételsorból egy tételt kell kifejtíteniük és végül EKG-t kell elemezniük.

II./5.4. Szeged

A háziórvostan-rezidensek képzése az ország többi képzőhelyéhez hasonlóan a Szegedi Tudományegyetemen is az *egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről* szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendeletben szabályozottak szerint történik.

Évente körülbelül 20 fő kezdi meg az Intézet koordinálásával a háziórvostan-szakképzést. A rezidensek egy része közvetlenül az egyetemi végzést követően kezdi meg a szakképzését, azonban jelentős azok aránya, akik hosszabb-rövidebb kihagyást követően vagy egyéb orvosi pályát követően döntenek a háziórvoslás mellett. A szakképzés egyik legfőbb erősségének az *„1 rezidens – 1 tutor” rendszer* tekinthető. A kötelező szakképzési elemeken túl a rezidensek elméleti képzésére, valamint a kollegiális kapcsolatok erősítésére, jellemzően *havonta egy alkalommal, szombati napokon* megrendezett előadás sorozatok keretében kerül sor. A képzés egyik legkedveltebb és legjelentősebb eleme a két évente megrendezésre kerülő (így minden rezidensnek alkalma nyílik részt venni rajta a képzési időszak alatt) *1 hetes Rezidens tréning*. A képzést záró *háziórvostan szakvizsgára* évente mintegy 30 fő jelentkezik az intézetben. Ellentétben a képzési programmal, a *szakvizsga* lebonyolításában jelentősebb különbségek figyelhetők meg az egyes tanszékek között.

Évente körülbelül 15 fő kezdi meg az Intézet koordinálásával a háziórvostan szakképzést. Arról nem áll rendelkezésre információ, hogy a jelentkezők egyéb képzőhelyre jelentkeznek-e, azonban az látható, hogy a háziórvosi helyekre, habár a pályázók száma csökkenő tendenciát mutat, jóval többen jelentkeznek, mint ahányan később megkezdik a szakképzést (II./10. ábra).

A rezidensek egy része közvetlenül az egyetem elvégzését követően kezdi meg a posztgraduális háziórvostan-képzést, azonban jelentős azok aránya, akik hosszabb-rövidebb kihagyást követően vagy egyéb orvosi specializációt követően döntenek a háziórvoslás mellett. Ennek következtében igen sokféle háttérrel, motivációval, illetve felkészültségi szinttel kezdik meg a képzésüket.

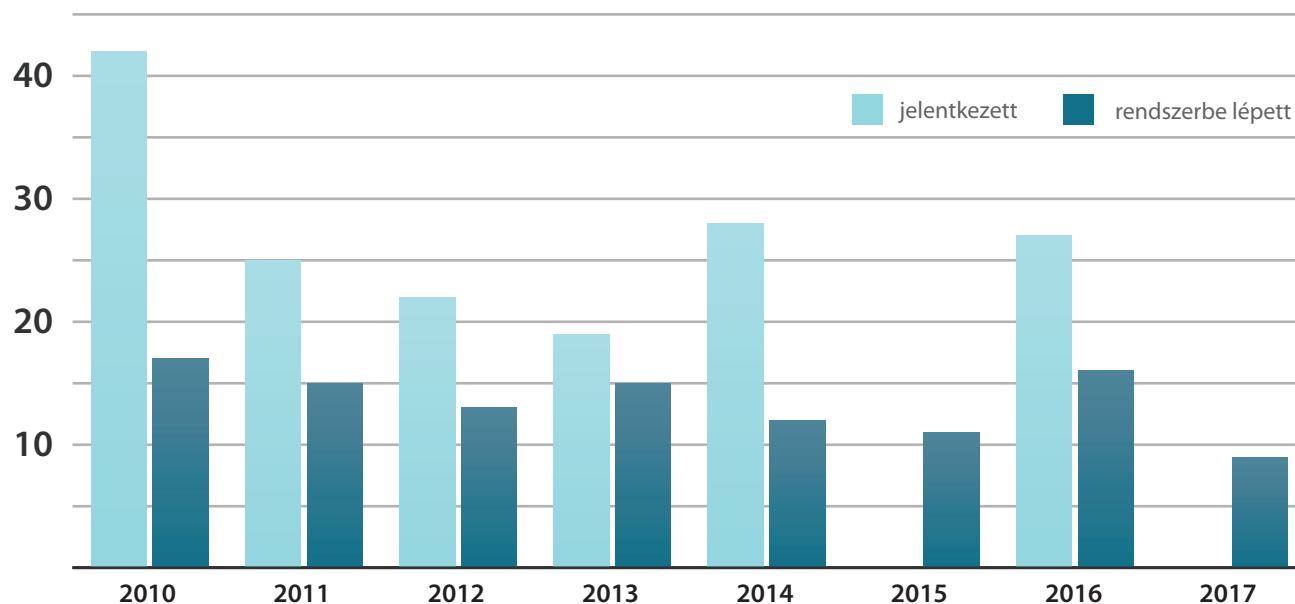
A felvételi eljárás egy szóbeli elbeszélgetésből, vizsgából áll, amely során egy három tagú bizottság előtt kell a leendő rezidensnek megjelennie. Ennek keretében szakmai kérdéseken túl, elsősorban a háziórvosi pályával kapcsolatos elképzelések, motivációk képezik a beszélgetés témáját.

A háziórvostan rezidensek képzése az ország többi képzőhelyéhez hasonlóan a Szegedi Tudományegyetemen is az *egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről* szóló „22/2012. (IX. 14.) EMMI rendeletben szabályozottak szerint történik. A háziórvostan szakképzés 28 hónapos törzsképzési időszakból, valamint 8 hónapos szakgyakorlati időből áll.

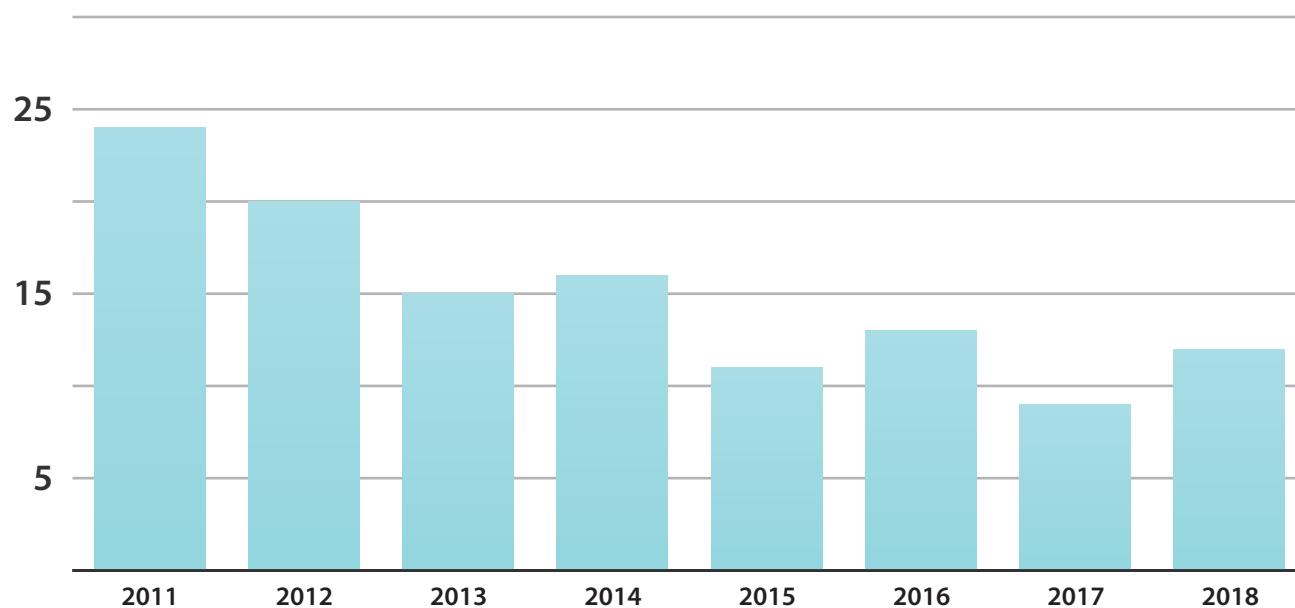
A szakképzés egyik legfőbb erősségének az *„egy rezidens egy tutor” rendszer* tekinthető. Minden rezidens, a képzési időszak megkezdése előtt, választ egy oktató háziórvost, akinek a „mentorálásával” a képzését teljesíti. Azon túl, hogy a háziórvosi praxisgyakorlatok a tutor oktató praxisában kerülnek teljesítésre, az egyéb helyszínen végzett gyakorlatok során is lehetőség van a kapcsolat fenntartására. Ez a modell lehetőséget teremt egy szakmailag, valamint emberileg is nagyon értékes „tanár – tanítvány”, illetve kollegiális kapcsolat kialakítására.

A kötelező szakképzési elemeken túl a rezidensek elméleti képzésére, valamint a kollegiális kapcsolatok erősítésére, jellemzően *havonta egy alkalommal, szombati napokon megrendezett* előadás sorozatok keretében kerül sor. Ezek keretében részben háziórvos kollégák, részben egyéb szakterületek specialitásai számolnak be a legjelentősebb szakmai információkról. A program egy része gyakorló háziórvosok számára is nyitott, és szakmai továbbképző, illetve kötelező szintentartó rendezvényként is szolgál, míg egyes témák kizárólag a rezidensek számára kerülnek meghirdetésre.

II/10. ábra: Háziiorvostan-képzésbe jelentkezők, illetve belépők száma (fő)
Szeged Családorvosi Intézet és Rendelő



II/11. ábra: A háziiorvos-szakképzésben részvizsgát (korábban licencvizsgát) letettek száma (fő)
Szeged Családorvosi Intézet és Rendelő



A képzés egyik legkedveltebb és legjelentősebb eleme a kétévente megrendezésre kerülő (így minden rezidensnek alkalma nyílik részt venni rajta a képzési időszak alatt) *1 hetes Rezidens tréning*. A legmodernebb oktatási módszereket felhasználva, a régió oktató háziiorvosainak vezetésével, meghívott vendégelőadókkal kiegészülve a rezidensek birtokába kerülnek a szükséges, háziiorvos-specifikus gazdasági, kommunikációs, etikai, jogi, tudományos ismereteknek.

A törzsképzési időszak részeként valamennyi rezidens számára kötelező az *1 hónapos törzsképzési tanfolyam*, melynek keretein belül számos háziiorvosi vonatkozású téma is ismertetésre kerül. A IV. évfolyamos orvos-beteg kommunikációs gyakorlathoz hasonlóan, ismételten lehetőség nyílik szimulált páciens segítségével, oktató háziiorvosi praxisokban ezúttal a nem kívánatos események, illetve a tájékozott beleegyezés kommunikációjának a gyakorlására.

A törzsképzési időszakot követően a rezidensek *házirovostan licencvizsgát* tesznek. Az elnevezés némileg megtévesztő, azonban ez a vizsga nem függ össze a különböző, szakvizsgákra ráépíthető, plusz képesítést adó licencekkel (pl. hipertoniológia, diabetológia). A vizsga egy háromtagú bizottság előtt zajlik, melynek az egyik tagja gyermekgyógyász szakorvos. A rezidensnek a gyakorlati ideje során szerzett tapasztalatai alapján öt darab esettanulmányt – melyből legalább egy gyermekgyógyászati témájú – kell készítenie és a vizsgán előadnia. Ezt követően a tételsor alapján elméleti vizsga következik.

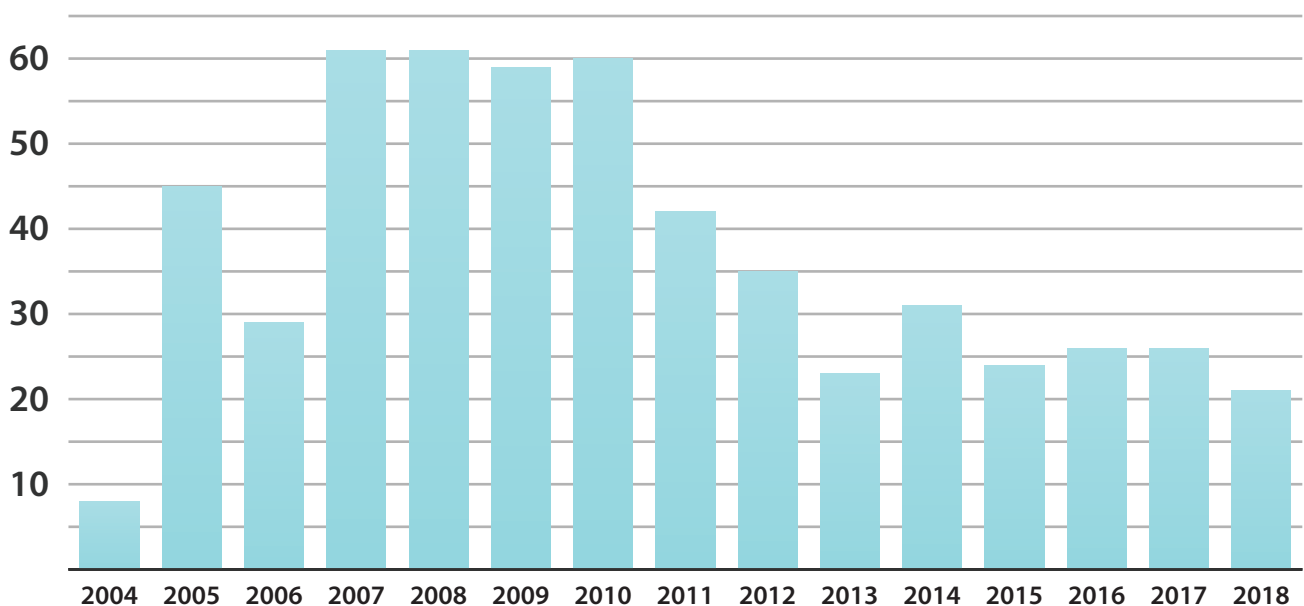
A szakgyakorlat befejezte után nyílik lehetőség *házirovostan szakvizsga* letételére. Látható (II./12. ábra), hogy a szakvizsgázók száma évről évre meghaladja a képzésben résztvevők számát, melynek magyarázata, hogy egyéb képzőhelyekről is szoktak bejelentkezni szakorvosjelöltek szakvizsgázni. Ellentétben a képzési programmal, a *szakvizsga* lebonyolításában jelentősebb különbségek figyelhetők meg az egyes tanszékek között. Szegeden a vizsga három részből áll: a licencvizsgához hasonlóan előre elkészítendő öt darab esettanulmány; a második része egy gyakorlati vizsga, amely előre meghatározott tematika mentén, igazságügyi orvostani témában, az Igazságügyi Orvostani Intézetben kerül lebonyolításra; végül elméleti vizsga következik, amely a Medicus Anonymus

1999/3. kiadásának mellékleteként megjelent tételsor alapján, valamint a házirovostan témáján belül kötetlen szakmai beszélgetés formájában zajlik egy háromtagú bizottság előtt, amelynek az egyik tagja gyermekgyógyász szakorvos.

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet megbízásából készült kutatás („Kutatás és kérdőíves felmérés házirovosi presztízs-növelés megalapozásához”) számos fontos információt nyújt a szegedi házirovostan szakképzéssel kapcsolatban, melyeket érdemes áttekinteni:³⁵

- 2016-ban 138 oktató praxis tartozott a Tanszékhez, és 37 praxisban dolgozott rezidens. Általános jelenség, hogy egyes praxisok folyamatosan oktatnak rezidenseket, míg mások akár évekig nem, így kvázi „virtuális oktató praxisokként” működnek.
- A 28 hónapos törzsképzési gyakorlatban 5 hónap házirovosi gyakorlat szerepel. Ebből két hónap a képzés elején teljesítendő, így az elkövetkezendő mintegy két évben a rezidens mindössze három hónapot tölt a házirovosi praxisban. Szervezési, illetve pénzügyi okokból az egyéb helyeken töltött gyakorlatok ideje alatt nincs lehetőség hetente, kéthetente egy-egy napot az oktató praxisban tölteni. Ez sajnálatos, mivel hosszú idő telhet el a rezidensek életében házirovosi munka nélkül, ami nehezíti mind a szakmai, mind az érzelmi kötődés kialakulását a házirovoslás irányába.
- A külsős helyszíneken zajló gyakorlatok kapcsán, az oktató házirovosnak, illetve a Tanszéknek gyakorlatilag a technikai szervezésen kívül nincs semmilyen ráhatás arra, hogy a klinikai gyakorlatokon mi történik. Jelenleg nem biztosí-

II/12. ábra: Házirovostan szakvizsgák száma – Szegedi Családorvosi Intézet és Rendelő



tott az, hogy a háziiorvosi rezidens a későbbi munkájához szükséges ismereteket szerzi meg a klinikumban.

- A szakgyakorlati idő egyik kritikus eleme a 2 hónapos falusi praxisgyakorlat. Általánosságban elmondható, hogy a „falusi” praxisgyakorlat megszervezése – elsősorban forrás problémák és logisztikai hiányosságok miatt – igen nehézkes, legtöbb esetben adminisztratív módon oldják meg a gyakorlat letöltését. Ezzel kapcsolatban felvetődött a rendelet módosítása iránti igény. Azonban az elégtelen lehetőségek miatt a falusi praxisgyakorlat létjogosultságának és szükségességének a kétségbevonása nem célszerű. A leendő háziiorvosok jelentős része falusi praxisban fogja gyakorolni a hivatását, így a képzés átalakítása helyett a szükséges források megteremtése és rendszerek kialakítása kell, hogy legyen a járható út, melyben többek között a létrejövő praxisközösségek is segíthetnek.

II./5.5. Összefoglalás

A háziiorvostan szakorvosképzés mindegyik egyetemen az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet alapján történik. A törzsképzési program (28 hónap) előírt gyakorlatainak eredményes telje-

sítését követően a rezidensek részvizsgát tesznek, sikeres részvizsga esetén következik a szakgyakorlati képzés (6+2 hónap).

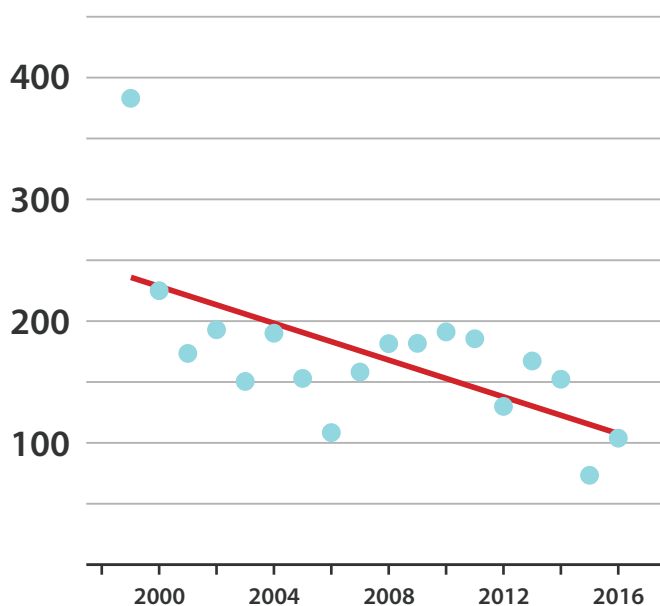
Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) adatai alapján készített II./13. ábrán látható, hogy csökkent a háziiorvostan szakvizsgát szerzettek száma Magyarországon 1999 és 2016 között.

A II./14. ábrán pedig látható, hogy nőtt az első szakvizsgaként háziiorvostan szakvizsgát szerzők részaránya az összes háziiorvostanból szakvizsgázó között.

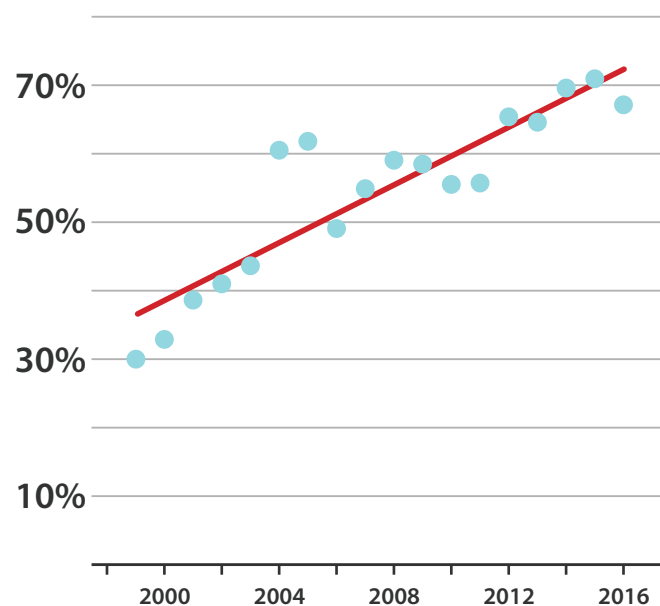
A háziiorvosképzés akkreditált képzőhelyeken, tutorok irányításával történik, a rendeletben meghatározottak alapján, a Tanszékek felügyelete és irányítása mellett. A kötelező gyakorlatok mellett a rendszeresen szervezett kötelező rezidensi találkozók, előadások biztosítják a családorvoslással való folyamatos kapcsolatot, illetve segítenek a rezidenseknek a tudásuk szélesítésében. A heti rendszerességű fél napos háziiorvosi gyakorlattal biztosítható a rezidensek betegellátásban való részvétele, és a szakma sajátosságainak megismerése. Mindenhol megvalósul az 1 hallgató – 1 oktató modell, mely a leghatékonyabb képzést teszi lehetővé.

Az egyetemek között abból származhat az eltérés, hogy a rendelethez képest milyen egyéb követelményeket fogalmaznak meg a rezidensekkel szemben, amik az alábbi felsorolásban láthatók.

II/13. ábra: A háziiorvostan szakvizsgák száma 1999 és 2016 között Magyarországon³⁶



II/14. ábra: Az első szakvizsgaként háziiorvostan szakvizsgát szerzők részaránya (%-ban) az összes háziiorvostanból szakvizsgázó között³⁷



Budapest:

- a klinikai képzés alatt hetente fél nap háziiorvosi praxisban;
- a havonta rezidens referáló, és megbeszélés, egy előadás tartása minden rezidensnek kötelező;
- évente két alkalommal kötelező részvétel a Sasfiók Klubon;
- ajánlott részvétel a Családorvosi Tanszék által havonta szervezett szombati továbbképzéseken;
- egy hetes gyermekgyógyászati szeminárium;
- két hetes sürgősségi tanfolyam

Debrecen:

- 2 hetente kötelező konzultáció a rezidenseknek;
- a klinikai képzés alatt hetente fél nap háziiorvosi praxisban.

Pécs:

- a klinikai képzés alatt hetente fél nap háziiorvosi praxisban;
- havonta egy alkalommal, kötelező fél napos képzés (folyóirat referáló és/vagy esetszótárbeszélés);
- részvétel 1 alkalommal 3 napos háziiorvosi kötelező szintentartó továbbképzésen;
- ajánlott a "Családorvos képzés és továbbképzés" helyi rendezvényein való részvétel;
- részvétel ügyeletekben.

Szeged:

- havonta egy alkalommal megrendezésre kerülő előadás sorozatok;
- 1 hetes Rezidens tréning, melyet kétfévente rendeznek meg.

A rezidensekkel szemben megfogalmazott követelményeken kívül különbségek mutatkoznak a részvizsga és a szakvizsga követelményeiben és a vizsgák lebonyolításában is az egyetemek között. A részvizsga esetében minden tanszéken esettanulmányokat kell leadni, utána következik a szóbeli vizsga, illetve a budapesti Tanszéken ezt még írásbeli számonkérés is megelőzi. Minden egyetemen a szakvizsgának része az esettanulmányok leadása, illetve a gyakorlati és elméleti vizsga. A különbözőségek a gyakorlati vizsga követelményeiből és az elméleti vizsga tételsorából származhatnak.

A RÉSZVIZSGA MENETE:

Budapest:

- 3 db esettanulmány felnőtt praxisból;
- írásbeli vizsga (tesztírás, 2 EKG elemzése, egészségnevelési esszé írása);
- szóbeli vizsga (3 tagú vizsgabizottság, tagjai: Tanszékvezető vagy helyettese, Tanszék belső munkatársa(i), és/vagy Tanszék külső munkatársa.

Debrecen:

- 3 db esettanulmány;
- szóbeli vizsga 3 tagú bizottság előtt (tanszékvezető és/vagy helyettese, tanszék belső munkatársai).

Pécs:

- 4 db felnőtt + 1 db gyermekgyógyászati esettanulmány;
- gyakorlati vizsga: 1 betegvizsgálat felnőtt és 1 betegvizsgálat gyermek praxisban;
- szóbeli vizsga 3 tagú bizottság előtt (tanszékvezető és/vagy helyettese, tanszék belső munkatársai): ezen belül felnőtt tétel, gyermek tétel, EKG elemzés, társadalombiztosítás és gazdasági ismeretek.

Szeged:

- 5 db esettanulmány (legalább 1 gyermekgyógyászatból);
- szóbeli vizsga (3 tagú vizsgabizottság).

SZAKVIZSGA MENETE (az előírások szerint a gyakorlati vizsgának minimum 2 naposnak kell lennie):

Budapest:

- 3 napos;
- 5 db esettanulmány (egy gyermekgyógyászatból);
- Az első két napon gyakorlati vizsgák:
 - sürgősségi betegellátás,
 - egészségnevelési esszék,
 - laboratóriumi diagnosztika
 - 2 EKG elemzése és a diagnózis felállítása,
 - társadalombiztosítási, gazdasági, praxisszervezési, jogi ismeretek;
- harmadik nap: szóbeli vizsga: egy felnőtt és egy gyermekgyógyászati tétel;
- a vizsgabizottság 3 tagú, tagjai: Tanszékvezető vagy helyettese, Tanszék belső munkatársa vagy Tanszék külső munkatársa, illetve egy gyermekgyógyász szakorvos.

Debrecen:

- 5 db esettanulmány (egy lehetőleg gyermekgyógyászatból);
- 5 napos gyakorlati vizsga tutornál körzetben;
- elméleti vizsga, 1 napos:
 - írásbeli vizsga, megadott minimumkérdésekből,
 - EKG elemzés,
 - szóbeli vizsga, tételsor alapján, háromtagú bizottságnál (tanszékvezető és/vagy helyettese, tanszék munkatársai).

Pécs:

- 3 napos;
- 4 db felnőtt + 1 db gyermekgyógyászati esettanulmány;
- gyakorlati vizsga: 1 betegvizsgálat felnőtt és 1 betegvizsgálat gyermek praxisban;
- szóbeli vizsga 3 tagú bizottság előtt (tanszékvezető és/vagy helyettese, tanszék belső munkatársai): ezen belül felnőtt tétel, gyermek tétel, EKG elemzés, társadalombiztosítás és gazdasági ismeretek.

Szeged:

A vizsga három részből áll:

- 5 db esettanulmány;
- Gyakorlati vizsga, igazságügyi orvostani témában;
- Elméleti vizsga a Medicus Anonymus 1999/3. kiadásának mellékleteként megjelent tételsor alapján egy háromtagú bizottság előtt, melynek egyik tagja gyermekgyógyász szakorvos.

II./6. További képzési formák

Jelen alfejezet célja összefoglalni mindazokat a házi orvosok számára kötelező vagy választható képzési formákat, melyek a szakvizsga megszerzésén kívül a házi orvosok továbbképzését jellemzik.

Módszertan

A továbbképzésekre vonatkozó aktuális jogszabályok letöltése a magyarorszag.hu Kormányzati Portál Jogszabálykereső szolgáltatásán keresztül történt.

A képzésekre vonatkozó adatokat az OFTEX (www.oftex.hu) rendszerből gyűjtöttük ki. A portál célja, hogy a hatályos rendeleteknek megfelelően az orvosi egyetemekhez regisztrált, folyamatos szakmai továbbképzésben résztvevők számára felületet biztosítson a tanfolyamok keresésére, a jelentkezésre és a továbbképzési pontjaik nyomon követésére, valamint felületet biztosítson az orvosegyetemek által validált tanfolyamszervezők számára képzéseik meghirdetésére, és a sikeresen vizsgázók egyéni kreditpontjainak elküldésére az orvosegyetemek felé. Az oldalon a tanfolyamok/kongresszusok típusonként keres-

hetők (Általános keresés/Szakmai kollégium szerint/Speciális keresések/Kötelező szintentartó/Szakma szerinti/Távoktatásos tanfolyamon), és az órarendek (Témák és oktatók) is elérhetőek.³⁸

A PhD témákra vonatkozóan az Országos Doktori Tanács <https://doktori.hu/> oldalon elérhető adatbázisát használtuk, ahol lehetőség van kutatási téma szerint keresni a témakiírások között. Összefoglalónkban a „házi orvos” és „családorvos” keresőszóra leszűrt, releváns PhD témakiírásokat elemeztük.³⁹

II./6.1. Kötelező szintentartók, élethossziglani tanulás

A NEFMI 64/2011. (XI. 29.) rendelete⁴⁰ alapján minden egészségügyi tevékenységet végző orvos továbbképzésre kötelezett személy, aki folyamatos szakmai továbbképzésben köteles részt venni. Egy továbbképzési időszakban, melynek hossza 5 év:

- a szakképesítésének megfelelő, szakterületenként szervezett kötelező szintentartó továbbképzésen,
- szabadon választható elméleti továbbképzésen és
- gyakorlati továbbképzésen kell részt vennie.

A továbbképzésre kötelezettnek egy továbbképzési időszakban szakképesítésenként legalább 250 pontot kell teljesítenie.

A továbbképzésekkel kapcsolatos feladatokat a Semmelweis Egyetem Szak- és Továbbképzési Igazgatósága,⁴¹ a DE ÁOK DH Szak- és Továbbképzési Központja,⁴² a SZTE ÁOK Szak- és Továbbképzési Központja,⁴³ valamint a PTE ÁOK Szak- és Továbbképző Központja⁴⁴ látja el. Ezek a feladatok a következők: kötelező szakmai továbbképzésben résztvevők regisztrációja, regisztráltak kreditpontjainak nyilvántartása, teljesítési igazolás kiállítása; kötelező szintentartó továbbképzések szervezése; szabadon választható elméleti továbbképzések minősítése; az egyéni tudományos tevékenység, szakmai célú tanulmányút, az intézményen belül szer-

vezett továbbképzések pontértékének megállapítása; gyakorlati továbbképzés pontértékének megállapítása, elismerése; külföldön teljesített továbbképzés elismerése és igazolása.

Az egy továbbképzési időszakban megszerzendő 250 pontból legalább 50 pontot kötelező szintentartó továbbképzés teljesítésével kell megszerezni. Amennyiben valaki több szakképesítésnek megfelelő szakmát önállóan gyakorol, az általa teljesített kötelező szintentartó továbbképzés pontértéke valamennyi olyan szakképesítése tekintetében elismerésre kerül, amely a teljesített továbbképzés célcsoportjában szerepel. A kötelező szintentartó továbbképzés legalább 25 óra időtartamú, írásbeli tudás-szintfelmérő teszttel zárul. Egy továbbképzési időszak alatt egy kötelező szintentartó továbbképzésen történő részvétel a vonatkozó rendelet szerint térítésmentes.

Kötelező szintentartó továbbképzést az egészségügyi felsőoktatási intézmények, és az adott szakma szerinti országos szakmai intézmények szervezik és bonyolítják le oly módon, hogy valamennyi szakképesítés tekintetében legalább évente egy kötelező szintentartó tanfolyam meghirdetésre kerüljön. A képzést végző intézmények javaslatára az egészségügyért felelős miniszter legalább 5 évenként meghatározza a kötelező szintentartó továbbképzések kiemelt témaköreit. A reanimáció kötelező továbbképzési elem.

Az 5 éves cikluson belül a képzésre kötelezett házi orvosnak a kötelező szintentartó tanfolyamon túl szabadon választható elméleti továbbképzéseken is részt kell vennie, melyek lehetnek

- minősített elméleti továbbképzési tanfolyamok,
- munkahelyen belül szervezett rendszeres továbbképzés,
- szakmai célú tanulmányút,
- az adott szakterületen végzett tudományos tevékenység, és
- egyéni továbbképzés.

Szakképesítésenként legalább 25 pontot olyan minősített elméleti továbbképzési tanfolyamok teljesítésével kell megszerezni, amelyek a célcsoportjában a továbbképzésre kötelezett szakképesítés szerepel. Szabadon választható elméleti továbbképzési tanfolyamot bármely gazdálkodó szervezet szervezhet, a tanfolyam pontértékéről a Szakmai Kollégium illetékes tagozata és az

Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács javaslata alapján az Állami Egészségügyi Ellátó Központ főigazgatója dönt.

Gyakorlati továbbképzés teljesítéséhez a továbbképzésre kötelezettnek legalább 3 évet kell hazai vagy külföldi foglalkoztatónál a szakképesítése (szakképesítései) szerinti szakterületnek megfelelő munkakörben eltöltenie. A gyakorlatot a foglalkoztató, ennek hiányában a működési engedély kiállítója vagy személyes közreműködő esetén az illetékes egészségügyi államigazgatási szerv igazolja. Egy év gyakorlati idő értéke 20 pont, gyakorlati továbbképzés keretében legfeljebb 100 továbbképzési pont ismerhető el.

A 2010 és 2015 közötti továbbképzési ciklus tapasztalatai

A 2015-ben lezárult továbbképzési ciklusban 194 kötelező szintentartó tanfolyam került meghirdetésre az OFTEX portálon⁴⁵ házi-orvostan szakképesítés esetében a négy egyetem részéről az alábbi táblázatban közölt megoszlásban.⁴⁶

A kötelezően és szabadon választható pontszerző tanfolyamok kategóriában meghirdetett⁴⁷ képzések száma házi-orvostan szakképesítés esetében 3959 volt az ötéves ciklus során.⁴⁸

II/16. táblázat: Kötelező szintentartó tanfolyamok száma házi-orvostan szakképesítés esetében képző egyetemek és évek szerint (2010/II. – 2015/I.)

Képzőhely	Tanfolyamok száma	Tanfolyamok megoszlása
Debreceni Egyetem ÁOK DH Szak- és Továbbképzési Központ	78	40,2%
Pécsi Tudományegyetem ÁOK Szak- és Továbbképző Központ	33	17,0%
Semmelweis Egyetem Semmelweis Egyetem Szak- és Továbbképzési Igazgatóság	15	7,7%
Szegedi Tudományegyetem Szegedi Tudományegyetem ÁOK Szak- és Továbbképzési Központ	68	35,1%
Összesen:	194	100,0%

II/17. táblázat: Kötelezően választható és szakma szerint szabadon választható pontszerző tanfolyamok száma házi-orvostan szakképesítés esetében képző egyetemek és évek szerint (2010/II. – 2015/I.)

Képzőhely	Tanfolyamok száma	Tanfolyamok megoszlása
Debreceni Egyetem ÁOK DH Szak- és Továbbképzési Központ	819	20,7%
Pécsi Tudományegyetem ÁOK Szak- és Továbbképző Központ	746	18,8%
Semmelweis Egyetem FOK Szak- és Továbbképzési Titkárság	29	0,7%
Semmelweis Egyetem Semmelweis Egyetem Szak- és Továbbképzési Igazgatóság	1265	32,0%
Szegedi Tudományegyetem Szegedi Tudományegyetem ÁOK Szak- és Továbbképzési Központ	1083	27,4%
Szegedi Tudományegyetem Fogorvostudományi Kar	17	0,4%
Összesen:	3959	100,0%

Az aktuális továbbképzési ciklusról

A jelenlegi továbbképzési időszak 2015 és 2020 között zajlik. A NEFMI 64/2011. (XI. 29.) rendelet 3. § (7) bekezdése szerint a képzést végző intézmények javaslatára az egészségügyért felelős miniszter legalább öt évenként meghatározza a kötelező szintentartó továbbképzések kiemelt témaköreit és az általa vezetett minisztérium honlapján közzéteszi. A 2015 és 2020 közötti továbbképzési időszak házi orvos kötelező szintentartó továbbképzések témaköreire csak a Semmelweis Egyetem dolgozott ki javaslatot, és kiemelt témakörökként

1. a reanimáció – sürgősségi ellátás a családorvoslásban,
2. a felnőttek oltásai – az immunizálás fontossága a betegségek megelőzésében,
3. immunológiai és allergológiai betegségek családorvosi vonatkozásai,
4. kardiovaszkuláris betegségek prevenciója,
5. aktualitások a kardiovaszkuláris megbetegedések vonatkozásában,
6. hipertónia – aktualitások,
7. a 2-es típusú diabétesz mellitusz korszerű kezelése témaköröket javasolta.⁴⁹

Az egészségügyért felelős miniszter (jelenleg egészségügyért felelős államtitkár) azonban kiemelt témaköröket nem hirdetett meg.

2015-ben 29, 2016-ban 30, 2017-ben és 2018-ban 32-32, 2019-ben pedig 29 kötelező szintentartó tanfolyamot hirdetett a négy orvosi egyetem az OFTEX portálon keresztül a házi orvostan szakképesítés vonatkozásában. Tapasztalatok szerint a képzési ciklus elején viszonylag kevesen jelentkeznek a tanfolyamokra, jellemzően az időszak végén jelentkezik tömeges igény. Áttekintésünkben a továbbiakban a 2017-es év tanfolyamait elemeztük részletesebben.

2017-ben összesen 26 kötelező szintentartó képzés került az OFTEX rendszerben házi orvostan szakképesítés esetében. Ebből 18 képzést a Szegedi Tudományegyetem ÁOK Szak- és Továbbképzési Központ, 5 képzést a PTE ÁOK Szak- és Továbbképzési Központ, 2 tanfolyamot a Debreceni Egyetem ÁOK DH Szak- és Továbbképzési Központ, egyet pedig a Semmelweis Egyetem Szak- és Továbbképzési Igazgatóság hirdetett meg.

Az órarendek áttekintése alapján összehasonlítottuk a négy egyetem Szak- és Továbbképzési Központjai által indított tanfolyamok tartalmát. A Szegedi Tudományegyetem ÁOK Szak- és Továbbképzési Központ által meghirdetett 18 képzésből 9-et a SZTE Családorvosi Intézet és Rendelő szervezett. Ezek tartalma a belgyógyászati szakterületek (kardiológia, pulmonológia, gasztroenterológia, diabetológia, endokrinológia, hematológia) témaköreit, a reanimációt, a házi orvoslás specifikus kérdésköreit, valamint a reumatológia, az infektológia, a gyermekgyógyászat, a traumatológia, a nőgyógyászat, a bőrgyógyászat, az addiktológia, az urológia, az onkológia, a palliatív orvoslás, a pszichiátria és a gyermekgyógyászat szakmai területek egy-egy fontosabb témakörét is magába foglalta. További 9, a házi orvosok számára a Házi Orvosi Szakmai Kollégium által jóváhagyott tanfolyam is meghirdetésre került. A SZTE ÁOK Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika modern audiológia és otoneurológiai vizsgáló módszerek témakörben két tanfolyamot szervezett, a SZTE ÁOK Sebészeti Klinika sebészeti onkológia témakörben tartott egy alkalommal továbbképzést, a SZTE ÁOK Igazságügyi Orvostani Intézete két alkalommal egészségbiztosítás témakörben, a SZTE Gyermekgyógyászati Klinika pedig szintén két alkalommal gyermek- és újszülöttgyógyászati témában szervezett szintentartó tanfolyamot. A SZTE 1. sz. Belgyógyászati Klinika az infektológia határterületei témában, míg a SZTE Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika a Szegedi Bőrgyógyászati Továbbképzési Napok keretében a fontosabb bőrgyógyászati betegségek témájában rendezett továbbképzést. Ezen továbbképzések tartalma az adott szakterületre jellemző speciális témaköröket és a reanimáció témakörét foglalta magában.

A Pécsi Tudományegyetem Alapellátási Intézete négy kötelező házi orvos szintentartó tanfolyamot szervezett. Két tanfolyam esetében a jelentősebb belgyógyászati szakterületek (kardiológia, pulmonológia, gasztroenterológia, diabetológia, endokrinológia, nephrológia, hematológia) témaköreit, a házi orvoslás speciális kérdéseit, a reanimáció, reumatológia, infektológia, immunológia, farmakológia, neurológia, palliatív orvoslás, addiktológia, bőrgyógyászat szakterületeket érintő témákat prezentáltak. A másik két tanfolyamon pedig a belgyógyászati szakterületek (kardiológia, pulmonológia, gasztroenterológia) témaköreit, a reanimáció és a házi orvoslás aktuális kérdései mellett kifejezettebb hangsúlyt kaptak a házi orvosi gyakorlat szempontjából

fontos jogi ismeretek. Ezen kívül a PTE ÁOK Sebészeti Oktató és Kutató Intézete is szervezett házi orvosok számára is elismert (a Házi Orvosi Szakmai Kollégium által jóváhagyott) tanfolyamot, melynek tartalma elsősorban a vénák-, artériák-, nyirokerek sebészetének speciális kérdésköreit, a diabetes mellitus érrendszeri szövődményeinek kezelését, valamint a reanimáció témakörét foglalta magában.

A Debreceni Egyetem Családorvosi és Foglalkozás-Egészségügyi Tanszéke által tartott két házi orvos kötelező szintentartó tanfolyam közül az egyik tartalmilag felölelte a jelentősebb belgyógyászati szakterületek (kardiológia, pulmonológia, gasztroenterológia, diabetológia, endokrinológia, nephrológia) témaköreit, valamint kiegészült a reanimáció, a házi orvos prevenció, a reumatológia, infektológia, gyermekgyógyászat, neurológia, fül-orr-gége szakmai területek egy-egy témáival. A másik tanfolyamon részletesebben prezentált témakörök a diabetológia-endokrinológia, a neurológiai betegségek, az immunológia-allergológia, a kardiometabolikus betegségek és az egyéb szakmák (nőgyógyászat, urológia, orr-fül-gége, nephrológia) vonatkozó témái voltak, valamint a reanimáció.

A Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszéke által szervezett házi orvos kötelező szintentartó tanfolyam az egyetem által már korábban javasolt témaköröket tartalmazta, és kiegészült a társszakmák egyéb témáival (urológia, gyermekgyógyászat, reumatológia), a reanimáció, valamint a házi orvoslás speciális kérdésköreivel.

Összefoglalásként megállapítható, hogy a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszéke, a Debreceni Egyetem Családorvosi és Foglalkozás-Egészségügyi Tanszéke, a Pécsi Tudományegyetem Alapellátási Intézete, valamint a SZTE Családorvosi Intézet és Rendelő által megszervezett kötelező házi orvos továbbképző tanfolyamok tematikája nagymértékben hasonlít, igen széles körben tekintették át a házi orvos gyakorlat során előforduló akut-és krónikus belgyógyászati megbetegedések és egyéb társszakmák fontosabb betegségeinek diagnosztikus és terápiás lehetőségeit, valamint a házi orvoslás specifikus témaköreit. A PTE ÁOK Sebészeti Oktató és Kutató Intézete és SZTE ÁOK különböző intézetei és klinikái által szervezett kötelező szintentartó tanfolyamok tematikáját a Házi Orvosi Szakmai Kollégium jóváhagyta, így azok a házi orvosok számára kötelező szintentartó továbbképzésként elfogadásra kerültek. Ezen tanfolyamok tematikája elsősorban az adott szakterület speciális kérdésköreit tartalmazták.

Az áttekintett 2017-es kötelező szintentartó tanfolyamok díja 10 000 Ft-tól 60 000 Ft-ig terjedt. Bár a NEFMI 64/2011. (XI. 29.) rendelete alapján egy kötelező szintentartó továbbképzés térítésmentesen végezhető el, a biztosított finanszírozás (29 000 Ft) a teljes képzési költséget nem fedezi.

II./6.2. PhD képzések a házi orvos gyakorlatban

Napjainkra számos olyan PhD témát hirdetnek a doktori iskolák, amelyek relevánsak a házi orvos kollégák számára is. Az országban elsőként, 2010-ben a Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskola hirdetett meg házi orvosok és foglalkozás-egészségügyi szakorvosok számára témakiírásokat „Népegészségügyi jelentőségű megbetegedések kutatási lehetőségei a családorvoslásban”, „Az életkorral járó biológiai változások családorvosi jelentősége” és „A foglalkozással összefüggésbe hozható betegségek felkutatása, utánkövetése és terápiája a házi orvos gyakorlatban” címmel szervezett doktori képzés keretében.⁵⁰

Az Országos Doktori Tanács nyilvántartása szerint 2019-ben 13 releváns téma volt elérhető (azaz nyitott a jelentkezők fogadására), öt-öt a Pécsi, illetve a Szegedi Tudományegyetemen, kettő a Semmelweis Egyetemen, egy pedig a Debreceni Egyetemen (lásd a II./18. táblázatot).⁵¹

A képzésre jelentkezők szakvizsgáival kapcsolatos adatait nem regisztrálja szisztematikusan a rendszer (a szakvizsgákat meg lehet adni, de nem kötelező), így a jelentkezőkről nem tudjuk, hogy rendelkeznek-e házi orvos szakvizsgával vagy nem.

A tudományos fokozat megszerzése a házi orvosok körében azokra jellemző, akik valamelyik orvosképző egyetemhez kötődve aktívan részt vesznek az oktatásban és a tudományos életben.

A Debreceni Egyetem a Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszéken a PhD (vagy magasabb) fokozattal rendelkező munkatársak száma összesen 3 fő, közülük 2 rendelkezik házi orvos, valamint foglalkozás-egészségügyi szakvizsgával is. A két PhD képzésben részt vevő hallgató házi orvos és foglalkozás-egészségügyi szakvizsgával dolgozik.

A Pécsi Tudományegyetem ÁOK Alapellátási Intézetében összesen 6 fő rendelkezik PhD (vagy magasabb) fokozattal, és közülük a házi orvos szakképesítésű munkatársak száma 4 fő. PhD képzésben 4 fő vesz részt, ebből házi orvos 3 fő.

A Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszékén a legalább PhD fokozattal rendelkező munkatársak száma 5 fő, akiknek van háziiorvosi szakvizsgájuk is. Két munkatárs vesz részt jelenleg PhD képzésen, akik már rendelkeznek háziiorvosi szakvizsgával, valamint három rezidens.

A SZTE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő munkatársai közül 3 fő rendelkezik PhD vagy annál magasabb tudományos fokozattal, ebből két főnek van háziiorvosi szakvizsgája.

II/18. táblázat: Az Országos Doktori Tanács által nyilvántartott háziiorvosok számára releváns témavezetések az egyes egyetemeken. ⁵¹

Témavezető	Egyetem / Doktori iskola	Témavezetői tevékenysége során eddig vezetésére bízott doktoranduszok száma
Prof. Dr. Rurik Imre	DE Egészségtudományok Doktori Iskola	8
Prof. Dr. Ilyés István	DE Egészségtudományok Doktori Iskola	3
Dr. Kárpáti István	DE Egészségtudományok Doktori Iskola	1
Prof. Dr. Sándor János	DE Egészségtudományok Doktori Iskola	13
Dr. Kolozsvári László Róbert	DE Egészségtudományok Doktori Iskola	1
Prof. Dr. Balogh Sándor	PTE Egészségtudományi Doktori Iskola	5
Dr. Papp Renáta Emese	PTE Egészségtudományi Doktori Iskola	2
Dr. Sipeky Csilla	PTE Egészségtudományi Doktori Iskola	1
Dr. Csikós Ágnes	PTE Egészségtudományi Doktori Iskola	3
Prof. Dr. Kalabay László	SE Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola	2
Dr. Torzsa Péter	SE Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola	2
Prof. Dr. Varga Albert	SZTE Klinikai Orvostudományi Doktori Iskola	3
Dr. Búzás Norbert	SZTE Klinikai Orvostudományi Doktori Iskola	3

II./7.

Magyar nyelvű háziorvostan tankönyvek

Jelen alfejezet célja, hogy bemutassa az elmúlt évtizedek háziorvos-képzésének szakirodalmi hátterét. Az irodalom-keresés során szinte csak a budapesti családorvosi tanszékhez köthető forrásokat találtunk

Az általános orvostan sajátos kérdései, 1978

Ahogy elkezdett önálló diszciplínává kristályosodni a háziorvoslás, úgy jelent meg az igény arra is, a háziorvosi ismereteket önálló szakkönyv foglalja össze. Andor Miklós és Szatmári Marianna közös munkájából született meg ez az úttörő munka, melynek fő célkitűzése a háziorvos speciális helyzetének, kompetenciáinak tisztázása. A könyvön erősen érezhető Bálint Mihály magyar származású pszichoanalitikus hatása, az orvos–beteg kapcsolat, mint alapvető értelmezési keret jelenik meg (Szatmári Marianna a magyar pszichoszomatikus orvoslás úttörő egyénisége, a Bálint-csoport mozgalom meghatározó alakja volt).

Körzeti orvosi ismeretek, 1984

1984-ben jelent meg a Körzeti Orvosi Ismeretek című mindössze 150 oldalas egyetemi jegyzet, melynek szükségességét a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen induló Általános Orvostan tantárgy teremtette meg. A két szerző, Arnold Csaba és Andor Miklós körzeti orvosok szakmánk iskolateremtő egyéniségei. Bár az azóta eltelt időben a háziorvosok jogállása, kompetenciái gyökeresen megváltoztak, és természetesen nagyon erősen átalakult maga a gyógyítás is, elmondhatjuk, hogy a jegyzet alapvetően ma is érvényes szemléletet tükröz. Gondolatmenetét mindenütt rövid esetvinnyetták illusztrálják, melyek megteremtik a kapcsolatot az általános megállapítások és a mindennapok gyakorlata között – a konkrét orvos–beteg szituációra való reflexió, és az ebből származó induktív szemlélet mindig is a háziorvosi gondolkodás alapvető jellegzetességei közé tartozott.

A jegyzet struktúrájában három témakör kap kiemelt szerepet. Először elméleti síkon tisztázza a körzeti orvos különleges szerepét a gyógyításban, a társadalomban, másodsorban részletesen szól a praxisszervezési tudnivalókról, a legnagyobb hangsúlyt pedig a krónikus betegséggel élő páciensek gondozásának kérdései kapják. A körzeti orvos különleges szerepének tisztázása önmagában rendkívül értékes célkitűzés, mert

valóban, a háziorvos munkájának, specializáltságának jellege lényegileg más, mint más szakterületek képviselőié. Ezt foglalja össze Andor Miklós a sokat idézett kijelentésében: „*A specialista számára a betegség a folyamat és a beteg az epizód, ellenben a körzeti orvos számára a beteg a folyamat és a betegség az epizód.*” A jegyzet kitér olyan alapvető, de még ma sem eléggé reflektált szempontokra, mint a családnak, a társadalomnak, az orvos–nővér kapcsolatnak a gyógyításban játszott szerepe. Bemutatja a háziorvos elméleti omnipotenciájának dilemmáját: „tulajdonképpen az általános orvostan művelőire várna az a feladat, hogy az orvostudomány összes analitikus kutatási eredményeit az egész ember érdekében szintetizálja és alkalmazza”. Ennek az elvárásnak nyilván a gyakorlatban nem lehet megfelelni, de ugyanakkor erős biztatás, motiváció rejlik benne. Rendkívül foglalkoztatja a szerzőket a praktizáló háziorvosok mentálhigiéniéje, kitérnek a pályaválasztás és pályastabilitás, az élethossziglani tanulás, a tudományos munka és karrier kérdéseire is – mindezzel is jelentősen megelőzik korukat, mind a mai napig nem megfelelő mélységben tárgyalt témákat vesznek górcső alá.

A háziorvos praxisszervezési tennivalóit összefoglaló fejezetrészek pusztán léte szintén előremutató újítás. Az orvoslásról való gondolkodás abban az időben a diagnózis és a terápia kérdései köré összpontosult, sőt, az orvos mint menedzser bemutatása mind a mai napig alulreprezentált a képzési rendszerekben. Ez a jegyzet azonban kimerítően tárgyalja a témát a kollégákkal, nem orvosi társszervezetekkel való kapcsolattartás módjától a rendelő és az orvosi táska felszerelésén keresztül a betegellátás rendjének meghatározásáig. A gyógyítás rengeteget változott azóta, az orvosi táska gyógyszerkészletében kisebb számban találunk ma is használatban lévő készítményeket – azonban a szemlélet nagyon sok ponton időtállóan bizonyult.

A jegyzet legnagyobb részét a krónikus betegségek szűrésének és gondozásának kérdései teszik ki. Tanulmányunkban más helyen is hangsúlyoztuk, hogy a krónikus betegséggel élők gondozása nagyon lényeges hatást gyakorolt a háziorvoslás fejlődésére, önálló diszciplínává válására, mert ez a folyamat az alapellátásban tud a legnagyobb hatékonysággal megvalósulni. A jegyzet ismerteti a szűrés és gondozás személyi és tárgyi feltételei mellett azt a szemléletet, ami ahhoz kell, hogy tünetmentes stádiumban foglalkozzunk a vonatkozó betegségekkel. Kitér a hatékonyságmérés kérdéseire is, úgy tűnik, abban az időben legalább annyi empirikus kutatás volt a magyar alapellátásban, mint manapság. Kiemelten hangsúlyozza a szív- és

érrendszeri betegségek gondozásának kérdéseit, külön fejezet tárgyalja a cukorbetegség gondozását (ez akkor még különálló területnek számított, a kardiometabolikus koncepció nem létezett). Mindemellett külön helyet kapnak más területek is, az onkológiai szűrés és gondozás még vékonyka fejezetet érdemel, de megjelenik már a mentálhigiénés gondozás kérdésköre és a geriátria is – egyszóval a téma tagolása lényegében megfelel a mai kor igényeinek.

A jegyzet kevés példányban jelent meg, ma már csak antikvár példányok lelhetők fel itt-ott. Újranyomása nyilván nem lenne indokolt, azonban rendkívül izgalmas és lényeglátó megállapításainak újraértékeléséből a mai háziorvosok számára is igen tanulságos és iránymutató munka születhetne.

Az általános orvoslás gyakorlata, 1986

Az első igazi tankönyv, mely megfelelő terjedelemben tárgyalja szakmánk jellegzetességeit Körmeny István háziorvos munkája, és a Medicina Könyvkiadónál jelent meg. A könyv alapszemlélete hajszálnyit konzervatívabb, mint a fent tárgyalt egyetemi jegyzeté, ezzel együtt is számos ponton előremutató struktúrája van, mélyen meghaladja korának paternalisztikus orvosképét. Az egyes betegségek belgyógyászati szemléletű diagnózisának-terápiájának kérdéskörét nem tárgyalja túl, de mindenhol leszögezi azokat az alapellátás szempontjából releváns szempontokat, amelyek a fekvőbeteg-ellátás gyakorlatában kevésbé válnak hangsúlyossá (például a páciens napirendjének változékonysága az inzulinkezelés megtervezésében).

A szerzőt rendkívüli mértékben foglalkoztatja az orvos-beteg kapcsolat, a két szereplő szubjektivitásában rejlő akadályok és lehetőségek, a családorvoslást alapvetően pszichoszomatikus helyzetként mutatja be. Idézi Paracelsust: *„az orvos jelleme sokkal erősebben hat a betegre, mint az összes gyógyszer”,* leleplező őszinteséggel beszél a megkérdőjelezhetetlen orvosi tekintélyből és a betegek kiszolgáltatottságából származó anomáliákról. Etikai kérdéseket tárgyal (tájékoztatás, eutanázia), miközben orvosi etikai oktatás ebben az időben nem létezett még. A praxisszervezésről még kimerítőbben szól, mint a Körzeti orvosi ismeretek című jegyzet, kitér a dokumentáció, a számítógép, a páciens otthonában történő gondozás szervezési kérdéseire.

A könyv kiemelten kezeli a családtervezés, családgonozás, terhes gondozás témakörét, önálló fejezetet szentel a szexológiának. Ezen keresztül is a háziorvost társadalmi jelentőségű szereplőként ábrázolja, akinek

felelőssége van a nemzedékek életének megtervezésében. Stílusában sokszor avított, azonban célkitűzéseit a mai kor orvosa is szem előtt tarthatja. Például felelősséget érez a házasulandó fiatalok felvilágosításában, és leszögezi, hogy *„a szerelem heve a magatartás, az emberi tulajdonságok fonákságai közül sok mindent elfed, ami a későbbiek során, a kezdeti érzelmi lángolás alábbhagyása után negatívumként terheli kapcsolatukat”.* Igen, az ilyesmit ma kissé frappánsabban szoktuk megfogalmazni, de hol van az az orvos, aki vállalja, hogy figyelmeztesse a meglátása szerint össze nem illő párokat?

A könyv további struktúrája hűen mutatja meg a háziorvos komplex, holisztikus helyzetét. Megnyugtató, alapos gyermekgyógyászati fejezetet közöl, és mélyen tárgyalja a gerontológia kérdéskörét is (ezzel szintén meghaladja korát). Nagyon kiterjedten részletezi a háziorvos mentálhigiénés gondozási feladatait, s ezen belül kiemelkedik a személyiségzavarok és a szenvedélybetegségek tárgyalásának alapossága. A későbbi tankönyvek is gyakran megelégednek a klasszikus pszichiátriai kórképek (depresszió, szorongás, skizofrénia stb.) taglalásával, itt azonban megjelenik ez a két, a mindennapi betegellátást mindig átható, tehát nem csak a pszichiátriai diagnózissal élő páciensek kezelésében releváns szempont is.

Természetesen ez a könyv is kitér a prevenció jelentőségére, annak minden dimenziójával (elsődleges, másodlagos, harmadlagos) együtt. A háziorvost a közösség életének felelős, egészségnevelési jogkörrel felruházott szereplőjeként ábrázolja, ezzel olyan irányt mutat, amelyet ma is megcsívelhetünk.

Családorvoslás, 1999

Arnold Csaba immáron a budapesti családorvosi tanszék intézetvezető egyetemi tanáraként írta meg következő tankönyvét. Szemlélete, szerkezete sok területen a 15 évvel korábban íródott egyetemi jegyzetben gyökerezik, miközben az idő közben lezajlott társadalmi, politikai változásokra való reflexió miatt sokkal közelebbinek érezzük mai világunkhoz (pedig ennek megjelenése óta is csaknem 20 év telt el). Csak ismételnénk magunkat, ha újra részleteznénk azt a gazdag, biológiai, szociológiai, pszichológiai és filozófiai ismereteket is tükröző gondolatvilágot, ahogy a könyv elénk tárja a háziorvost mint különleges státuszú orvost és társadalmi szereplőt. Kiemeljük viszont, hogy talán ekkorra tisztult le az a néhány kulcsfogalom, aminek mentén a háziorvos speciális tevékenységét meghatározzuk: folyamatosság, komplex (holisztikus) szem-

lélet, kölcsönös felelősség, probléma-orientáltság, személyesség, és végül: a hosszú távú orvos–beteg kapcsolat mint a gyógyítás műveleti területe.

A könyv szerkezete lényegében követi a korábbiakét, önálló területként jelentik meg benne a kommunikáció és az etika. Ezek ekkor már tantárgyként is megjelentek az általános orvos képzésben, ezzel együtt is úttörőnek számít, hogy egy szakkönyv önálló fejezetet szán nekik – a különböző orvosi szakmák irodalmában jóval később jött el ez a fordulat.

A praxismenedzsment kérdéseit vázlatosan tárgyalja csak, azonban igen kimerítően részletezi a háziorvos szakértői tevékenységéhez kapcsolódó elvárásokat, standardokat. Szól az orvosi életpályáról és a kutatásról, különösen élvezetes a Hogyan lehet követni az orvostudomány fejlődését? című fejezet.

Családorvoslás a gyakorlatban, 2002

Az előbb ismertetett könyv jelentősen módosított, kibővített változata önálló ismertetést igényel. A kétkötetes, CD-melléklettel is ellátott könyv célkitűzése, hogy a gyakorlati, differenciál-diagnosztikai és terápiás irányelveket is a maga teljességében mutassa be. Emiatt azonban a családorvoslás humán jellegzetességeit bemutatni hivatott szövegrészek méretükben, arányaikban is háttérbe szorultak. A kézikönyv adott esetben kiválóan használható lehet diagnosztikus bizonytalanság, terápiás elakadás esetén, különösen azon, a mai gyakorló háziorvos számára gyakori, kínzó helyzetekben, amikor a szakellátás kapacitásproblémái miatt magának kell megoldania olyan eseteket, amelyek elvileg a járóbeteg-ellátás kompetenciájába tartoznának. Bár a könyv a háziorvoslás teljes horizontját át kívánja fogni, meg kell jegyeznünk, hogy alapvetően organikus–belgyógyászati szemléletet tükröz. A mentális betegségek szűrését, gondozását a leíró pszichiátria szellemiségében tárgyalja, kevesebbet merít a kölcsönösen szubjektív orvos–beteg reláció jellegzetességeit megragadó pszichoszomatikus szemléletből, és nem jelenik meg benne önállóan a szenvedélybetegségek témaköre sem.

A Családorvoslás a gyakorlatban több kiadást ért meg, terjesztése jól sikerült, sok gyakorló orvos könyvespolcán megtaláljuk. Alapossága, jól szerkesztett volta könnyen olvasható kézikönyvvé teszi, szerepet játszik szakmánk népszerűsítésében, presztízsének növelésében is.

A családorvostan elmélete és gyakorlata, 2012

Mindmáig a legnagyobb terjedelmű, témaválasztásában legnagyobb ívű, alaposságában a legigényesebb családorvostan könyv, melyet a négy családorvosi tanszék munkatársai, és más, szakterületek jeles képviselői írtak. A könyv interaktív szemléletű, esettanulmányokkal, tesztsorokkal folyamatos aktivitásra készíti az olvasót, ami kétségtelen pedagógiai értéke mellett jól szimbolizálja a mindennapi háziorvosi gyakorlat kölcsönös jellegét. Elméleti bevezetőjében definiálja a családorvoslást, a családorvosi kompetenciákat. A fogalmi alapok az európai irodalomból származnak (ún: Leeuwenhorst-i modell, WONCA Europe önmeghatározás), mely számos ponton parallel a fentebb ismertetett könyvek magyar szerzői által kidolgozott modellel, de mégis eltér attól. A magyar szerzők (elsősorban Andor Miklós és Arnold Csaba) fogalom-alkotásában fellelhető etikai–filozófiai alapállást itt szervezeti–operatív gondolkodásmód egészíti ki. A magyar iskolában a jó alapellátás erkölcsi szükségszerűség (máshogy nincs értelme), a WONCA Europe modelljének megfogalmazásában legalább ennyire gyakorlati (máshogy nem megy). A modellben kulcsszerepet kap a praxisszervezés, a kommunikáció, a pszichoszomatikus, holisztikus szemlélet szükségessége, a kulturális szempontok figyelembe vétele - ez a komplex szemlélet pedig áthatja az egész tankönyvet.

A könyv három részre tagolódik: általános rész, részletes rész és idegen nyelvű összefoglalók. Az általános rész igen alapos, etikai, szociológiai, pszichológiai, gazdaságtani, informatikai fejezeteket tartalmaz. Kitér a praxisszervezés, az orvosszakértői tevékenység kérdéseire, ismertetni a rendszerszemlélet alapjait.

A részletes rész az egyes orvosi specialitások mentén, ezen belül betegség-csoportonként igényes részletességgel tárgyalja a családorvos gyógyító–megelőző munkáját. A lényegre törő fejezetek gyakorlati példákkal, esetrészletekkel jól illusztráltak, öröm olvasni. Az idegen nyelvi összefoglalók nem a magyar szöveg angol illetve német fordításai, hanem eredeti szövegek.

A családorvostan elmélete és gyakorlata 3000 oldal, nyomdába nem került, csak elektronikus (*.pdf) formában férhető hozzá. Minden háziorvos rezidens és szakorvos számára melegen ajánlható.

A Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszéke által 2016-ban elnyert támogatás segítségével, megújult tartalommal, várhatóan 2018-ban napvilágot lát a második kiadás.

www.medukator.hu, 2014

Ezt az e-könyvet a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszékének munkatársai hozták létre, jellegéből adódóan csak online érhető el, nyomtatott változata nincs. Az e-könyv mint műfaj sok szempontból hűebben mutatja be szakmánk jellegzetességeit, mint bármilyen más csatorna. Egyrészt az egyes fejezetrészek kölcsönösen egymásra mutatnak, emiatt sorrendjük nem meghatározott, az olvasás menetét az olvasó érdeklődése szabja meg – ez pedig nagyban hasonlít a gyakorló háziorvos gondolatmenetének alakulásához. (Megjegyzendő: A szakmai anyag jelentős részét az előbb ismertetett, 2012-es e-könyv adta.) Másrészt a tankönyv részeiben és egészében minden további nélkül frissíthető, módosítható a szakmai újdonságok megjelenésének fényében, ez pedig nyilvánvalóan jól tükrözi azt az állandóan dinamikusan fejlődő ismeretanyagot, amelyre a mindennapi orvoslásban szükségünk van. A könyvben nem csak szakkönyv-szerű leírások vannak, hanem tesztek, mini-vizsgák is, továbbképzési pontok szerezhetőek rajta keresztül. Számtalan eseteírás gazdagítja az anyagot, melyek olvasása különösen élvezetes, sokatmondó.

A medukator.hu bevallottan nincs kész, folyamatos fejlesztés alatt áll, hiányosságait nem hibaként, hanem továbbfejlődési lehetőségként értékelhetjük. Az informatikai háttér és a design megérne egy kiadós fejlesztést, ám ennek hátterét nyilván nem magától értetődő megteremteni. Összességében egy nagyon pozitív szemléletű, a sokszerzősségből adódóan értelemszerűen heterogén irodalmi anyag, melynek rendszeres használatát minden kollégának (nem csak háziorvosoknak) tudjuk ajánlani.

Összefoglalás

Számos olyan könyv jelent meg az elmúlt évtizedekben, amely a családorvoslás egy-egy aspektusát hivatott tárgyalni, például sürgősségi betegellátás a családorvoslásban, demenciák a családorvosi gyakorlatban, családorvosi reumatológia. Ezek ismertetését nem tartjuk jelen összefoglalónk feladatának.

A családorvoslás komplexitását, természettudományos és ugyanakkor társadalomtudományos jellegét, filozófiai aspektusait megragadni, az olvasó számára megfelelően érzékeltetni nem csak szakmai, hanem írói feladat is. Abban a helyzetben vagyunk, hogy hazánkban több, ilyen képességekkel megáldott háziorvos kolléga munkáját olvashatjuk, elmélyedhetünk szerteágazó gondolkodásukban.^{52,53,54,55,56}

II./8. Összefoglalás

A B.V.1.2. eredménytermék célja a jelenlegi magyarországi háziorvosképzés ismertetése. Ennek az összefoglalásnak az elkészítése nagy öröm volt számunkra, kutatómunkánk során egy számos ponton büszkeségre okot adó képzési rendszer körvonalazódott előttünk. Ugyanakkor a rendszer azon jellemzőit is fel kellett ismernünk, amelyek fejlesztésre, változtatásra szorulnak. Az egyszerűség kedvéért egy SWOT-elemzéssel igyekszünk bemutatni a jelenlegi hazai háziorvos-képzés legfontosabb jellemzőit. A modell szempontjából „belső” minden, amire a háziorvos-oktatóknak, azaz a családorvos-tanszékek közalkalmazott, és megbízási szerződéssel működő oktató családorvosainak hatása van. „Külső” tényezőknek pedig az ettől független szempontok összességét nevezzük.

Erősségek

- A háziorvosképzés szempontjából a legfontosabb erősségnek a hazai háziorvos-képzés szemléletét tartjuk. Az évtizedek során egyértelművé vált, hogy háziorvoslás alatt holisztikus szemléletű személyes, folyamatos ellátást értünk. Mindezzel olyan modern, a nemzetközi trendek szempontjából is úttörőnek tekinthető háziorvosképzés gyökerezett meg Magyarországon, amelyre mindnyájan büszkék vagyunk, amely mindnyájunknak sokat nyújtott. További erősség, hogy mind a négy tanszék oktatói gárdája zömében gyakorló háziorvosokból áll, sokaknak nemzetközi tapasztalata van, kutatási folyamatokban vesznek részt, nemzetközi kapcsolatokkal rendelkeznek. Korán megjelent az igény az alapellátási kutatásokra, jelenleg is sok ilyen van folyamatban, mely nem csak növeli szakmánk, képzőink presztízsét, de a kutatási eredmények folytán mélyebb megismerést, hatékonyabb képzési formák kidolgozását teszi lehetővé.
- További erősség, hogy a jelenlegi oktató háziorvosok körében számos speciális érdeklődésű kollégát találunk, akiknek munkássága összességében a teljes medicina igen széles spektrumát fedi le. Ezért nagyon széles körű oktatási folyamat tervezhető meg alapvetően az oktató háziorvosok munkássága mentén, kevés esetben kell más specialitások képviselőjét felkérni az oktatásra, vagy a tankönyvek megírására.

Gyengeségek

- Gyengeség, hogy a házi orvosok képzése nagymértékben igénybe veszi az oktató házi orvosok erőforrásait. Különösen a praxisgyakorlatok során tapasztalható, hogy a napi betegellátás mellett nincs elég idő oktatni, magyarázni, a graduális és posztgraduális képzésben részt vevők gyakran passzív szemlélői a rendelésnek.
- Gyengeség továbbá, hogy az oktató házi orvosok nem rendelkeznek mindig egyformán aktív, jól használható oktatás-módszertani eszköztárral.
- Gyengeség a betegellátási, gondozási protokollok eltérő mértékű tisztázottsága, és más, a tananyag gerincét képezni hivatott szakmai szempontok divergáló mértékben történő kidolgozottsága.
- Gyengeség, hogy a gyógyításon kívüli teendők (elsősorban: praxismenedzsment) oktatása speciális ismereteket, eszköztárakat, tananyagokat igényelne.
- Gyengeség a házi orvos pszichológiai–pszichoterápiás teendővel kapcsolatos szempontrendszer tisztázottságának elmaradt volta, emiatt a téma oktatása nem kap feltétlenül megfelelő hangsúlyt.

Lehetőségek

- A legfontosabb lehetőségnek azt tartjuk, hogy az egészségügyi ellátás kapacitáshiányai, valamint a megelőzés alapvető egészségügyi célkitűzésként való azonosítása miatt általánosságban egyre nagyobb figyelem irányul az alapellátásra. Ennek folytán egyre szélesebb körű forrás és infrastruktúra fordítható az alapellátás, és ezen belül az alapellátási képzés fejlesztésére.
- Lehetőség, hogy az Országgyűlés elfogadta a 2015. évi CXXVIII. Törvényt az alapellátásról.
- Lehetőség, hogy a megfelelő szakmai kapcsolatok folytán a legszélesebb körű szakmai háttér mozgósítható egy hatékony alapellátási képzési fejlesztés irányában.
- Lehetőség, hogy a praxisközösség mint ellátási modell egyre nagyobb térnyerésének köszönhetően várhatóan a gyakorló házi orvosok praxisszervezési feladatköre mérséklődik, humánerőforrási kapacitás szabadul fel a képzésekben való részvételre és az oktatásra.
- Lehetőségnek gondoljuk az EFOP 1.8.0. projekt megvalósulását is.

Veszélyek

- Veszély, hogy a házi orvosi szakorvosi bázis utánpótlása nem megoldott.
- Veszély, hogy szakmánk presztízse nem megfelelő.
- Veszély, hogy a finanszírozási rendszer elavult, a posztspecializációs házi orvosi képzettségek megszerzésének nincs meg a megfelelő ösztönzője.
- Veszély, hogy a viszonylag vtilis jogszabályi környezet folytán a praxis-szervezési feladatok igen változóknak, így ezek oktatása is nehéz.
- Veszély, hogy a krónikus betegségek gondozásával kapcsolatos protokollok kidolgozottsága nem éri el a kívánt szintet, így ezek oktatása is nehéz.
- Veszély, hogy a pszichológiai–pszichoterápiás házi orvosi teendők, és a pszichoszomatikus szemlélettel kapcsolatos szempontrendszer kidolgozottsága nem éri el a kívánt szintet, így ezek oktatása is nehéz.
- Veszély, hogy a PhD képzések nehezen hozzáférhetőek házi orvosok számára. Házi orvosi praxisban megfelelő elemszámú vizsgálat tervezése és vezetése nehéz, multicentrikus (több praxis tevékenységén alapuló) kutatási protokollok kidolgozottsága elmarad a kívánt szinttől.

Felsorolásunk talán nem teljes, de úgy véljük, a legfontosabb vonatkozó szempontokat tartalmazza. Bízunk abban, hogy a közeljövőben mi is szerepet vállalhatunk egy új, a jelenleginél hatékonyabb, korszerűbb magyar házi orvosi képzési rendszer kidolgozásában, rendszerbe állításában, fenntartásában.

Irodalomjegyzék

1. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=30903.313309. Elérés 2018 február 10.
2. 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=176686.296135. Elérés 2018 február 10.
3. 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=176686.296135. Elérés 2018 február 10.
4. Egészségügyi Fogalomtár. ÁEEK-Állami Egészségügyi Ellátó Központ. https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/H%C3%A1ziorvosi_ell%C3%A1t%C3%A1s. Elérés 2018 február 10.
5. <http://old.ektf.hu/~forgos/hivatkoz/kisokos.htm#42> (Eszterházy Károly Főiskola)
6. (Fazekas, Halász, Molnárné, Németh, Ollé, Sántha, Ütőné és Vass, 2012, 211. o.)
7. (Fazekas és Halász, 2012, 3-4. o.)
8. WHO Definition of Palliative Care; <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
9. <http://old.ektf.hu/~forgos/hivatkoz/kisokos.htm#42> (Eszterházy Károly Főiskola)
10. Egészségügyi Fogalomtár. ÁEEK-Állami Egészségügyi Ellátó Központ. <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Praxis>. Elérés 2018 február 10.
11. 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről. http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=47816.338456. Elérés 2018 február 10.
12. A szakképzés megszerzésének követelményeit a 22/2012. (IX.14.) EMMI rendelet tartalmazza. A szakképzésüket 2015. július 1. előtt megkezdőkre a 122/2009. (VI.12.) Kormányrendelet szabályai vonatkoznak. A szakképzésüket 2015. július 1. után belépők a 162/2015. (VI.30.) Kormányrendelet előírásai szerint végzik szakképzésüket.
13. 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet
14. A családorvoslás specifikumai rezidens orvosok számára – SZTE Rezidens tréning 2017 handout
15. Oktatási módszerek és oktatásfejlesztési módok, Dr. Ágoston István et al: Egészségügyi szakmódszertan 2015 BME Tanárképző Központ, 33-47.o.
16. A családorvoslás specifikumai rezidens orvosok számára – SZTE Rezidens tréning 2017 handout
17. Tapasztalati Tanulás alapítvány: <http://tapasztalati-tanulas-kepzes.hu/tapasztalati-tanulas/>
18. Mafinejad MK, Rastegarpanah M, Moosavi F, Shirazi M. Training and Validation of Standardized Patients for Assessing Communication and Counseling Skills of Pharmacy Students: A Pilot Study. *Journal of Research in Pharmacy Practice*. 2017;6(2):83-88. doi:10.4103/jrpp.JRPP_17_20.
19. Oktatási módszerek és oktatásfejlesztési módok, Dr. Ágoston István et al: Egészségügyi szakmódszertan 2015 BME Tanárképző Központ, 33-47.o.
20. Bábosik István: Nevelélmélet, 2004 Osiris kiadó
21. F. Daniel Duffy, Eric S. Holmboe. Self-assessment in Lifelong Learning and Improving Performance in PracticePhysician Know Thyself. *JAMA*. 2006;296(9):1137–1139. doi:10.1001/jama.296.9.1137
22. Semmelweis Egyetem. Tanévkönyv 2019/2020. Budapest. Semmelweis Kiadó
23. Semmelweis University. (2019). Calendar Semmelweis University 2019/2020. Budapest: Semmelweis Kiadó.
24. Semmelweis Universitat. (2019). Studienführer Semmelweis Universitat 2019/2020. Budapest: Semmelweis Kiadó.
25. Semmelweis Egyetem. Általános Orvostudományi Kar. Családorvosi Tanszék honlapja. (Letöltve: 2019.10.11.). Retrieved from <http://csot.semmelweis.hu/>
26. Forrás: Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Általános Orvos Szak, Tájékoztató. 2016-2017. Tanév. Debrecen, 2016.
27. https://aok.unideb.hu/public/upload/Tanrend%202016_2017.pdf
28. SZTE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő honlapja – <http://www.klinikaikozpont.u-szeged.hu/csaladorv/>
29. 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés megszerzéséről. https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a1200022.emm (Letöltve: 2019.10.15.)
30. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet SH/8/1 sz. „Egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával” projekt – „Kutatás és kérdőíves felmérés házi orvosi presztízs-növelés megalapozásához” című alprojekt
31. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet SH/8/1 sz. „Egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával” projekt – „Kutatás és kérdőíves felmérés házi orvosi presztízs-növelés megalapozásához” című alprojekt

32. Semmelweis Egyetem. Általános Orvostudományi Kar. Családorvosi Tanszék honlapja. (Letöltve: 2019.10.15.). Retrieved from <http://csot.semmelweis.hu/>
33. Semmelweis Egyetem. Általános Orvostudományi Kar. Családorvosi Tanszék honlapja. (Letöltve: 2019.10.15.). Retrieved from <http://csot.semmelweis.hu/>
34. Korlátozottan hozzáférhető belső dokumentum: SE CSOT Az oktatási tevékenység felügyelete
35. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet SH/8/1 sz. „Egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával” projekt - „Kutatás és kérdőíves felmérés háziiorvosi presztízs-növelés megalapozásához”
36. ÁEEK adatok
37. ÁEEK adatok
38. Az ENEF Kft. mint az Oftex.hu és a Gyoftex.hu portál üzemeltetőjének Adatkezelési Nyilatkozata. http://www.oftex.hu/project_o/system/launch.php?pg=./oftex/ADATVEDELEM.html
39. Országos Doktori Tanács. <https://doktori.hu/>
40. 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről. http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=138652.333314
41. Semmelweis Egyetem, Szak- és Továbbképzési Igazgatóság.
42. DE ÁOK DH Szak- és Továbbképzési Központ. <https://aok.unideb.hu/hu/szak-es-tovabbkepzesi-kozpont>
43. SZTE ÁOK Szak- és Továbbképzési Központ. <http://www.med.u-szeged.hu/tovabbkepzes>
44. PTE ÁOK Szak- és Továbbképző Központ. <http://aok.pte.hu/hu/egyseg/index/250>
45. Az előzetesen meghirdetett tanfolyamok közül néhány végül elmaradt.
46. PTE ÁOK Szak- és Továbbképző Központ. <http://szti.pte.hu/>
47. Az előzetesen meghirdetett tanfolyamok közül néhány végül elmaradt.
48. OFTEX portál. <http://www.oftex.hu>
49. Témajavaslatok a kötelező szintentartó tanfolyamok kiemelt témaköreire 2015-2020. Semmelweis Egyetem, Budapest. <http://semmelweis.hu/tovabbkepzes/files/2016/05/K%C3%B6telez%C5%91-szinten-tart%C3%B3-tanfolyamok-kiemelt%C3%A9mak%C3%B6reire-2015-20.pdf>
50. Doktori (PhD) képzés http://nk.unideb.hu/sites/nk.unideb.hu/files/oldal/340/doktori_phd_kepzes.pdf
51. Országos Doktori Tanács. <https://doktori.hu/>
52. Körmendi: Az általános orvoslás gyakorlata 1986
53. Arnold: Családorvoslás 1999
54. Arnold: Családorvoslás a gyakorlatban 2002
55. Kalabay (szerk): A családorvostan elmélete és gyakorlata, 2012
56. www.medukator.hu

III. FEJEZET

A LICENCKÉPZÉSEK KERETEINEK, SZAKMAI TARTALMÁNAK, AZ EDDIGI TAPASZTALATOKNAK A FELMÉRÉSE ÉS ÉRTÉKELÉSE

III./1.

Vezetői összefoglaló

A mindennapi háziorvosi tevékenység egyik központi dilemmája, hogy hogyan teremtsük meg a folyamatos továbbképzés lehetőségét. A háziorvos jogszabály szerint személyes, folyamatos ellátást nyújt, emellett nehezen képzelhető el, hogy a legtöbb szakképzéshez szükséges szakmai gyakorlatokat teljesítse. A mai házi-orvosi gyakorlatban elsősorban a foglalkozás-egészségügy, esetleg a pszichoterápia szakképzés szerezhető meg a praxisban végzett tevékenység mellett, más első vagy ráépített szakvizsgák megszerzésére elvétve van csak példa.

Mindez több szempontból is problémát jelent. Mint minden professzionális tevékenységet végző embertársunknak, így a háziorvosoknak is elsődleges fontosságú az élethossziglani tanulás, mely meghatározó a szakmai önbecsülés, a pálya iránti elhivatottság szempontjából. A továbbképzési lehetőségek korlátozott volta szerepet játszik az ágazat utánpótlásgondjaiban. A fiatal orvosok többek között emiatt sem találják annyira vonzónak a háziorvosi pályát. A nehezített továbbképzés miatt az alapellátás kompetenciahatárai nem tágulnak olyan mértékben, ahogyan azt a 21. századi viszonyok megkövetelnék. Mindennek mentén a lakosság számára nem tudunk olyan színvonalú ellátást nyújtani, mint amilyet

egyébként a rendelkezésre álló humán erőforrás lehetővé tenne, ez pedig szerepet játszik a szakellátás és a fekvőbeteg-ellátás túlterheltségében is.

Mindezen problémák szempontjából jelentős előrelépéssel kecsegtet a licenc intézménye. A licenc egy olyan alapos jártasságot kifejező, a szakvizsga szintjét azonban el nem érő tanúsítvány, amely nem jogosít önálló szakrendelésre, azonban a meglévő szakmai keretek között kiterjesztett tevékenységre igen. A jelenlegi jogszabályi környezet még nem rendel elég egyértelmű jogosultságokat és finanszírozást a licencek megszerzéséhez. Bízunk abban, hogy a közeljövőben ebből a szempontból is változik a helyzet, a licenc valódi tartalommal telik meg, a megszerezhető licenc-ek köre bővül.

III./2.

Módszertan

A licencképzések ismertetéséhez szükséges adatokat a jogszabályi környezet feltérképezésével és az egyes képzési formákért felelős intézmények felé történő adatigényléssel szereztük meg. A licencvizsgára felkészítő tanfolyamokra vonatkozó adatokat egyrészt az OFTEX (www.oftex.hu) rendszerből, másrészt a Nemzeti

Vizsgabizottság, az orvosi egyetemek és a szakmai szervezetek honlapjáról gyűjtöttük ki. A szakorvosi licencvizsgálóval rendelkező orvosokról az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Emberi Erőforrás-fejlesztési Főigazgatóság Elismerési és Monitoring Főosztálya bocsájtotta rendelkezésünkre a szükséges adatokat. A licencek gyakorlati jelentőségéről személyes és telefonos megbeszéléseket folytattunk az adott szakterületet jól ismerő, és a gyakorlatban is művelő orvosokkal.

III./3.

A szakorvosi licenc fogalma

„A licenc a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek vagy szakpszichológusok által, vizsgálóval záruló egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzés keretében megszerezhető” tanúsítvány, „amely a szakorvost a szakképesítésére épülő szakmai tevékenység végzésére jogosítja.”¹ A magyarországi szakképzés történetében rendeleti szinten először 2012-ben került szabályozásra a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzése (licencképzése) a 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet keretében.²

III./4.

Előzmények

Az ún. licencképzések célja, hogy biztosítsák az egészségügyi ágazatban megjelenő új technológiai változásokhoz való folyamatos alkalmazkodást. Egyre nagyobb igény merült fel ugyanis arra, hogy bizonyos szakorvosi szakképesítések megszerzését követően lehetőség legyen olyan rövid időtartamú szakirányú képzésekre, amelyek az alap-, illetve ráépített szakvizsgák által megszerezhető ismeretekkel le nem fedett területeken nyújtanak a megszerzett szakképesítéshez képest többletkompetenciát. Például más szakmák határterületein lehet szükség ilyen képzésre, valamint olyan új technikai vagy szakmai eljárások esetében, amelyek még nem vonultak be az általános képzési gyakorlatba. A szakirányú szakmai továbbképzést és licenc tanúsítvány szerzését szabályozó 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet több éves szakmai és szakmapolitikai előkészítő munka eredményeként született meg, és 2012. 10. 14-én lépett hatályba.³ Jelenlegi formája 2018. 09. 01-től 2019. 12. 31-ig érvényes.

III./5.

A 23/2012 EMMI rendelet ismertetése

A licenc képzést a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok *egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről* szóló 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet⁴ szabályozza. Ez alapján jelenleg 22 féle szakorvosi licenc szerzhető meg, melyek a következők:⁴

1. Alvásmedicina szakértője (Szomnológus),
2. Diabetológia,
3. Endoszkópos ultrahang vizsgálatok,
4. Felnőtt transoesophagealis echokardiográfia,
5. Felnőtt transtorakális echokardiográfia,
6. Foniátria,
7. Gyermekegészségügy,
8. Halottvizsgálati szaktanácsadó,
9. Hipertoniológia,
10. Komplex radiológiai emlődiagnosztika,
11. Lipidológia,
12. Mellkassérültek traumatológiai ellátása,
13. Neurointervenció,
14. Neuro-ophtalmológia,
15. Neurosonológia,
16. Obezitológia,
17. Palliatív orvoslás,
18. Reumatológiai ultrahang,
19. Szülészeti-nőgyógyászati ultrahang diagnosztika,
20. Vasculis neurológia.
21. Intervenció radiológia minősített orvosa,
22. Dento-maxillo-faciális radiológia.⁵

Olyan szakterületen nem adható ki licenc, ahol alap- vagy ráépített képzés keretében szakképesítés szerzhető.

A szakorvosi licencek három fajtáját különbözteti meg a rendelet:

- „a beavatkozási licenc a megszerzett szakképesítéshez kapcsolódóan meghatározott, a szakképesítés során el nem sajátítható speciális beavatkozás (beavatkozások) elvégzésére jogosít”;
- „a specializációs licenc valamely szakképesítés részét képező szakterületen, a szakképesítés megszerzése során elsajátított ismereteknél bővebb, speciális ismeretet, jártasságot biztosító, komplex ismereteket magába foglaló tevékenységi kör végzésére jogosít adott szakmai területen”;

- „az interdiszciplináris licenc két vagy több szakterület határterületét képező, speciális ismereteket igénylő, egyetlen szakképesítés által le nem fedett szakmai területen történő tevékenység végzésére jogosít.”⁶

A szakorvosi licenc a szakirányú szakmai továbbképzést követően licencvizsga megtételével szerezhető meg. A licenc birtokában a szakorvos a „bemeneti követelményként meghatározott szakképesítés” (vagyis azon szakvizsga, amire a licencképzés épül) működési nyilvántartási időszakához igazodóan, öt éves időtartamban jogosult a licenc birtokában végezhető tevékenységek gyakorlására. Az öt éves jogosultsági időszak lejárta után a licenc megújítása szükséges. A megújítás kétféle módon történhet: a licenc megújítására irányuló kérelem benyújtásával, ha az orvos a tevékenységet a jogosultsági időszak alatt legalább három évig, legalább havonta, önállóan gyakorolta, vagy ha ez a feltétel nem teljesült, ismételt licencvizsga letételével.⁷

2012. 10. 14-i hatályba lépése óta az orvosi licencképzésre vonatkozó 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet számos alkalommal került módosításra.⁸ 2013-ban született egy nagyobb léptékű módosítás a szakmai szervezetektől és az egyetemektől beérkező, konkrét licencképzésekre vonatkozó javaslatok alapján. Ezen módosítások alapján kerültek meghatározásra a licencképzések típusai (beavatkozási licenc, interdiszciplináris licenc, specializációs licenc), és a tervezetben egyúttal meghatározásra került az első 13 licencképzés képzési programja.⁹ Ezt követően 2014-ben kettő, 2015-ben egy, 2016-ban újabb négy, majd 2018-ban két új licenc került be a rendeletbe.¹⁰ (Lásd: a III/1. táblázatot.)

Háziorvostan szakképesítéssel megszerzhető szakorvosi licenc

A 22 féle szakorvosi licenc közül négy, a diabetológia, a hipertoniológia, a palliatív orvoslás és a halottvizsgálati szakértő licenc szerezhető meg háziorvostani szakképesítéssel.¹¹

Összefoglalónk további részében e négy szakorvosi licenc részletes bemutatására koncentrálnunk.

III/1. táblázat: Szakorvosi licenc bekerülésének dátuma a vonatkozó 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendeletbe

Licenc megnevezése	Hatályba lépés dátuma
Endoszkópos ultrahang vizsgálatok	2013. 11. 20.
Mellkassérültek traumatológiai ellátása	2013. 11. 20.
Neurointervenció	2013. 11. 20.
Neurosonológia	2013. 11. 20.
Hipertoniológia	2013. 11. 20.
Lipidológia	2013. 11. 20.
Neuro-ophthalmológia	2013. 11. 20.
Vascularis neurológia	2013. 11. 20.
Alvásmedicina szakértője (Szomnológus)	2013. 11. 20.
Obesitológia	2013. 11. 20.
Palliatív orvoslás	2013. 11. 20.
Diabetológia	2013. 11. 20.
Foniátria	2013. 11. 20.
Komplex radiológiai emlődiagnosztika	2014. 03. 11.
Halottvizsgálati szaktanácsadó	2014. 03. 11.
Gyermekszemészet	2015. 01. 21.
Reumatológiai ultrahang	2016. 09. 30.
Szülészeti-nőgyógyászati ultrahang diagnosztika	2016. 09. 30.
Felnőtt transtorakális echokardiográfia	2016. 09. 30.
Felnőtt transoesophagealis echokardiográfia	2016. 09. 30.
Intervenció radiológia minősített orvosa	2018. 09. 01.
Dento-maxillo-faciális radiológia	2018. 09. 01.

III/2. táblázat: Háziorvostan szakképesítéssel megszerzhető szakorvosi licenc

Licenc megnevezése	Licenc típusa	Képzési idő
Diabetológia	interdiszciplináris	24 hónap
Hipertoniológia	interdiszciplináris	24 hónap
Palliatív orvoslás	interdiszciplináris	12 hónap
Halottvizsgálati szaktanácsadó	interdiszciplináris	12 hónap

III./6. A licencek célja, az új kompetenciák és a végezhető tevékenységek a házi orvostan szakképesítéssel megszerzhető szakorvosi licencek esetében

DIABETOLÓGIA

A Magyar Diabetes Társaság már a 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet előtt jelentős lépéseket tett a diabetológusképzés hazai megteremtéséért. Már az 1990-es években felismerésre került a diabétesz népegészségügyi jelentősége, valamint az, hogy a növekvő prevalencia mérséklése, a korai felismerés és a hatékony gondozás speciális ismereteket, és a társszakmákkal történő szorosabb együttműködést igényel. A Nemzeti Diabetes program első változata már 1991-ben elkészült, majd több alkalommal átdolgozták, korszerűsítették, de tartalma a szükséges anyagi erőforrások hiányában nem tudott megvalósulni. Legújabb változata 2011-ben készült el. Közben a Magyar Diabetes Társaság az eredeti program számos elemét megvalósította saját erőből: megalakult a Társaság Oktatási, Minősítő és Koordinációs Bizottsága, és kidolgozták a speciális diabetológiai jártasság elismerését szolgáló „Magyar Diabetes Társaság diabetológus orvosa” minősítést (amit ugyancsak licencnek neveztek) a cím megszerzésének feltételrendszerével és ötévenkénti megújításának komplex rendszerével együtt.¹² Ezután került bevezetésre az „állami” diabetológia licenc a vonatkozó 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelettel.

A diabetológia licenc esetében ötféle tevékenységi kör/kompetenciát sorol fel a 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet, úgymint

„(1) *hypo- és hyperglikémiás krízisállapotok gyors felismerése, kezelése,*

(2) *micro- és macrovasculáris szövődmények felismerése, kezelése,*

(3) *terhesdiabetológiai ellátásban, speciális terhesdiabetológiai centrumokba történő megküldés megítélésében való jártasság;*

(4) *jártasság*

(4a) *antidiabetikumok javallatainak, ellenjavallatainak mérlegelésében,*

(4b) *törzskönyvileg engedélyezett, finanszírozási rendelkezések szerint lehetséges gyógyszerkombinációk megválasztásában, gyógyszerinterakciók kockázatának megítélésében,*

(5) *a diabétesz ellátáshoz kapcsolódó gondozás, gyógyszeres és gyógyászati segédeszköz ellátás lehetőségeinek ismerete.”¹³*

HIPERTONOLÓGIA

A Magyar Hypertonia Társaság már az 1990-es években kiemelt feladatának tekintette egy olyan hipertónia diagnosztikai és terápiás szakellátási hálózat létrejöttének támogatását, ami egyrészt garantált minőségű ellátást biztosít a hipertóniás betegek számára, másrészt lehetővé teszi a szakember-utánpótlás rendszerének kiépítését is. Ehhez szükség volt egy országos minősített, képzett szakembergárda megteremtésére. A Magyar Hypertonia Társaság „európai szinten is úttörő tevékenységet végzett a hipertóniát ellátó szakemberek speciális képzésének kidolgozásában, valamint a képzés és vizsgáztatás rendszerének létrehozásában.”¹⁴ A hipertonológia licencvizsga letételére 2014 óta van lehetőség ún. interdiszciplináris licenc keretében.¹⁵ A licencképzés ideje kettő év. Jelentősége, hogy államilag elismert formában igazolja az e szakterületen megszerzett elméleti és gyakorlati jártasságot. Magyar Hypertonia Társaság 2014-ben felhívásban szorgalmazta a hipertonológia licenc megszerzését a házi orvosok és a belgyógyászati területek szakorvosai számára, mivel a 3,5 millióra becsült hipertóniás lakosság ellátását csak az alapellátás képes megoldani, amihez speciálisan képzett orvosokra van szükség. 2014-es tavaszi kongresszusán a Társaság a hipertonológiával kapcsolatos gyakorlati kérdésekről külön szekciót is szervezett.¹⁶

A hipertonológia licenc megszerzésével ötféle tevékenységi kör/kompetencia került meghatározásra a 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendeletben. Ezek a jogosultságok/kompetenciák a következők:

„(1) *primer és szekunder hipertónia-betegség elkülönítése, a kezelés beállítása,*

(2) *a terápiás döntésben a globális szív-érrendszeri kockázatnak és a kockázat komponenseinek megfelelő életmódbeli változtatásoknak, valamint az eltérő antihipertenzív támadáspontok optimális terápiás hierarchiájának érvényesítése,*

- (3) a társbetegségeknek a hipertóniagondozást, a terápiás válaszokat és a beteg együttműködését egyaránt módosító, zavaró hatásainak értékelése és azokra való hatékony reagálás,
- (4) egyedi kompromisszumok kialakításával a co-morbid és multimorbid, nagy szív- és érrendszeri kockázatú hipertóniás betegek esetében az adott egyedi betegségek kezelése, gondozása, ellentmondásainak feloldása,
- (5) komplex megközelítésekkel a hipertónia-betegség progressziójának, a célszervi szövődmények kialakulásának megelőzése, gátlása, a többszörös betegségeknel a hipertónia szempontjából legfontosabb, egyben a többi betegséget legkevésbé rontó támadáspontok kiválasztása, a túl-gyógyoszerzés elkerülése.¹⁷

PALLIATÍV ORVOSLÁS

A palliatív orvoslás az egész világon egy egyre növekvő, gyors fejlődési fázisban lévő szakterület, amely a palliatív igényű onkológiai és nem onkológiai betegek számára biztosít tüneti kezelést. Európán belül számos képzési és tanúsítási program keretében zajlik a szakemberek képzése.¹⁸ Egyes országokban (pl. az Egyesült Királyságban, Írországban, Máltán, Szlovákiában, Lengyelországban) a hazai szakvizsgának megfelelő palliatív végzettség szerezhető, más országokban (pl. a Cseh Köztársaságban, Franciaországban, Németországban, Grúziában, Litvániában, Romániában) a hazai licencvizsgálóval egyenértékű végzettséget szerezhetnek az orvosok. Legtöbb országban a házi orvosok előtt is nyitva áll a lehetőség a palliatív orvoslás szak-, illetve licencvizsga letételére.¹⁹

A magyarországi hospice-palliatív ellátás és a szakemberek képzése Európa nyugati részéhez viszonyítva, megkésve indult. 1995-ben alakult a mára már közel száz hazai hospice szervezetet képviselő Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, a hospice ellátás pedig 2004-ben vált a társadalombiztosítás által finanszírozott, a betegek számára pedig ingyenes ellátássá. 2004 után jelentős fejlődés következett be a hazai hospice-palliatív szakterületen: 2010-ben szakmai irányelv készült

a terminális állapotú felnőtt és gyermek betegek ellátásáról, ami 2017-ben megújításra került; 2011-ben megkezdte működését az ország két gyermekhospice-háza; 2012-ben Pécsen a PTE ÁOK Alapellátási Intézetében megalakult az ország első, és máig egyetlen Hospice-Palliatív Tanszéke. 2013-ban a rezidensek törzsképzésébe bekerült egy 40 órás palliatív és fájdalomcsillapítási blokk, valamint korszerűsödött a hospice-szakpólok OKJ-s képzés. 2014-ben megalakultak az egyetemi Palliatív Grémiumok, és lehetővé vált a palliatív orvoslás licencvizsga letétele; 2016-ban pedig létrejött a Hospice-Palliatív Szakmai Kollégiumi Tagozat. Jól látható, hogy hazánkban is egyre dinamikusabban fejlődő szakterületről van szó, aminek további fejlesztése (beleértve a speciális kompetenciával rendelkező szakemberek képzését és a képzés folyamatos fejlesztését) elengedhetetlen az egyre növekvő számú palliatív ellátási igényű betegek ellátásának biztosításához.

A palliatív orvoslás licencvizsgálóval rendelkező orvosok által végezhető szakmai tevékenységek köreként a következőket határozza meg a rendelet:

- „(1) fájdalomanalízis végzése, a fájdalom okának, pathomechanizmusának feltárásával,
- (2) hatékony farmakológiai és non-farmakológiai módszerek alkalmazása,
- (3) egyes szervműködési zavarok esetén megfelelő gyógyszeres kezelési módok kialakítása,
- (4) a fájdalomon kívüli testi tünetek értékelése és csillapítása,
- (5) testüregi folyadékgyülemek fizikális vizsgálati módszerekkel való felismerése, ezek biztonságos eltávolítása,
- (6) a palliatív onkoterápiák indikációs területeinek ismerete,
- (7) a beteg és a család pszichés támogatása,
- (8) a palliatív sürgősségi állapotok kezelése.”²⁰

HALOTTVIZSGÁLATI SZAKTANÁCSADÓ

A halottvizsgálati szaktanácsadó olyan szakember, akinek szakértelme igénybe vehető a halottszemle során rendkívüli haláleseteknél, ha a halál körülményeinek orvosi–kriminalisztikai szemléletű vizsgálata szükséges, vagy ha a hatóság nem ért egyet a bejelentővel a halál rendkívülisége vonatkozásában.²¹

A halottvizsgálati szaktanácsadó úgyszintén interdiszciplináris licenc, képzés ideje 12 hónap. A halottvizsgálati szaktanácsadó licenc birtokában megszerezhető új kompetenciák és végez-

hető tevékenységek a 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet alapján a következők:

- „(1) állásfoglalás a halál módjára, idejére és feltehető okára vonatkozóan a halottszemle során,
- (2) a holttest állapotának vizsgálata és a halál bekövetkezése időpontjának megállapítása,
- (3) a holttesten levő sérülések dokumentálása,
- (4) a holttest ruházatán keletkezett elváltozások összevetése a testen levő sérülésekkel,
- (5) közreműködés a holttesten és a környezetében található nyomoknak és anyagmaradványoknak a felkutatásában, kiválasztásában, biztosításában és rögzítésében, amelyek a haláleset tisztázásához szükségesek és arra jellemzőek lehetnek,
- (6) a helyszínen vagy a holttest környezetében talált tárgyak, anyagok vizsgálata abból a szempontból, hogy azok az adott sérülés vagy a halál előidézésére alkalmasak lehetnek-e,
- (7) a holttest helyzetének vizsgálata abból a szempontból, hogy a holttest helyzetét változtatták-e, a holttest helyzete és az észlelt helyszín megfelel-e az elkövetési módnak és az elkövetés helyének,
- (8) a holttest helyszínről való elszállításának felügyelete,
- (9) halottvizsgálati bizonyítvány megfelelő részének kitöltése,
- (10) vér- és vizeletminta vétele a holttestből,
- (11) feljegyzés, lelet készítése.”²²

III./7.

A licenc képzések tartalmi előírásai

A licencképzés a licenc megszerzését célzó egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzés, melynek minimális időtartamát, részletes tematikáját a 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet rögzíti. A képzések elméleti és gyakorlati modulból állnak össze.²³

A diabetológia licencképzés 24 hónapját rendszeres cukorbeteg-ellátó tevékenységgel kell eltölteni. Házi orvosi alap-szakképesítés esetén az alábbi időtartamban és ellátási helyeken:

- 3 hónapot diabetológiai profilú, szakambulanciát is működtető belgyógyászati fekvőbeteg-osztályon,
- 1 hónapot diabetológiai profilú, szakambulanciát is működtető gyermekgyógyászati fekvőbeteg-osztályon,
- 6 hét gyakorlatot felnőtt diabétesz gondozóhelyen (járóbeteg-ellátásban),
- 6 hét gyakorlatot gyermek-diabéteszes gondozóhelyen (járóbeteg-ellátásban),
- 2 hetes gyakorlatot diabéteszes krízisállapot-kezelést folytató osztályon,
- 2 hetes gyakorlatot diabéteszes nefrológiai ellátást folytató osztályon,
- 2 hetes gyakorlatot diabéteszes terhesgondozást végző osztályon és
- 1 hét gyakorlatot diabéteszes szemészeti gondozást végző részlegen.²⁴

A rendelet a vizsgára bocsátás további feltételeként meghatározza, hogy a képzési idő folyamán továbbképzési pontokat szükséges megszerezni az alábbi tevékenységek révén:

- diabetológiai tárgyú, legalább 10 szabadon választható elméleti továbbképzési pont megszerzését biztosító továbbképzésen való részvétellel, illetve előadás tartásával, vagy
- tudományos tevékenység keretében:
 - diabetológiai témájú PhD fokozat megszerzésével,
 - lektorált szaklapban megjelent diabetológiai témájú közleménnyel, vagy
 - nemzetközi kongresszuson tartott diabetológiai tárgyú előadással, poszterrel.²⁵

A 24 hónapos hipertológia licenc képzési program keretében

- 20 hónapot hipertóniás betegek ellátásában és/vagy gondozásában végzett tevékenységgel kell tölteni azokon a szakorvosi szakterületeken, melyekkel a licencképzés megkezdhető,
- 4 hónapot pedig minősített hipertónia ellátóhelyen kell teljesíteni, amelynek folyamán az alábbi tanfolyamok teljesítésére van szükség:
 - 2 hét endokrinológia, másodlagos hipertónia-kórformák,
 - 2 hét nefrológia,
 - 2 hét kardiológia.²⁶

A vizsgára bocsátáshoz legalább 150 képzési pontot szükséges megszerezni az alábbi tevékenységekkel hipertónia témakörben:

- részvétel a Magyar Hypertonia Társaság teljes kongresszusán, vagy hipertológiai tárgyú minősített szabadon választható elméleti továbbképzésen (40 pont),
- részvétel regionális központ vagy egyetem által szervezett, hipertónia tárgyú, elméleti továbbképzésként minősített tanfolyamon (40 pont),
- előadás tartása hipertónia témában nemzetközi kongresszuson (előadóként 40 pont, társszerzőként 15 pont),
- előadás tartása hipertónia témában az Magyar Hypertonia Társaság éves kongresszusán (előadóként 30 pont, társszerzőként 20 pont),
- előadás tartása hipertónia témában hazai kongresszuson (előadóként 20 pont, társszerzőként 10 pont),
- egyéb kreditpontszerző, hipertónia tárgyú továbbképző tanfolyamon való részvétel,
- hipertónia távoktatási programon való részvétel (a megszerzett pontok függvényében minimum 30 pont),

- lektorált nemzetközi folyóiratban, hipertónia témájú közlemény (első szerzőként 60 pont, társszerzőként 30 pont),
- lektorált hazai folyóiratban hipertónia témájú közlemény (első szerzőként 40 pont, társszerzőként 20 pont).²⁷

A palliatív orvoslás licencképzés időtartama 12 hónap, ebből az elméleti képzés 80 órát tesz ki. Az elméleti képzés és a vizsga szakmai tartalma a következő témakörökre terjed ki:

- „palliatív ellátás alapjai, szemlélet, gyakorlat, ellátási formák,
- onkológia alapjai, végállapotú onkológiai betegek ellátása,
- a végállapotú máj-, vese-, tüdő- és szívbetegek ellátása,
- a végállapotú neurológiai, neurodegeneratív betegek ellátása,
- gyógyszeres ismeretek,
- fájdalomcsillapítás, speciális fájdalomformák,
- neurológia alapjai, neurológiai tünetek,
- légúti tünetek,
- kardiológiai tünetek,
- gastrointestinalis tünetek,
- urológiai tünetek,
- nőgyógyászati tünetek,
- pszichiátriai tünetek,
- bőrtünetek,
- paraneoplasztikus szindrómák,
- agonális időszak,
- sürgősségi ellátás,
- kommunikáció beteggel, családdal,
- etikai ismeretek,
- normál, komplikált gyász,
- pszichoszociális támogatás,
- spiritualitás,
- vallási, kulturális szempontok,
- szervezési alapismeretek,
- teammunka, kiégés megelőzése.”²⁸

A gyakorlati képzés hossza 11,5 hónap, amiből

- 3 hónap gyakorlat hospice bennfekvő részlegen,
- 2 hónap onkológiai gyakorlat,
- 6 hét belgyógyászati gyakorlat,
- 1 hónap hospice otthoni ellátásban való részvétel,
- 1 hónap aneszteziológiai gyakorlat fájdalomambulancián,
- 1 hónap neurológiai gyakorlat,
- 2 hét sebészeti gyakorlat,

- 2 hét pszichiátriai gyakorlat,
- 2 hét urológiai gyakorlat,
- 2 hét fül-orr-gégészeti gyakorlat.²⁹

A palliatív orvoslás licenc vizsgára bocsátás feltételei:

- az elméleti képzés lezárása vizsgával,
- gyermekhospice ellátó egységben tett szakmai látogatás,
- négy önálló eset feldolgozása, ismertetése.³⁰

A halottvizsgálati szaktanácsadó licencképzés időtartama 12 hónap, ebből elméleti képzés: 60 óra.

A képzés és vizsga szakmai tartalma:

- Elméleti képzés három nagy témakör köré épül:
 - *halottvizsgálati szakmai ismeretek (20 óra),*
 - *jogi ismeretek (20 óra),*
 - *kriminalisztikai ismeretek (20 óra),*

A 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet rögzíti, hogy az elméleti képzés

- halottvizsgálati szakmai ismeretek blokk tárgyköreinek részletes tartalmát a szakmai kollégium igazságügyi orvostan orvosszakértés és biztosítási orvostan tagozata,
- a jogi ismeretek blokk tárgyköreinek tartalmát az igazságügyért felelős miniszter,
- a kriminalisztikai ismeretek blokk tárgyköreinek részletes tartalmát a rendészetért felelős miniszter, határozza meg.³¹

„Az egyes, meghatározott képzési blokkok egységes szerkezetbe foglalásáról a szakmai kollégium igazságügyi orvostan, orvosszakértés és biztosítási orvostan tagozata gondoskodik.”³²

A gyakorlati képzés során négy területen kell jártasságot szerezni:

- 25 esetben szükséges hatósági boncolásokon részt venni,
- 25 esetben kell helyszíni szemlén részt venni rendkívüli halál esetében,

- 5 alkalommal kell háziiorvosi ügyelet keretében halottvizsgálaton részt venni (kivéve, ha a jelölt rendelkezik háziiorvosi szakvizsgával),
- a közvetlen vizsgára bocsátás további előfeltétele egy halottvizsgálati bizonyítvány, valamint egy halottvizsgálati adatlap hibátlan kitöltése.

III./8. Szakorvosi licencképzési tanfolyamok

A szakorvosi licencképzési tanfolyamokra vonatkozó adatokat egyrészt az OFTEX (www.oftex.hu) rendszerből, másrészt a Nemzeti Vizsgabizottság, az egyetemek és a szakmai szervezetek honlapjáról gyűjtöttük ki.

Diabetológia licencképzési tanfolyamok

A szakorvosi licencképzési tanfolyam díja 2017-től egységesen lett meghatározva a négy orvosi egyetem által: 23 000 Ft/hó összegben. A diabetológia licencképzés esetében két éves képzési időből 12 hónap már letöltött idő beszámítható, így ezen időszakra a képzési díjat nem kell megfizetni. A Magyar Diabetes Társaság a hat hónapos képzési költséget befizetők számára – pályázat keretében – a következő hat havi díjat átvállalja.³³ A 2017. szeptember 5-én közzétett felhívás szerint a pályázat feltétele, hogy a jelentkező megfeleljen a diabetológiai licencképzés bemeneti feltételeinek, diabetológiai tárgyú tevékenységéből 12 hónap méltányosságból beszámítható a képzés idejébe, illetve 6 hónap (vagy méltányosság híján 18 hónap) önköltségét már fedezte. E feltételek teljesülése esetén vállalja át a Magyar Diabetes Társaság az utolsó 6 hónap képzési költségét. A pályázatokat a Magyar Diabetes Társaság Országos Minősítő és Koordinációs Bizottsága elnökének folyamatosan lehet benyújtani.³⁴

A tanfolyamok órarendjéről és az előadások részletes tematikájáról nyilvánosan hozzáférhető leírásokat nem találtunk.

A licencképzés lefolytatásának személyi és tárgyi feltételeit, valamint a gyakorlati képzőhelyek követelményeinek meghatározását a 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet tartalmazza.³⁵ (Lásd: a III/3. összefoglaló táblázatot.)

A Semmelweis Egyetem honlapján közzétette az egyes szakorvosi licencképzések akkreditált képzőhelyeit. A diabetológia licencképzés esetében háziorvosok

számára akkreditált képzőhelyek száma Budapesten 19, vidéken (Székesfehérváron, Veszprémben, Győrben, Dunaújvárosban és Salgótarjánban) hat. Az egyes akkreditált képzőhelyeken – nagyságtól függően – 1–5 fő töltheti le az előírt gyakorlati modulokat, a

legjellemzőbb azonban az, hogy helyenként két-két főt fogadnak.³⁷ A diabetológia licencképzés vezetője a Pécsi Tudományegyetemen Prof. Dr. Wittmann István (PTE KK II. sz. Belgyógyászati Klinika és NC)³⁸, a Debreceni Egyetemen Dr. Balogh Zoltán grémiumvezető,³⁹ a Szegedi Tudományegyetemen Dr. Várkonyi Tamás⁴⁰, a Semmelweis Egyetemen Prof. Dr. Kempler Péter (I. Sz. Belgyógyászati Klinika)⁴¹.

III/3. táblázat: A diabetológia licencképzés személyi és tárgyi feltételeire vonatkozó előírások³⁶

Elméleti képzés személyi feltételei	Gyakorlati képzés	
	Személyi feltételek	Tárgyi feltételek
<ul style="list-style-type: none"> A Magyar Diabetológiai Társaság által elismert legalább 10 éves diabetológiai gyakorlattal rendelkező szakorvos 	<ul style="list-style-type: none"> Két belgyógyász vagy gyermekgyógyász szakképesítéssel rendelkező szakorvos, amelyből legalább egy rendelkezzen diabetológiai licensszel vagy a Magyar Diabetológiai Társaság által elismert legalább 10 év diabetológiai területen szerzett gyakorlattal Diabetológiai szakasszisztens Dietetikus Konziliáriusként diabetológiában jártas nefrológus, szemész, szülész és nőgyógyász, sebész, angiológus szakember 	<ul style="list-style-type: none"> Diabetológiai szakrendelésre vagy szakambulanciára vonatkozóan kiadott érvényes működési engedély Antropometriás meghatározás eszközei Gyors vércukor-meghatározó készülékek Vérnyomásmérő Hangvilla Kardiovaszkuláris vizsgálati eszközök A hosszú távú anyagcsere-vezetés ellenőrzését és a szövődmények korai felismerését rendszeresen biztosító laboratóriumi háttér

III/4. táblázat: Hipertoniológia licencképzés személyi és tárgyi feltételeire vonatkozó előírások⁴³

Elméleti képzés személyi feltételei	Gyakorlati képzés	
	Személyi feltételek	Tárgyi feltételek
<ul style="list-style-type: none"> Hipertoniológia licensszel rendelkező szakorvos vagy A Magyar Hipertonia Társaság által elismert legalább 10 éves hipertoniológiai gyakorlattal rendelkező szakorvos 	<ul style="list-style-type: none"> A hipertónia diagnosztikájában, kezelésében, a hipertóniás betegek gondozásában jártasságot szerzett belgyógyász szakorvos és Szakkonzíliumi háttér 	<ul style="list-style-type: none"> Szakkonzíliumi háttér Laboratóriumi háttér 6 vagy 12 csatornás EKG készülék Oszcillometriás hitelesített vérnyomásmérő (különböző méretű mandzsettával) 24 órás vérnyomás monitor (ABPM)

Hipertonológia licencképzési tanfolyamok

A szakorvosi licencképzési tanfolyam díja 2017-től egységesen lett meghatározva a négy orvosi egyetem által: 23 000 Ft/hó összegben. Az elméleti és gyakorlati képzés személyi és tárgyi feltételeit, és a gyakorlati képzőhelyek követelményeinek meghatározását a 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet e licenc esetében is részletesen felsorolja.⁴² (Lásd: a II/4. összefoglaló táblázatot.)

A Semmelweis Egyetem honlapján szereplő lista alapján a hipertonológia licencképzésre akkreditált képzőhelyek száma Budapesten hat, vidéken kettő (Győr, Székesfehérvár), ahol 1-5 fő számára van lehetőség a gyakor-

lati modulokat teljesíteni.⁴⁴ A hipertonológia licencképzés vezetője a Pécsi Tudományegyetemen Prof. Dr. Kovács Tibor József (PTE KK II. sz. Belgyógyászati Klinika és NC)⁴⁵, a Debreceni Egyetemen Dr. Páll Dénes grémiumvezető⁴⁶, a Szegedi Tudományegyetemen Prof. Dr. Ábrahám György⁴⁷, a Semmelweis Egyetemen Prof. Dr. Járai Zoltán.

Palliatív orvoslás licencképzési tanfolyamok

A palliatív orvoslás licencképzés személyi és tárgyi feltételeire vonatkozóan a 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet nem határoz meg előírásokat.

Az elmúlt 3 évben tartott palliatív orvoslás szakorvosi licencképzési tanfolyamok idejét, szervezőit, a tanfolyami órák számát, a képzéseken megtartott előadások számát, a képzés

III/5. táblázat: Palliatív orvoslás szakorvosi licencképzési tanfolyamok

Képzés címe	Szemeszter	Egyetem	Szervező	Napok száma	Tanfolyami órák sz.	Előadások sz.	Szabadon választható akkreditált tanfolyam...	Pont	Díj
Palliatív orvoslás licenc vizsga felkészítő tanfolyam 2.	2017. I. félév	PTE ÁOK Szak- és Továbbképző Központ	PTE Alapellátási Intézet	4	40	24	20 célcsoport számára	50	20.000 Ft
Palliatív orvoslás licenc vizsga felkészítő tanfolyam 1.	2017. II. félév	PTE ÁOK Szak- és Továbbképző Központ	PTE Alapellátási Intézet	4	40	25	21 célcsoport számára	26	20.000 Ft
Palliatív orvoslás licenc vizsga felkészítő tanfolyam 2.	2018. I. félév	PTE ÁOK Szak- és Továbbképző Központ	PTE Alapellátási Intézet	4	40	25	21 célcsoport számára	45	20.000 Ft
Palliatív orvoslás licenc vizsga felkészítő tanfolyam 1.	2018. II. félév	PTE ÁOK Szak- és Továbbképző Központ	PTE Alapellátási Intézet	4	40	24	21 célcsoport számára	45	20.000 Ft
Palliatív licenc tanfolyam, 2018	2018. II. félév	SE Szak- és Továbbképzési Igazgatóság	SE Családorvosi Tanszék	10	80	39	1 célcsoport számára*	50	60.000 Ft
Palliatív licenc tanfolyam, 2019	2019. I. félév	SE Szak- és Továbbképzési Igazgatóság	SE Családorvosi Tanszék	10	80	39	1 célcsoport számára*	50	60.000 Ft
Palliatív orvoslás licenc vizsga felkészítő tanfolyam 2.	2019. I. félév	PTE ÁOK Szak- és Továbbképző Központ	PTE Alapellátási Intézet	4	40	25	20 célcsoport számára	35	20.000 Ft
Palliatív orvoslás licenc vizsga felkészítő tanfolyam 1.	2019. II. félév	PTE ÁOK Szak- és Továbbképző Központ	PTE Alapellátási Intézet	4	40	25	21 célcsoport számára	50	20.000 Ft

* Klinikai onkológia

díját, valamint a képzést szabadon választható akkreditált tanfolyamként elvégezhető célcsoportok számát és az akkreditációs pontokat a *III/5. táblázat* mutatja be.

A képzések részletes órarendjét áttekintve megállapítható, hogy a tanfolyamok a rendeletben meghatározott tematika alapján részletesen végig vették az orvosi, valamint az egyéb (etikai, jogi, kommunikációs, finanszírozási, menedzsment stb.) témaköröket, továbbá – tanfolyamonként eltérő tartalommal és óraszámban – kommunikációs csoportfoglalkozásokra, esetismertetésekre és konzultációkra is sor került.

A Semmelweis Egyetem a palliatív orvoslás licenc esetében is közzétette honlapján a gyakorlati képzés akkreditált képzőhelyeit. E listán összesen 45 képzési hely szerepel, 42 Budapesten, 12 pedig kilenc vidéki városban (Pilisborosjenő, Vác, Győr, Székesfehérvár, Mosonmagyaróvár, Veszprém, Balassagyarmat, Miskolc, Salgótarján).⁴⁸ Az egyes képzőhelyek általában 23 főt fogadnak, de néhány képzőhelyen 5–10 fő is elvégezheti a gyakorlati képzési modulokat.⁴⁹ A palliatív orvoslás licencképzés vezetője a Pécsi Tudományegyetemen Dr. Csikós Ágnes (PTE ÁOK Alapellátási Intézet)⁵⁰, a Semmelweis Egyetemen Prof. Dr. Kalabay László (ÁOK Családorvosi Tanszék), 2019-től Dr. Dank Magdolna (Onkológiai Központ)⁵¹, a Debreceni Egyetemen Dr. Horváth Zsolt grémiumvezető.^{52,53}

Halottvizsgálati szaktanácsadó licencképzési tanfolyamok

A szakorvosi licencképzési tanfolyam díja 2017-től egységesen lett meghatározva a négy orvosi egyetem által: 23.000 Ft/hó

összegben. A tanfolyamok órarendjéről és az előadások részletes tematikájáról nyilvánosan hozzáférhető leírásokat nem találtunk.

A halottvizsgálati szaktanácsadó licencképzés személyi és tárgyi feltételeit és a gyakorlati képzés megtartásának feltételeit a 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet rögzíti.⁵⁴

A halottvizsgálati szaktanácsadó licencképzés vezetője a Pécsi Tudományegyetemen Dr. Könczöl Franciska (PTE ÁOK Igazságügyi Orvostani Intézet)⁵⁶, a Semmelweis Egyetemen Dr. Dósa Ágnes szaktanácsadó és Dr. Törő Klára egyetemi tanár, igazgató (ÁOK Igazságügyi és Biztosítás-orvostani Intézet)⁵⁷, a Debreceni Egyetemen Dr. Herczeg László grémiumvezető⁵⁸, a Szegedi Tudományegyetemen Dr. Kereszty Éva.⁵⁹

III./9. Licenctvizsga

A licencképzést biztosító tanfolyam elvégzése után a licenctvizsgára a Nemzeti Vizsgabizottságnál kell bejelentkezni. Az első szakorvosi licenctvizsgákra 2014-ben került sor. Ekkor, az első vizsgák alkalmával, egyszeri kivé-

III/6. táblázat: Halottvizsgálati szaktanácsadó licencképzés személyi és tárgyi feltételeire vonatkozó előírások⁵⁵

A képzés személyi feltételei	A képzés tárgyi feltételei
<ul style="list-style-type: none"> A képzés vezetője tudományos minősítéssel és igazságügyi orvostani szakvizsgával, valamint 10 év igazságügyi orvostan területen szerzett gyakorlattal rendelkező személy A képzésben oktatóként biztosítani kell az igazságügyért felelős miniszter által kijelölt, a rendelet 8. § (5a) bekezdés b) pontjában foglalt feltételeknek megfelelő szakemberek részvételét, azzal, hogy a kijelölésnél a 8. § (5c) bekezdését is megfelelően alkalmazni kell A képzésben oktatóként biztosítani kell a rendészetért felelős miniszter által kijelölt szakemberek részvételét A tutoroknak igazságügyi orvostani szakvizsgával, és legalább 5 éves igazságügyi orvostan területen szerzett gyakorlattal kell rendelkezniük 	<ul style="list-style-type: none"> A gyakorlati képzőhelyek elvárásainak azon intézmények felelnek meg, amelyek rendszeresen végzik rendkívüli halálesetekben elhunytak boncolását A helyszíni vizsgálatok tekintetében képzőhely: Nemzeti Szakértői és Kutató Központ

teles eljárásban lehetőség volt a 23/2012. EMMI rendelet alapján a korábbi teljesítés érvényesítésével vizsgát tenni.

A licencképzés teljesítésének igazolására képzés nélkül két esetben volt lehetőség:

- 1) ha a vizsgára jelentkező orvos a licenc tartalmával megegyező kompetenciabővítő továbbképzést elvégezte, és ez a kompetenciabővítő továbbképzés tartamában és a megszerzett ismeretanyag tekintetében megfeleltethető a licencképzés során elsajátítandó tevékenységeknek, vagy
- 2) ha a vizsgára jelentkező orvos az adott szakterületen legalább a licencképzés időtartama háromszoros idejének megfelelő szakmai gyakorlattal rendelkezett.⁶⁰

Valamennyi esetben a bemeneti követelmények teljesítésének ellenőrzése után abszolutórium kiállítására került sor, és ezután vált lehetségessé a licencvizsgára történő jelentkezés a Nemzeti Vizsgabizottságnál.

Az első licencvizsgák előkészítésekor jelentkező probléma volt a költségvonatok tisztázatlansága. A licencvizsgálóhoz szükséges igazolások kiadásáért az egyetemek adminisztrációs díjat terveztek kérni, amelyet 60 000 Ft-ban határoztak meg licencként. Mivel a vizsga az összes költségével együtt – különösen egyszerre több licenc megszerzése esetében – jelentős anyagi terhet rótt volna az orvosokra, a Magyar Diabetes Társaság elnöke levelet írt az egyetemek oktatási dékánhelyetteseinek, és tájékoztatta az Emberi Erőforrások Minisztériuma illetékeseit. Az egyeztetéseket követően az a döntés született, hogy valamennyi egyetem díjmentesen állítja ki a szükséges igazolásokat.^{61,62}

A szakorvosi licencvizsgákra vonatkozó, jelenleg érvényben lévő előírásokat a hatályban lévő 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet meghatározza meg. A licencvizsgákkal kapcsolatos szervezési és adminisztratív feladatokat az Állami Egészségügyi Ellátó Központon belül a Nemzeti Vizsgabizottság végzi. A Nemzeti Vizsgabizottság évente két alkalommal (február 15-éig és augusztus 15-éig) közzéteszi honlapján a következő félévre vonatkozó vizsganaptárt. A szakorvosi licencvizsgára a Nemzeti Vizsgabizottságnál kell bejelentkezni, és

a jelentkezéshez mellékelni kell a rendeletben felsorolt dokumentumokat, valamint a vizsgadíj (30.000 Ft) befizetéséről szóló igazolást.⁶³

A licencvizsga háromtagú vizsgabizottság előtt zajlik. A 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet alapján vizsgáztatók az alábbi követelménynek megfelelő személyek lehetnek:

- a felsőoktatási intézmény kinevezett, az adott licensszel rendelkező egyetemi tanára,
- a miniszter⁶⁴ (egészségügyért felelős államtitkár) által legfeljebb négy éves időtartamra felkért, az adott licenccel rendelkező gyakorlati szakember.

A halottvizsgálati szaktanácsadó licenc vizsgabizottságának összetételére eltérő szabályozást tartalmaz a rendelet. A bizottság összetétele:

- a vizsgabizottság elnöke,
- vizsgabizottsági tagok:
 - egy jogász végzettséggel és jogi szakvizsgával rendelkező, a büntetőjog, a közigazgatási jog, vagy az igazságügyi szakértéssel kapcsolatos joganyag területén legalább 5 éves szakmai tapasztalattal rendelkező személy,
 - egy, a kriminalisztikai szakterületen szakmai tapasztalattal rendelkező személy.

A vizsgabizottságok tagjainak felkérése a Nemzeti Vizsgabizottság hatásköre és feladata.

A vizsgabizottság a vizsgázó teljesítményét az adott licenc vonatkozásában a licencképzés és a licencvizsga szakmai tartalma alapján „kiválóan megfelelt”, „megfelelt” vagy „nem megfelelt” minősítéssel értékeli.⁶⁵

A vizsgázó a tanúsítvány kiállítását követően jogosult az adott licenc birtokában végezhető tevékenység folytatására. A vizsga sikeres letétele egyúttal a szabadon választható elméleti továbbképzésként a szakorvos továbbképzési kötelezettségének teljesítésébe is beleszámít.⁶⁶

A vizsgák tartalmára és menetére vonatkozóan a 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet, a Nemzeti Vizsgabizottság hivatalos honlapja, valamint az egyetemek és a szakmai szervezetek weboldala közöl információkat.

A diabetológia licencvizsga egységes, 21 tételből álló tételsora megtalálható a Nemzeti Vizsgabizottság honlapján.

DIABETOLÓGIA LICENCVIZSGA
EGYSÉGES TÉTELSORA⁶⁷

1. A diabetes mellitus diagnosztikája. A szénhidrát-anyagcsere zavar (csökkent glukóz tolerancia, emelkedett éhomi vércukor).
2. A diabetes mellitus epidemiológiája, felosztása
3. 1-es típusú diabetes mellitus klinikai jellegzetességei
4. 2-es típusú diabetes mellitus klinikai jellegzetességei
5. Pancreatogen diabetes mellitus
6. SGLT-2 gátlók
7. Non-secretagog orális antidiabetikumok
8. Secretagog orális antidiabetikumok
9. Inkretintengelyen ható készítmények
10. Inzulinkezelés 1-es típusú diabetes mellitusban
11. Inzulinkezelés 2-es típusú diabetes mellitusban
12. Inzulinpomba kezelés
13. Intenzív konzervatív inzulinkezelés
14. Inzulinanalógok
15. A diabeteses ketoacidózis és kezelése
16. Diabeteses neuropathia
17. Diabeteses nephropathia
18. Diabeteses retinopathia
19. Diabeteses macroangiopathia
20. Vércukor önellenőrzés, folyamatos szöveti glukózmonitorozás
21. Spontán hypoglykaemiák. Az insulinoma diagnosztikája.

PALLIATÍV ORVOSLÁS LICENCVIZSGA
EGYSÉGES TÉTELSORA⁶⁸

1. Ismertesse a palliatív és hospice ellátás fogalmát, a hospice mozgalom történetét, filozófiáját, a hospice alapelveket!
2. Ismertesse a hazánkban működő palliatív ellátási formákat, a palliatív ellátási formák igénybevételének módját, kritériumrendszerét és dokumentációs kötelezettségeit!
3. Ismertesse a palliatív ellátás hazai finanszírozási rendszerét és a civil erőforrások, önkéntesek szerepét a palliatív ellátásban!
4. Ismertesse a hospice és palliatív ellátás hazai törvényi és rendeleti hátterét!
5. Mutassa be a team munka jelentőségét a palliatív ellátásban, ismertesse a hospice team tagjait és feladatkörüket, kompetenciájukat!

6. Foglalja össze a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók pszichoszociális terhelésének összetevőit, a kiégés tüneteit és a megelőzés, támogatás módszereit!
7. Ismertesse a súlyos állapotú beteggel és családjával, valamint a haldokló beteggel való kommunikáció szempontjait és alapvető módszereit!
8. Ismertesse a rossz hírek közlésének lépéseit, lehetséges hibákat és elkerülési lehetőségeit!
9. Ismertesse a családi megbeszélések jelentőségét, célját és levezetésének lépéseit!
10. Ismertesse a főbb betegjogokat az Egészségügyi Törvény alapján, a beteg autonómiájának elvét, a beteg és hozzátartozók felvilágosításának főbb elveit, a tájékoztatáson alapuló beleegyezést és a kezelés visszautasításának jogát!
11. Mutassa be az eutanázia, a palliatív szedálás és a hospice/palliatív ellátás közötti különbségeket!
12. Ismertesse a haldoklás pszichológiai stádiumait és az ennek megfelelő pszichés támogatás főbb elemeit!
13. Ismertesse a halállal kapcsolatos attitűdöket, rítusokat és ismertesse ezek jelentőségét!
14. Ismertesse a beteg és család szükséglet és állapot felmérésének fontosságát, eszközeit!
15. Ismertesse a prognózis problematikáját, a prognosztikai tényezőket és azok interpretálását!
16. Ismertesse a fájdalom típusait, komplexitását, mérési lehetőségeit és a fájdalom anamnézis felvételének módszerét!
17. Ismertesse a neuropathiás fájdalom legfőbb ismérveit, patomechanizmusát, felosztását és felismerésének diagnosztikus lehetőségeit!
18. Ismertesse az egyes antineuropathiás szerek hatásmechanizmusát, mellékhatásprofilját és fontosabb interakcióit!
19. Ismertesse a fájdalom kezelésében alkalmazott adjuváns gyógyszerek hatásait, szerepét!
20. Ismertesse az opiát rezisztens fájdalomtípusokat és az opioid rotáció indikációját és gyakorlatát egy konkrét példán keresztül!
21. Ismertesse az áttöréssel járó fájdalomformákat és ezek kezelési lehetőségeit!
22. Ismertesse a fájdalomcsillapítás WHO lépcsőjét, annak változásait.
23. Ismertesse az egyszerű analgetikumok, NSAID-ok és gyenge opiátok helyét, hatásait, mellékhatásait, alkalmazásuk módjait a daganatos fájdalom csillapításában!
24. Ismertesse az erős opiátok farmakokinetikáját, hatásmechanizmusát és mellékhatásprofilját!

25. Ismertesse az opiát tolerancia, addikció fogalmát! Ismertesse az erős hatású szerek felírásának alapvető szabályait és írjon fel morphin cseppet!
26. Ismertesse a csontáttétek jelentőségét, diagnózisát, terápiáját!
27. Ismertesse a palliatív ellátás során gyakrabban alkalmazott invazív fájdalomcsillapító eljárásokat!
28. Ismertesse a hányinger–hányás okait, jelentőségét és kezelési lehetőségeit a palliatív ellátás során!
29. Ismertesse a székrekedés okait és kezelési lehetőségeit a palliatív ellátás során!
30. Ismertesse a bélelzáródás okait és kezelési lehetőségeit a palliatív ellátás során!
31. Ismertesse a csuklás, ízérzés zavarok, szájszárazság és viszketés okait és kezelési lehetőségeit a palliatív ellátás során!
32. Ismertesse az ascites és oedemák okait és kezelési lehetőségeit a palliatív ellátás során!
33. Ismertesse az étvágytalanság, cachexia-anorexia szindrómái okait és kezelési lehetőségeit a palliatív ellátás során!
34. Ismertesse a táplálékfelvétel organikus zavarainak okait és a mesterséges táplálás lehetséges indikációit a palliatív ellátás során!
35. Ismertesse a só- és folyadékháztartás zavarainak és kialakulásának okait, tüneteit és kezelési lehetőségeit a palliatív ellátás során!
36. Ismertesse a daganatos hypercalcaemia okait, prognózisát és kezelési lehetőségeit a palliatív ellátás során!
37. Ismertesse a köhögés, fulladás, felsőlégtüi obstructio okait és kezelési lehetőségeit a palliatív ellátás során!
38. Ismertesse a palliatív sürgősségi állapotokat, azok ellátásának lehetőségeit!
39. Ismertesse a haemoptoe, haemoptysis és mellkasi folyadékgyülem okait, kezelési lehetőségeit a palliatív ellátás során!
40. Ismertesse a vizeletürítési zavarok, haematuria és veseelégtelenség okait, kezelési lehetőségeit a palliatív ellátás során!
41. Ismertesse a palliatív ellátás során gyakrabban előforduló fertőzéseket és ezek diagnosztikáját, kezelési lehetőségeit!
42. Ismertesse a szteroid kezelés szerepét, lehetséges jótékony hatásait, mellékhatásait a palliatív ellátás során!
43. Ismertesse a thrombosis és véralvadás gátlás problémakörét a palliatív ellátásban!
44. Ismertesse a tumoros sebek kezelésének lehetőségeit!
45. Ismertesse az agyi áttétek tüneteit, felismerésének és kezelésének lehetőségeit, az agytumorkhoz társuló epilepszia kezelési lehetőségeit!
46. Ismertesse a daganatos betegségek és csontáttétek neurológiai komplikációit, a gerincvelő compressio tüneteit, felismerési és terápiás lehetőségeit!
47. Ismertesse a terminális állapotú neurológiai (Amyotrophiás lateralsclerosis, Parkinson syndroma) és neurodegeneratív betegek palliatív ellátásának szempontjait!
48. Ismertesse a terminális állapotú máj-, vese-, tüdő- és szívbetegek palliatív ellátásának szempontjait!
49. Ismertesse a szorongás, pánik roham problematikáját és kezelési lehetőségeit a palliatív ellátás során!
50. Ismertesse a depresszió, suicidum problematikáját és kezelési lehetőségeit a palliatív ellátás során!
51. Ismertesse a delirium, zavartság okait és kezelési lehetőségeit az életvégi gondozás során!
52. Ismertesse a palliatív szedáció fogalmát, alkalmazásának indikációját és módját a palliatív ellátás során!
53. Ismertesse az agonális időszak ellátási szempontjait, a minimál-terápiát!
54. Ismertesse család támogatását az agonális időszakban (gyakorlati és pszichés)!
55. Ismertesse az alternatív gyógyszerbeviteli módok lehetőségeit, nyelési képtelenség, hányás és agonizáló betegek esetében!
56. Ismertesse a paraneoplasticus syndromákat és jelentőségüket a palliatív ellátás során!
57. Ismertesse a palliatív ellátás során felmerülő etikai dilemmákat (infekciók kezelése, transzfúzió, parenterális táplálás, az agyi dehydratio felfüggesztése, a tápszonda kérdése, terminális sedatio)!
58. Ismertesse a palliatív onkológia kezeléseket!
59. Ismertesse a vallás, spiritualitás és kulturális szempontok jelentőségét a palliatív ellátás során!
60. Ismertesse a normál gyász pszichológiai folyamatát, a depresszió és normál gyász közti főbb különbségeket!
61. Ismertesse a komplikált gyász típusait, erre hajlamosító tényezőket, valamint a pszichés támogatás és kezelés módszereit!
62. Ismertesse és kritikusan értékelje a komplementer és alternatív kezelési lehetőségeket!
63. Mutassa be a hospice társadalmi szemléletformálásra irányuló küldetését, ismertesse ennek lehetőségeit!
64. Ismertesse a pszichoszociális támogatás definícióját, alapelveit és céljait a palliatív ellátás során!
65. Mutassa be a gyermek- és kamaszkorú családtagok pszichoszociális támogatásának speciális vonatkozásait!

A Pécsi Tudományegyetemen a tételsor két részre lett osztva:

1. orvosi tételek
(16–53. tételek, valamint 55-56. tételek),
2. egyéb (etikai, jogi, kommunikációs, finanszírozási, menedzsment stb.) témakörökkel kapcsolatos tételek
(1–15., 54., 57–65. tételek).

A vizsgázóknak mindkét témakörből húznia kell egy-egy tételt a vizsgán, továbbá a vizsgabizottság a vizsgára bocsátás feltételeként előírt esettanulmányokról is tesz fel kérdéseket.⁶⁹

A halottvizsgálati szaktanácsadó licencképzés gyakorlati és szóbeli vizsgával zárul:

- A gyakorlati vizsga
 - *írásbeli tesztkérdésekből, valamint*
 - *„(1) kivetített képek halálloki felismeréséből és (2) rendkívüli halálesetek (korai és késői hullajelenségek, élőben és halotton keletkezett külsérelmi nyomok elhatárolása) boncteremben történő értékeléséből áll.*
- A szóbeli vizsgán az előre kiadott kérdések részben a jogszabályok ismeretét, részben alapvető orvosi és kriminalisztikai ismereteket hivatottak felmérni.”⁷⁰

III./10.

Adatok a licencvizsgáló orvosokról

A szakorvosi licencvizsgáló orvosokról az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Emberi Erőforrás-fejlesztési Főigazgatóság Elismerési és Monitoring Főosztálya által rendelkezésünkre bocsájtott adatok alapján fogalmazhatunk meg megállapításokat.⁷¹ Ezen adatok a 2014 és 2018 közötti időszakra vonatkoznak.

A 2014 és 2018 közötti időszakban az Állami Egészségügyi Ellátó Központ illetékes főosztályának nyilvántartása szerint 599 orvos tett diabetológia, 173 fő hipertoniológia, 110 fő palliatív orvoslás, és 4 fő halottvizsgálati szaktanácsadó licencvizsgát.

A III./7. ábra alapján jól látszik, hogy az orvosok akkor szerezték meg nagy számban a licenctanúsítványt, amikor a licencek bevezetésekor még képzés nélkül teheték ezt meg. Azóta a vizsgát letevők száma rohamosan csökkent.

A vizsgált négy licencvizsgáló bejelentkező orvosok túlnyomó többsége sikeres vizsgát tett az elmúlt 5 évben. (Lásd: a III./7. táblázatban közölt adatokat.)

Az adatelemzés során külön megvizsgáltuk, hogy a négy, háziorvosi szakvizsgálóval is megszerezhető licenc esetében hányan vannak azok, akik 2014 óta megszerezték az adott licenceket, és háziorvostan szakvizsgálóval is rendelkeznek.

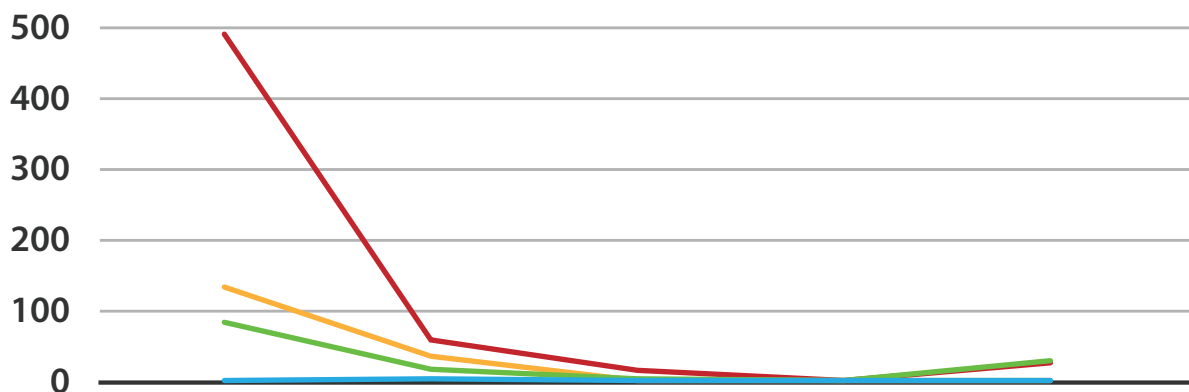
Az 599 diabetológia licencvizsgát tett orvos közül összesen 98 rendelkezik háziorvosi szakvizsgálóval, ami 16,4%-ot jelent. Ahogy a licencvizsgát szerzők összességében, úgy a házi-orvosok is 2014-ben, az első, egyszeri kivételes eljárásban, a korábbi teljesítés érvényesítésével tették le a vizsgát nagyobb számban.

2014 és 2018 között 173 orvos tett hipertoniológia licencvizsgát, és 15%-uk (26 fő) rendelkezik háziorvostan szakvizsgálóval is. Háromnegyedük (19 fő) szintén 2014-ben tette le a licencvizsgát.

A négy vizsgált licenc közül a palliatív orvoslás tanúsítványt megszerzők körében a legmagasabb a háziorvosi szakvizsgálóval rendelkezők aránya. 2014 és 2018 között 110 fő tett palliatív orvoslás licencvizsgát, és közülük 26,4%-nak (29 főnek) van háziorvostan szakvizsgálója.

Halottvizsgálati szaktanácsadó licencvizsgát mindössze 4 fő tett 2014 és 2018 között, és közülük egy főnek van háziorvosi szakvizsgálója.

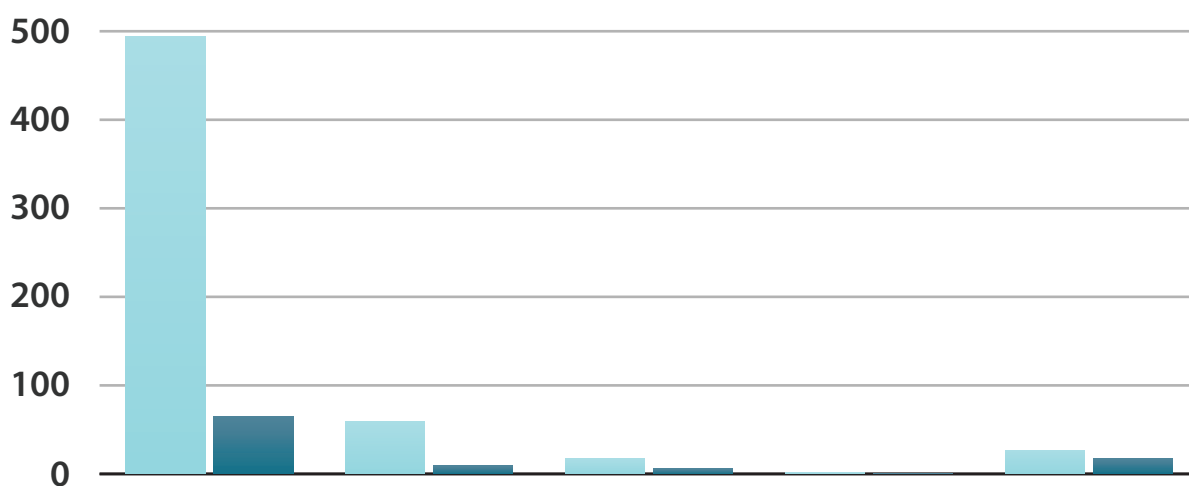
III/7. táblázat: A 2014 és 2018 között diabetológia, hipertonológia, palliatív orvoslás és halottvizsgálati szaktanácsadó licencvizsgára jelentkezők és végzetek száma és aránya



Licenc típusa	2014			2015			2016			2017			2018		
	B	L	L%	B	L	L%	B	L	L%	B	L	L%	B	L	L%
Diabetológia	495	494	99,8%	64	59	92,2%	21	17	81,0%	2	2	100,0%	30	27	90,0%
Hipertonológia	136	135	99,3%	38	36	94,7%	1	1	100,0%	1	1	100,0%	0	0	0%
Palliatív orvoslás	84	84	100,0%	23	18	78,3%	5	5	100,0%	1	0	0%	6	30	50,0%
Halottvizsgálati szaktanácsadó	0	0	-	3	3	100,0%	0	0	0%	0	0	-	1	1	100,0%

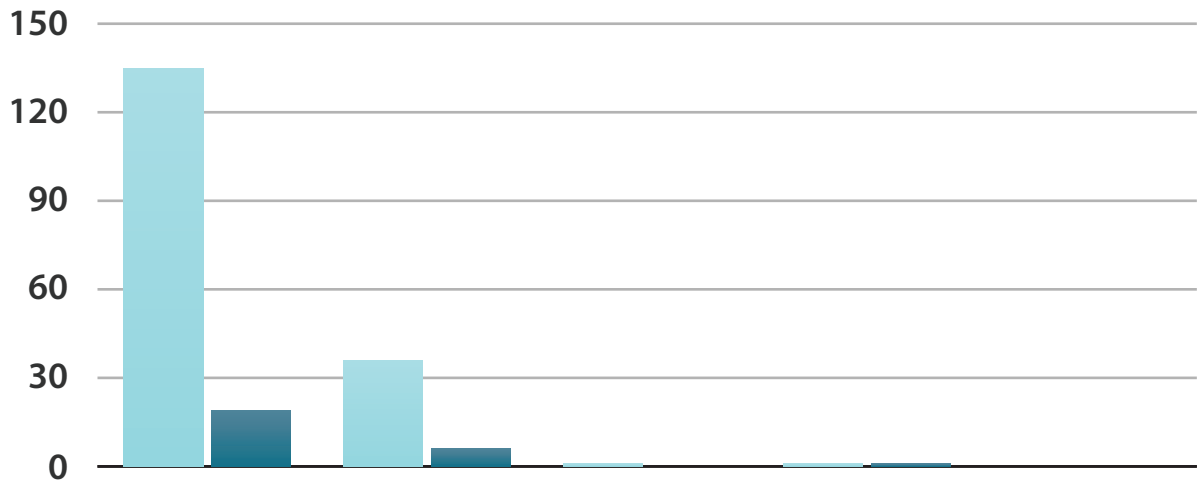
B - Bejelentkezett L - Levizsgázott L% - Bejelentkezettek közül sikeres levezsgázott

III/8. táblázat: A 2014 és 2018 között diabetológia licencvizsgát szerzett orvosok száma, és abból azok száma, akik háziorvostan szakvizsgával rendelkeznek



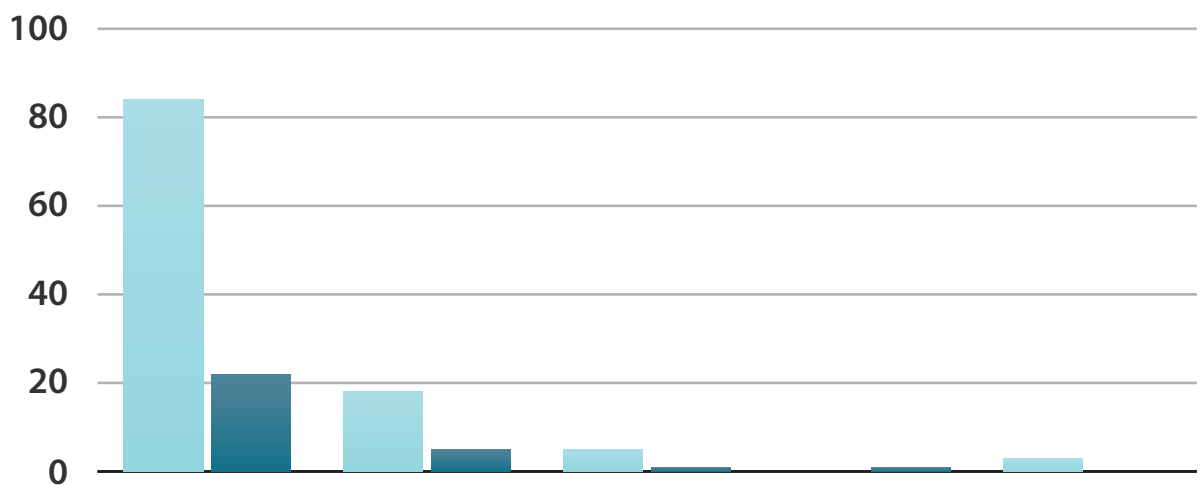
Licenc típusa	2014	2015	2016	2017	2018
Licenc vizsgát tett (fő)	494	59	17	2	27
Ebből háziorvosi szakvizsgával rendelkezik (fő)	65	9	6	1	17

III/9. táblázat: A 2014 és 2018 között hipertológia licencvizsgát szerzett orvosok száma, és abból azok száma, akik háziiorvostan szakvizsgával rendelkeznek



Licenc típusa	2014	2015	2016	2017	2018
Licenc vizsgát tett (fő)	135	36	1	1	0
Ebből háziiorvosi szakvizsgával rendelkező (fő)	19	6	0	1	0

III/10. táblázat: A 2014 és 2018 között palliatív orvoslás licencvizsgát szerzett orvosok száma, és abból azok száma, akik háziiorvostan szakvizsgával rendelkeznek



Licenc típusa	2014	2015	2016	2017	2018
Licenc vizsgát tett (fő)	84	18	5	0	3
Ebből háziiorvosi szakvizsgával rendelkező (fő)	22	5	1	1	0

III./11.

Gyakorlati konzekvenciák: mit ér a licenc ma Magyarországon?

A szakorvosi licencvizsgálóval rendelkező orvosokról az Állami Egészségügyi Ellátó Központ Emberi Erőforrás-fejlesztési Főigazgatóság Elismerési és Monitoring Főosztálya által rendelkezésünkre bocsájtott adatok ala

A szakorvosi licenc bevezetésének célja az volt, hogy biztosítsa a technológiai változásokhoz való folyamatos alkalmazkodást, továbbá, hogy rövid időtartamú szakirányú képzéseket nyújtson az alap-, illetve ráépített szakvizsgák által megszerezhető ismeretekkel le nem fedett területekre vonatkozóan. A bevezetés további szakmai szándéka volt, hogy elismerje a szakvizsgálóval nem rendelkező, az adott szakterületeken dolgozó, speciális szaktudással rendelkező orvosok munkáját, és rendeleti szinten szabályozza e kompetenciákat és jogosultságokat.

A licencképzések bevezetése nem jelent olyasfajta kizárólagosságot, amely alapján csak azok az orvosok végezhetnék az egyes licencképzések alapját képező tevékenységet, akik ezzel a tanúsítvánnyal rendelkeznek. Ezeket a tevékenységeket a szakképesítés alapján más alap szakképesítéssel rendelkező személy is végezhet. A nemzetközi gyakorlat sem egységes e tekintetben. Egyes országokban bizonyos pozíciók betöltésekor előírás a licencvizsgálóval egyenértékű tanúsítvány megléte, máshol csak ajánlott, vagy a későbbiekben válik majd kötelezővé, amikor már kellő számban lesznek jelen a betegellátásban az adott végzettséggel rendelkező orvosok.⁷²

A vizsgált szakorvosi licencképzések gyakorlati jelentőségéről személyes és telefonos megbeszéléseket folytattunk olyan orvosokkal (témánként egy-két fővel), akik rendelkeznek diabetológia/hipertoniológia/palliatív orvoslás licencvizsgálóval⁷³ és házirosvostan szakvizsgálóval is, jól ismerik az adott területet (pl. grémiumvezetők, országos szakmai szervezetben vezető tisztségben tevékenykednek), és a gyakorlatban házirosvosként és/vagy azon a szakterületen dolgoznak, amelyre a licenctanúsítványt megszerezték. A megbeszélések az alábbi kérdésekre fókuszáltak:

- Mi a jelentősége a licencvizsgálóknak ma Magyarországon?
- Milyen gyakorlati haszna van a licencvizsgálóknak (pl. gyógyszerjavaslat, gyógyszerfelírás, gyógyszerfelírás magasabb támogatással, gyógyászati segédeszköz javaslat, gyógyászati segédeszköz felírás)?

- Mi az a plusz (kompetencia, jogosultság stb.), amit a licencvizsga hozzáad a házirosvosi munkához?
- Összességében mi a véleménye a szakorvosi licencképzés és licencvizsga hazai rendszeréről?

A gyakorlati tapasztalatok alapján a diabetológia licenc jelentősége, hogy államilag elismeri azt a plusz ismeretanyagot és gyakorlati szaktudást, amivel tanúsítványt szerző orvosok rendelkeznek. Problémát jelent viszont, hogy a szakmai kompetenciák mellett a diabetológia licenc önmagában nem jár plusz jogosultságokkal, pl. gyógyszerrendelés vagy gyógyászati segédeszköz felírása tekintetében, ezeket a diabetológia licenccel rendelkező házirosvosok nem írhatják fel saját hatáskörben. Szerződött szakellátó helyeken végezhetnek diabetológiai rendelést, és ez különösen nagy jelentőséggel bír azokban a vidéki egészségközpontokban, ahol diabetológus szakorvos nem elérhető. A diabetológiai licenc birtokában számos olyan feladatot elláthatnának a házirosvosok is, ami jelenleg a szakrendelések hatásköre, mivel a szükséges tudással már rendelkeznek. Fontos szempont, hogy a tevékenységekhez finanszírozás is kapcsolódjon, mivel a licenc megszerzése számottevő költséggel jár az orvosok számára (23.000 Ft/hó licenc képzési díj 24 hónapon keresztül, plusz 30.000 Ft vizsgadíj, azaz összesen 582.000 Ft).

Hasonló a helyzet a hipertoniológia licenc esetében is. A licenc jelentősége, hogy elismeri a speciális jártasságot, de valódi plusz jogosultságokat nem jelent a gyakorlati betegellátásban, mivel javaslattevési és gyógyszerfelírási jogosultság nem kapcsolódik hozzá. Rendszerint más szakrendelések (pl. belgyógyászat) idő- és költségkerete terhére rendelnek a hipertoniológia licencvizsgálóval rendelkező orvosok. Mindez azt jelenti, hogy az eredeti tervek (házirosvosi praxisban, belgyógyászat és társterületei keretén belül elkülönített rendelési lehetőség, többletfinanszírozás) és célok (a hipertónia gondozókban dolgozó orvosok szakmai fejlődésének stratégiai módon történő elősegítése, a hipertónia ellátás és gondozás javítása, a hipertónia mint önálló szakterület elismertetését) a jelenlegi feltételrendszer és finanszírozás (pontosabban annak hiánya) mellett csak részben vagy még egyáltalán nem teljesülhetnek. E licenc esetében is meg kell említeni az orvosok anyagi érdekeltségét. Ha a licencvizsgálóval rendelkező orvosok nem kapnak a jelenleginél nagyobb gyakorlati jelentőségű jogosultságokat (finanszírozással együtt), úgy a tanúsítvány megszerzése továbbra sem rentábilis a számukra. (A költségek megegyeznek a diabetológia licenc költségeivel.)

A palliatív orvoslás licenc esetében is hasonlóak a gyakorlati tapasztalatok. A megszerzett plusz tudás hasznos a betegellátásban, javaslattevési és gyógyszerfelírási jogosultsággal azonban nem rendelkeznek, és ugyanez vonatkozik a gyógyászati segédeszközökre is. A palliatív orvosok is más (pl. onkológiai) szakrendelés keretében végzik tevékenységüket. A háziorvosi praxisban is a speciális tudás az, amiben pluszt jelent a licencvizsga.

A vizsgált négy szakorvosi licenc közül – ahogy azt a tanúsítványt megszerzők száma is előre vetíti (összesen 3 fő az egész országban) – a halottvizsgálati szaktanácsadó licenc gyakorlati jelentősége elhanyagolható. A halottvizsgálati szaktanácsadók közhiteles, hatósági névjegyzékének összeállítása és vezetése az egészségügyi államigazgatási szerv feladata, de képzett szakemberek hiányában ez nem valósulhatott meg.

Összegzésképpen megállapítható, hogy a hazai szakorvosi licenc rendszere – szándékait illetően – beleillik a nemzetközi trendbe. A megvalósítás azonban a jogosultságok és a tevékenység finanszírozása vonatkozásában megrekedt, így a licencvizsgák gyakorlati használatát a jelenlegi formában megkérdőjelezhető.

A licencek megszerzése jelentős költségekkel jár az érintettek számára (még akkor is, ha a szakmai testületek igyekeznek képzési támogatásokkal segíteni az orvosokat), ami a jelenlegi körülmények között nem térül meg. Így féltő, hogy a szakorvosi licenrendszer az orvosok részéről érdektelenségbe fullad, amit az idősoros adatok is tükröznek. Mindenképpen szükség van arra, hogy valamennyi licenc esetében kidolgozásra kerüljön a jogosultságok hozzárendelése és a licencek birtokában végzett tevékenységek finanszírozási háttérének megteremtése.

III./12.

Összefoglalás és a fejlődési irányok meghatározása

A magyar lakosság nem kielégítő népegészségügyi mutatói arra ösztönöznek bennünket, hogy a nagy társadalmi jelentőséggel bíró krónikus betegségek megelőzéséért, szűréséért, hosszú távú gondozásáért felelős alapellátási rendszert számos ponton újragondoljunk, tökéletesítsük. Az egyik legfontosabb fejlődési irány az alapellátásban foglalkoztatott szakemberek képzettségének optimalizálása, kompetenciahatáraink bővítése. Az ilyen irányú erőfeszítéseket két csoportra oszthatjuk: általánosan elvárt kompetenciákat rendelkezünk az alapellátási dolgozók képzéséhez, és beszélhetünk egyéni döntés alapján speciális érdeklődés vagy ellátási igény miatt megszerzett kompetenciákról. Utóbbira jelenlegi magyarországi helyzet kevés reális lehetőséget biztosít. A mindennapi háziorvosi tevékenység mellett államilag elismert szakképzés nagy erőfeszítések árán is alig teljesíthető. Az ambiciózus, belső fejlődési igénnyel rendelkező kollégák emiatt gyakran más képzési formák felé fordulnak, sokszor például természetgyógyászati irányban fejlesztik kompetenciájukat. A licencképzés lehetősége nagyon jelentős előrelépés lehetne ezen a területen.

Eredménytermékünk részletesen vizsgálja a licencképzés jelenlegi magyarországi helyzetét. Megállapítja, hogy a jogszabályi háttér viszonylag átgondolt, a háziorvosok számára négy licencképzésben való részvétel lehetséges. Ezek közül a „halottvizsgálati szaktanácsadó” licenc egyelőre nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, bár kétségtelen, hogy a halottvizsgálat folyamatának operacionalizálása javíthatná a patológiai osztályok túlterheltségét, és a halálokokkal kapcsolatos népegészségügyi statisztikák validitását. A másik három, háziorvosok számára nyitott licenc valós szakmai igényeket elégít ki. A képzéseken elégséges számú kolléga vesz részt annak ellenére, hogy jelenleg sem jogosultságaikat, sem finanszírozásukat nem befolyásolja a licenc megszerzése.

A későbbiekben mindezek emiatt négy fronton javasoljuk a licencképzések továbbfejlesztését.

1. A licencek körének jelentős bővítése

Mivel a licenc nem feltétlenül „egyszerűsített szakvizsga”, nem csak meglévő szakmakóddal rendelkező szakterületekhez lehet rendelni licencképzést, hanem a palliatív medicina képzéshez hasonlóan újonnan körvo-

nalazott szubdiszciplínákban való jártasság kifejezésére is alkalmas. Mindenképpen olyan területeken van létjogosultsága az új szakorvosi licencekbevezetésének, ahol a nagy eset-szám és a rendelkezésre álló járóbetegellátási kapacitás szűkössége miatt úgyszólván a házi-orvosi tevékenység körében valósul meg az adott probléma menedzselése. Néhány javaslat a licencek körének bővítéséhez:

a. Rehabilitációs licenc. Jelenleg a házi-orvosoknak az ágyhoz kötött, mozgásképtelen pácienseik test-távoli gyógyászati segédeszközökének rendeléséhez nincs meg a jogosultsága, ezeket a pácienseket mentővel kell a megfelelő jogosultsággal rendelkező szakellátó helyre szállíttatni, ahol rövid vizsgálat, és gyakran a házi-orvos tanácsa (de hivatalosan nem javaslata) alapján rendelésre kerül a megfelelő gyógyászati segédeszköz. Ezt a folyamatot jelentősen leegyszerűsítene a házi-orvosok gyógyászati segédeszköz rendelési jogosultságának elismerése. Kétségtelen, hogy erre a jelenlegi szakképzés nem készít fel, és az is világos, hogy a gyógyászati segédeszköz rendelés viszonylag jelentős költségvetési vonzata miatt ez a folyamat külön társadalombiztosítási kontrollt igényel. Mindezen problémákra optimális megoldásnak tűnik, hogy rehabilitációs licencképzés elvégzését szabjuk feltételül a gyógyászati segédeszközök jelenleginél szélesebb körének rendeléséhez.

b. Diagnosztika licenc. Jelenleg házi-orvosi tevékenységen belül nincs jogosultság CT, MR és izotópos vizsgálatok elrendelésére. A laborvizsgálatok egy része szintén nem rendelhető házi-orvos által, ilyenek például egyes hormonok, immunológiai vizsgálatok, szérum fehérje elektroforézis stb. A gyakorló házi-orvosok számára nehézség, hogy bár elméleti tudásuk meglehene a diagnosztikai vizsgálatok elrendeléséhez, a jogszabályi környezet ezt nem teszi lehetővé. Ugyanakkor kétségtelen, hogy a fenti vizsgálatok költségvonzata miatt az állam részéről is érthető a vizsgálatok rendelésének korlátozása, szakmaspecifikus feltételekhez történő rendelése. Mindezen problémákra optimális megoldásnak tűnik, hogy diagnosztikaorientált licencképzés elvégzéséhez társítsunk számos, az alapellátás számára jelenleg nem hozzáférhető diagnosztikai vizsgálat rendelkezéséig.

c. Pszichoszomatika licenc. Elsősorban német nyelvterületen a házi-orvosképzésnek is hangsúlyos eleme a pszichoszomatika. Pszichoszomatika alatt azt a szemléletet értjük, amely alkalmassá tesz az alapvetően testi tünetekkel és organikus elváltozásokkal jellemezhető esetek, kórképek lélektani szempontból is történő megközelítésére, kezelésére. A házi-orvoslás lényegét tekintve pszichoszomatikus helyzet – minden szakmai irányelv és jogszabály leszögezi a házi-orvos holisztikus gondolkodásának szükségességét. A valóságban azonban kevés ilyen irányú képzési és egyéb támogatást kapnak az alapellátásban dolgozó kollégák, ezt az űrt pedig optimálisan licencképzéssel lehetne kitölteni.

2. A licencképzések rendszerének újragondolása

A licencképzések rendszerének áttekintésekor a legszembetűnőbb erősség a szükséges jártasságok, képzési elemek átgondolt volta. Fel kell hívjuk azonban a figyelmet arra, hogy az egyes képzésekhez szükséges kórházi/szakrendelői gyakorlatok megszerzése a jelenlegi mennyiségben nem feltétlenül megoldható a kollégák jelentős része számára. Ugyanakkor elengedhetetlen a gyakorlati képzés, hiszen csak elmélettel nem lehet megfelelő jártasságot szerezni. Emiatt javasoljuk más gyakorlati képzési technikák bevezetését, például a szakmai szupervízió melletti esetvezetést és az esettanulmány készítést. A szóba jövő oktatási elemeket munkacsoportunk a B.V.1.2. eredménytermék oktatásmódszertani összefoglalójában részletezte.

3. A jogszabályi környezet fejlesztése, valódi előnyök megteremtése

A jogszabályi környezet módosítása is szükséges ahhoz, hogy a licencrendszerű képzési formákban történő jártasság szerzése valóban mélyítse az alapellátás gyógyító–megelőző tevékenységének hatékonyságát. Ehhez három területen van szükség gyökeres változásra:

a, Jogosultságok. A jelenlegi jogszabályi környezet összetett módon, törvények, kormányrendeletek és miniszteri rendeletek összességével szabályozza, hogy mely orvosi tevékenység milyen jogosultságokkal ruházza fel az azt gyakorló szakembereket. A licencképzések akkor nyerik el valódi súlyukat, ha megfelelő jogosultságok lesznek társíthatók hozzájuk, például a diabetológiai licenc meg fogja teremteni a jogosultságot egyes, jelenleg csak diabetológus szakrendelés keretén belül rendelhető gyógyszerek rendelésére.

b, Finanszírozás. A licenc alapján végzett tevékenység önálló felelősségi kört teremt az azt gyakorló orvos számára. Ugyanakkor a járóbeteg-ellátás igénybevételének mérséklődése folytán a társadalombiztosítás is forrást takarít meg azzal, ha az alapellátásban elterjed a licencrendszerű képzettségek alapján végzett gyógyító–megelőző tevékenység. Kézenfekvő, hogy a licencrendszerű képzésben szerzett kompetenciákat a gyakorlatban

beépíteni képes háziiorvosi praxisok finanszírozásában meg kell, hogy jelenjen ennek a plusz tevékenységnek az ellentételezése. Az ilyen jellegű finanszírozási protokollok kidolgozása projektünk önálló munkacsoportjának feladata.

c, Szakmakódok. A licenrendszerű képzések egy része önálló szakképzési rendszerek módosításával, tulajdonképpen egyszerűsítésével került kialakításra (pl. diabetológia, hipertoniológia). Más licenrendszerű képzések elvégzése önálló, új kompetenciakörökben való jártasságot fejez ki (pl. palliatív medicina). Az ilyen licencek alapján történő gyógyító–megelőző tevékenységek adminisztrációjához önálló szakmakódok létrehozása szükséges, ez pedig feltételezi a vonatkozó jogszabályok módosítását.

4. A licencekkel kapcsolatos kommunikáció fejlesztése

Jelenleg a licencképzések elterjedésének az is akadálya, hogy az alapellátásban dolgozó kollégák nem feltétlenül tájékozottak a licenrendszerű képzések előnyeinek vonatkozásában. Szükséges, hogy ilyen irányban megfelelő, folyamatos tájékoztatási tevékenység történjen a szakmai szervezetek részéről.

Összefoglalásul kijelenthetjük, hogy a licenrendszerű képzések elterjedésétől komoly változásokat várunk. Az alapellátásban foglalkoztatott humánerőforrás hatékonyabb kihasználása, a háziiorvosi életpálya vonzerjének növelése, a járóbetegellátás kapacitásának ésszerűbb felhasználása, az egészségbiztosítási források hatékonyabb eloszlása egyaránt várható egy valódi tartalommal bíró licencképzési rendszer elterjedésétől.

Irodalomjegyzék

- 1-2. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
3. Nemzeti Jogszabálytár. <http://www.njt.hu>
- 4-7. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
8. Nemzeti Jogszabálytár. <http://www.njt.hu>
9. ELŐTERJESZTÉS az egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeleteknek az egészségügyi ágazati képzésekkel összefüggő módosításáról, Budapest, 2013. július
10. Nemzeti Jogszabálytár. <http://www.njt.hu>
11. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
12. Nemzeti Diabetes Program. Előszó. Magyar Diabetes Társaság. https://www.doki.net/tarsasag/diabetes/info.aspx?sp=228&web_id=
13. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
- 14-15. Hipertónológusképzés. Magyar Hypertonia Társaság. http://hypertension.hu/docview.aspx?r_id=3739363837
16. A Magyar Hypertonia Társaság felhívása. Magyar Hypertonia Társaság. www.hypertension.hu
17. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
18. Centeno, C, Bolognesi D, Biasco G. Comparative Analysis of Specialization in Palliative Medicine Processes Within the World Health Organization European Region. Journal of Pain and Symptom Management Vol. 49 No. 5 May 2015. 861-870.
19. Bolognesi D, Centeno, C, Biasco G. Specialisation in Palliative Medicine for Physicians in Europe 2014. A supplement of the EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. European Association for Palliative Care (EAPC), 2014. http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Organization/Development%20in%20Europe%20TF/Specialisation/2014_SpecialisationPMPHysicianInEurope.pdf
20. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
21. http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/valtoznak_a_halottvizsgalat_szabalyai
- 22-32. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
33. Tájékoztató a diabetológiai licencképzésről. Magyar Diabetes Társaság. <http://www.diabet.hu/hirek.aspx?&nid=84013&archiv=1>
34. Az MDT pályázata a diabetológiai liszenszképzés támogatására. Magyar Diabetes Társaság. https://www.doki.net/tarsasag/diabetes/hirek.aspx?web_id=6BB5D9BFCC3BA6B&&nid=86338&cid=32
- 35-36. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
37. <http://semmelweis.hu/aok/egyeb-kepzesek/licenckepzes/>
38. <http://szti.pte.hu/content/licenckepzes-vezetok>
39. <https://mad-hatter.it.unideb.hu/portal/displayDocument/Szervezeti%20%C3%A1rak/Kari%20%C3%A1rak/AOK/Dokumentumt%C3%A1r/Oktat%C3%A1s/Szak-%20%C3%A9s%20tov%C3%A1bbk%C3%A9pz%C3%A9s/Licenc/Megszerezhet%C5%91%20licenc%20vizsg%C3%A1k/Hipertoniol%C3%B3gia%20licenc%20k%C3%A9pz%C3%A9si%20terv.pdf>
40. [file:///D:/Letolt/licence_gremiumvezetok_2019.07.08.%20\(1\).pdf](file:///D:/Letolt/licence_gremiumvezetok_2019.07.08.%20(1).pdf)
41. <http://semmelweis.hu/hirek/files/2019/04/gremium-elnoki-kinevezesek.pdf>
- 42-43. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
44. <http://semmelweis.hu/szak-es-tovabbkepzes/licenckepzes/>
45. <https://szti.pte.hu/content/licenckepzes-vezetok>
46. <https://mad-hatter.it.unideb.hu/portal/displayDocument/Szervezeti%20%C3%A1rak/Kari%20%C3%A1rak/AOK/Dokumentumt%C3%A1r/Oktat%C3%A1s/Szak-%20%C3%A9s%20tov%C3%A1bbk%C3%A9pz%C3%A9s/Licenc/Megszerezhet%C5%91%20licenc%20vizsg%C3%A1k/Hipertoniol%C3%B3gia%20licenc%20k%C3%A9pz%C3%A9si%20terv.pdf>
47. [file:///D:/Letolt/licence_gremiumvezetok_2019.07.08.%20\(1\).pdf](file:///D:/Letolt/licence_gremiumvezetok_2019.07.08.%20(1).pdf)

48. <http://semmelweis.hu/szak-es-tovabbkepzes/licenckepzes/>
49. Licencképzés. Akkreditált képzőhelyek. <http://semmelweis.hu/aok/egyeb-kepzesek/licenckepzes/>
50. <https://szti.pte.hu/content/licenckepzes-vezetok>
51. <http://semmelweis.hu/hirek/files/2019/04/gremium-elnoki-kinevezesek.pdf>
52. <https://mad-hatter.it.unideb.hu/portal/displayDocument/Szervezeti%20t%C3%A1rak/Kari%20t%C3%A1rak/AOK/Dokumentumt%C3%A1r/Oktat%C3%A1s/Szak-%20%C3%A9s%20tov%C3%A1bbk%C3%A9pz%C3%A9s/Licenc/Megszerezhet%C5%91%20licenc%20vizsg%C3%A1k/Palliat%C3%ADv%20orvosl%C3%A1s%20licenc%20k%C3%A9pz%C3%A9si%20terv.pdf>
53. A Szegedi Tudományegyetemen honlapján elérhető listán a palliatív orvoslás esetében grémiumvezető nem szerepel. [file:///D:/Letolt/licence_gremiumvezetok_2019.07.08.%20\(1\).pdf](file:///D:/Letolt/licence_gremiumvezetok_2019.07.08.%20(1).pdf)
- 54-55. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogyorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
56. <https://szti.pte.hu/content/licenckepzes-vezetok>
57. <http://semmelweis.hu/hirek/files/2019/04/gremium-elnoki-kinevezesek.pdf>
58. <https://mad-hatter.it.unideb.hu/portal/displayDocument/Szervezeti%20t%C3%A1rak/Kari%20t%C3%A1rak/AOK/Dokumentumt%C3%A1r/Oktat%C3%A1s/Szak-%20%C3%A9s%20tov%C3%A1bbk%C3%A9pz%C3%A9s/Licenc/Megszerezhet%C5%91%20licenc%20vizsg%C3%A1k/Halottvizsg%C3%A1lati%20szaktan%C3%A1csad%C3%B3%20licenc%20k%C3%A9pz%C3%A9si%20terv.pdf>
59. [file:///D:/Letolt/licence_gremiumvezetok_2019.07.08.%20\(1\).pdf](file:///D:/Letolt/licence_gremiumvezetok_2019.07.08.%20(1).pdf)
60. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogyorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
61. Elnöki levél. Magyar Diabetes Társaság. <http://diabet.hu/hirek.aspx?nid=36819&archiv=1>
62. Változás a licenc vizsgával kapcsolatos költségekben. Magyar Diabetes Társaság. <http://www.diabet.hu/hirek.aspx?nid=37776&archiv=1>
63. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogyorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
64. A hatályos rendeletben a miniszter megnevezés szerepel.
- 65-66. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogyorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
67. Diabetológia licencvizsga egységes tételsora. Nemzeti Vizsgabizottság. https://www.enkk.hu/files/2017/nvb/licenc/diabetologia_egyseges.pdf
68. https://www.enkk.hu/files/2017/nvb/licenc/palliativ_medicina_es_rehabilitacios_orvoslas_egyseges.pdf
69. Jegyzőkönyv. Palliatív orvoslás licenc képzéssel kapcsolatos szakmai megbeszélés, 2014. október 9. (kézirat)
70. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogyorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
71. Állami Egészségügyi Ellátó Központ Emberi Erőforrás-fejlesztési Főigazgatóság Elismerési és Monitoring Főosztálya adatközlése, 2019. 10. 21.
72. Centeno, C, Bolognesi D, Biasco G. Comparative Analysis of Specialization in Palliative Medicine Processes Within the World Health Organization European Region. Journal of Pain and Symptom Management Vol. 49 No. 5 May 2015. 861-870.
73. A halottvizsgálati szaktanácsadó licenc esetében a tanúsítvánnyal rendelkező orvosok alacsony száma miatt ettől eltekintettünk.

IV. FEJEZET

ÖSSZEFOGLALÓ ELEMZÉS A HAZAI HÁZIORVOSKÉPZÉSRŐL A FEJLESZTÉSI IRÁNYOK MEGHATÁROZÁSÁVAL

IV./1.

Bevezetés

Az általános orvosi, majd körzeti- és háziiorvosi (családorvosi) tevékenységet kezdetben általános orvosi diplomával lehetett gyakorolni, a háziiorvos képzés még nem létezett. Az alapellátó orvosok feladata az akut panaszok ellátása és a szakvélemények kiállítása volt, összetettebb, hosszú távú egészségügyi probléma esetén szakorvosok kezelték az embereket. Elsősorban prevenciós szemlélet egyre nagyobb térnyerése, ezen belül a krónikus belgyógyászati betegségek tünetmentes stádiumban történő felismerésének, kezelésének szükségessége irányította rá a figyelmet a háziiorvosi helyzetben rejlő lehetőségekre. A 20. század második felétől kezdve szerte a világon egyre hangsúlyosabbá vált a háziiorvosok képzése, körvonalazódni kezdett a háziiorvoslás mint speciális diszciplína. Magyarországon 1974-ben vezették be az Általános Orvosi szakvizsgát, majd fokozatosan az ehhez tartozó szakképzést, melynek neve a későbbiekben Háziiorvostan szakképzésre változott. A négy orvostudományi egyetemen tanszékek alakultak, a graduális képzésben is megjelentek a háziiorvoslással foglalkozó tantárgyak.

Napjainkban a háziiorvoslással kapcsolatos elvárások igen sokrétűek az állam és a lakosság irányából egyaránt, emiatt a szakmai fejlődés sokirányú. Ennek megfelelően a természetes azonosságok mellett elég jelentős divergenciát is

megfigyelhetünk az egyes képzőhelyek háziiorvostani képzésében. Jelen összefoglaló célja, hogy bemutassa a háziiorvosképzések jelenlegi helyzetét Magyarországon és a világban, rámutasson az esetleges fókuszpontokra és a hangsúlyeltolódásokra is. Távlati célunk, hogy mindezek alapján megkezdődjön egy egységes, a nemzetközi trendeknek és a hazai ellátási igényeknek is megfelelő, a 21. század háziiorvoslását szem előtt tartó háziiorvosi képzési rendszer kialakítása.

A munkánk, mely az EFOP 1.8.0 projekt keretén belül valósult meg (*B.V.1.3. eredménytermék*) a képzés jellegzetességeit foglalja össze a képzési irányok bemutatásával. Az alapellátásban dolgozó orvosok korfája alapján várható, hogy a közeljövőben jelentős számú háziiorvos kerül ki a rendszerből, a háziiorvosok kétharmada pedig jelenleg 55 év feletti. A pályakezdő fiatalok száma is csökkenő tendenciát mutat, a háziiorvosi rezidensi felvételikén a jelentkezők száma több alkalommal a meghirdetett helyek számát sem érte el, valamint a rezidensképzést elvégzők egy része sem folytatja praxisban a tevékenységét. (Tovább nehezíti a humánerőforrás területén kialakult helyzetet az, hogy az egészségügyi szakdolgozói területen egészen a közelmúltig nem volt alapellátás specifikus képzési forma.)

A fejezet első felét a háziorvoslás hátterének, történetének, presztízsének bemutatása alkotja, a második rész a fejlesztési irányokat foglalja össze.

IV./2. Módszertan

A családorvoslás történetét klasszikus könyvtári, illetve internetes irodalmi keresés nyomán foglaltuk össze. A tanszékek alakulásának ismertetése során a négy családorvostanszék munkatársai szolgáltattak információkat. Az egyes tanszékek különböző jubileumi ünnepi konferenciáinak visszatérő témája a korábbi történet bemutatása, jelen összefoglalónk nagymértékben épül ezekre a beszámolókra. A családorvoslás presztízsét bemutató fejezetrész fő forrása a Svájci Hozzájárulás keretein belül készített vonatkozó kutatás.

IV./3. Előzmények

“Tíz év alatt más ember lettem. És mi az oka? Agyondolgoztam magam. Reggeltől éjszakáig talpon vagyok, nem ismerek nyugalmat, éjjel meg csak fekszem a paplan alatt, attól rettegek, hogy elrúncigálnak valami beteghez. Amióta ismerjük egymást, egyetlen egy szabad napom se volt egész idő alatt. Hogyne öregedne meg az ember? (...) Egész nap ott veszködtem, le sem ültem, egy mákszemet se vettem a számba, még otthon sem hagytak pihenni: hoztak a vasúttól egy váltóórt; lefektettem az asztalra, hogy megoperáljam, ő meg fogja magát és meghal ott nekem a kloroformtól. És most, amikor épp nem kellene, fel-felébred bennem az érzés, mardos a lelkiismeret, mintha szándékosan öltem volna meg... Leülök, behunyom a szemem – így ni –, és azon gondolkodom; vajon, akik utánunk száz-kétszáz év múlva élnek, és akiknek a számára most törünk utat, megemlékeznek-e rólunk csak egy jó szóval is.”

Csehov: Ványa bácsi

A történelmi időkben az orvoslás egységes diszciplína volt, az egyes szakterületek a felvilágosodás után kezdtek elkülönülni egymástól. A 20. század első felére a fejlett világban kétszintű egészségügyi

ellátás alakult ki: az állandóan elérhető, elsősorban az akut panaszok ellátásával megbízott háziorvosok, és a komplexebb problémákat kezelő kórházak között oszlottak meg a feladatok. Magyarországon a II. világháború után a háziorvoslás (akkor néven: körzeti orvosi tevékenység) presztízse csökkenni kezdett, egyre inkább jellemzővé vált, hogy kontraszelekcióval kerültek körzetbe a kollégák, de sok volt köztük a származása, politikai nézetei miatt magasabb presztízsű orvosi tevékenységre alkalmatlannak minősített személy is.

Az első háziorvosi szakmai szervezet, a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete 1967-ben egy újsághirdetés nyomán alakult meg, és a következő évben már el is indította saját szakmai folyóiratát, a Medicus Universalist. Megkezdődött az alapellátás speciális viszonyainak megfogalmazása, a háziorvoslás mint önálló diszciplína kialakulása.

IV./3.1. A háziorvosképzés története Magyarországon

1974-ben egy miniszteri rendelet megteremtette az Általános Orvosi szakvizsga intézményét. Ezt jelentős viták előzték meg, nem volt egyszerű definiálni, hogy hogyan lehet éppen attól speciális a körzeti orvos tevékenysége, hogy általános. A szakvizsgához még sokáig nem tartozott önálló képzési rendszer, tetszőleges alapképzettséggel rendelkező kollégák vehettek rajta részt. 1978-ban jelent meg az első magyar szakkönyv Andor Miklós és Szatmári Marianna szerkesztésében. Ez mérföldkövet jelentett a háziorvosláshoz szükséges ismeretek megfogalmazásában, a szakmai kompetencia határok kialakítása megkezdődött.

A háziorvos-szakképzés a tanszékek alakulását követően jelent meg rezidensképzés formájában – mindez mintaként is szolgált a más irányultságú rezidensképzési rendszerek kialakítása során. A háziorvos rezidensek munkaviszonya központi költségvetési szerveken keresztül került létesítésre, munkahelyük a képzési tervüknek megfelelően változott. Kezdetektől igen nagy hangsúlyt kapott az oktató praxisban történő munkavégzés mellett a társszakmák tevékenységének minél szélesebb körű megismerése.

A szakképzés rendszeres többször módosításra került az azóta eltelt évtizedekben, azonban változatlanul háromféle modalitásra épül: kórházi osztályos gyakorlatok, praxisgyakorlat és elméleti képzési blokkok váltják egymást.

IV./3.2. A Tanszékek kialakulása Magyarországon

A magyarországi orvosképzés négy egyetemen, Budapesten, Debrecenben, Pécsen és Szegeden történik. A háziiorvosi szakképzési rendszer kialakítása szükségessé tette egyetemi tanszékek létesítését is. Kezdetektől problémát jelentett, hogy a háziiorvosi munka jellege miatt nem könnyű háziiorvosként az egyetemi standardoknak megfelelő oktatási és tudományos tevékenységet végezni, nehéz az egyetemi oktatói státusz megszerzése. Emiatt a tanszékek vezetői gyakran más szakterületek jeles képviselői, egyetemi tanárai lettek, az oktatói gárda nagyobb része viszont a kezdetektől háziiorvosokból állt. Az utóbbi években e téren is jelentős, pozitív változásoknak lehetünk tanúi. Dr. Rurik Imre gyakorló háziiorvosként szerzett egyetemi tanári címet, és lett a Debreceni Egyetem Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszékének tanszékvezetője, majd Dr. Csikós Ágnes is háziiorvosi alapképzettséggel vált a Pécsi Tudományegyetem Alapellátási Intézetének intézetvezető egyetemi docensévé. Számos háziiorvos kolléga szerzett PhD fokozatot, egyetemi címet, habilitációt. A jövőben szakmánk várhatóan meg tudja teremteni saját akadémiai bázisát.

Összefoglalónk során részletezni kívánjuk a tanszékek alakulásának történetét, be szeretnénk mutatni a legnagyobb hatású oktatókat, a számunkra legkedvesebb oktatói és tudományos eredményeket.

A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Családorvosi Tanszékének története

1984-ben Családorvosi oktatási csoportként kezdődött a családorvoslás graduális képzése tantermi előadásokkal, szemináriumokkal és praxisgyakorlatokkal, prof. dr. Arnold Csaba vezetésével.

1992. december 1-jén alakult meg a Családorvosi Tanszék, amelynek feladata a posztgraduális képzéssel bővült tovább.

1992-től szervezi a tanszék a 3 éves szakorvosképzést, melynek alapja az „1 hallgató – 1 oktató” modell. Háziiorvos tutor mellett, annak felügyeletével, biztonságos körülmények között sajátíthatja el a hallgató a családorvoslás elméleti és gyakorlati ismereteit. A törzsképzési idő teljesítése után részvizsgát tesznek a rezidensek, majd a szakgyakorlati idő után kerül sor a szakvizsgára. A Tanszék 2004 óta prof. dr. Kalabay László vezeti.

A *2008/2009-es tanévtől* kezdve került bevezetésre az I. évfolyamos hallgatók számára a Bevezetés a klinikumba c. tantárgy, mely a 2019/2020-as tanévtől Bevezetés a betegellátásba témára módosult. A tantárgy célja a leendő orvosok és a betegek közötti kapcsolat megalapozása, az orvosi gondolkodás megismertetése a hallgatókkal. Az oktatásban 48 budapesti oktató háziiorvos vesz részt.

A *2019/2020-as tanévtől* kezdve a IV. éves hallgatók számára blokkoktatás formájában történik a családorvostan oktatása. Az egy hallgató-egy oktató modellben történő képzés lehetővé teszi a családorvoslás gyakorlati ismereteinek elsajátítását. A gyakorlati oktatáson kívül szemináriumokon keresztül mélyül el a hallgatók tudása a családorvoslás szemszögéből.

Több mint 10 éve oktatja a tanszék a Családorvosi ismeretek című, kötelezően választható tantárgyat, amelyen kiscsoportos, szemináriumi formában kerülnek bemutatásra a családorvos munkájának sajátosságai.

A Családorvosi gyakorlat VI. éves oktatása gyakorlatorientált, alapja az egy oktató – egy hallgató modell. A gyakorlat ideje a 2013/2014-es tanévtől kezdve a korábbi 2 hétről 1 hétre csökkent. Az oktatásban a tanszék főállású oktatóin kívül külső oktatók is részt vesznek, összesen 297 fővárosi és vidéki oktató-családorvos.

A 2019/2020-as tanévtől kezdve a szigorlóév utolsó hat hetében szabadon választható formában klinikai blokk kerül megszervezésre, melyben a családorvostan is választható.

A tanszék lehetőséget biztosít tudományos diákköri munka végzésére, szakdolgozat és rektori pályázat írására. Évente számos rektori pályázat és 8-12 szakdolgozat születik, melyben az alapellátást érintő témák kidolgozására van lehetőség.

A Családorvosi Tanszék részt vesz tudományos kutatómunkában is. Akkreditált PhD altémákat működtet a Molekuláris Orvostudományok, a Klinikai Orvostudományok és a Mentális Egészségtudományok Doktori Iskolákon belül. Ezen kívül koordinálja az orvostovábbképzéseket is Budapesten és a Semmelweis Egyetem vonzáskörzetében.

2014-2018 között a Semmelweis Egyetem Palliatív orvoslás licencképzését a tanszék szervezte.

2020 januárjától Integratív Medicina Tanszéki Csoport kezdi el működését a Családorvosi Tanszékhez rendelt.

Jelenleg 9 főállású és 12 oktatásban részt vevő nem főállású oktatója van a tanszéknek.¹

A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszékének története

A Családorvosi és Foglalkozás-egészségügy Tanszék története a kilencvenes évek elejére nyúlik vissza, amikor nyilvánvalóvá vált, hogy a családorvoslás önálló diszciplína, melynek szükséges saját kurrikulumát és szakorvos képzési rendszerét megalkotni. A körzeti orvosi rendszer háziiorvosi rendszerré átszervezése pedig megkívánta, hogy a körzetekben dolgozók háziiorvostan szakképzésben részesüljenek, és szakvizsgát szerezzenek. A Debreceni Orvostudományi Egyetemen (DOTE, jelenlegi nevén Debreceni Egyetem) 1992-ben önálló szervezeti egységként dr. Ilyés István professzor vezetésével alapították meg a Családorvosképző Központot, amely 1998-ban Családorvosi Tanszékké alakult. Legelső és legnagyobb feladata volt az 1993–1998 között tartó háziiorvosi rekvalifikációs program lebonyolítása. A program az alapellátásban dolgozó több száz háziiorvos előképzettségtől függő átképzését biztosította, így 1998-ra a régió háziiorvosai megszerezhették az addig hiányzó szakképesítésüket.

A Tanszéken a háziiorvostan-szakképzés alapvető formája a háziiorvosi szakképzési program, mely során a végzett orvosok a változó jogszabályoknak megfelelően képzésben részesülnek. A Tanszék kialakította a szakképzés kurrikulumát, az oktató háziiorvosi praxisok rendszerét, a folyamatos továbbképzési rendszert, megszervezte az oktatásokat, a képzéseket, majd a szakvizsgákat Észak- és Kelet-Magyarországon. A folyamatos továbbképzések 5 éves ciklusokban zajlanak, és a háziiorvosok minőségi munkájának a biztosítására, szakmai fejlődésüknek elősegítésére épülnek. A Tanszékké alakulás után a feladatok kibővültek az alapellátással kapcsolatos tudományos kutatásokkal. A Tanszék 2005-ben csatlakozott az akkor megalakult Népegészségügyi Karhoz, ezzel is hangsúlyozva az alapellátás meghatározó szerepét a népegészségügyben és a lakosság egészségi állapotának javításában.

A Tanszéket 1992 és 2008 között Prof. Dr. Ilyés István, 2008 júliusától 10 éven át Prof. dr. Rurik Imre vezette.

2009-ben a tanszék neve és profilja kibővült a foglalkozás-örvostani szak- és továbbképzéssel, neve Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi

Tanszékre változott, illetve az egyetemi Foglalkozás-egészségügyi Szolgálat működtetésével szélesedtek feladatkörei. 2018 júliusa óta a tanszék megbízott vezetője Dr. Kárpáti István, egyetemi docens, a grémiumvezető Rurik Imre professzor úr továbbra is.

OKTATÁS

A Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék az oktatási és szakképzési feladatait saját oktatóival és külső háziiorvos-oktatók közreműködésével látja el. A továbbképzésekben a DE Klinikai Központ klinikáin és más oktató kórházakban dolgozó szakemberek segítségét is igénybe veszik. A Tanszéken a rezidensprogramot végzők és a korábbi rövidített programot befejezők háziiorvosi licencvizsgáztatását, valamint a háziiorvostanból szakvizsgáztatást a DE Szakképzési Grémium tagjai végzik. Az első foglalkozás-örvostani szakvizsgára 2011 őszén került sor, a társegyetemek vezető oktatóinak bevonásával.

Hazánkban először a Debreceni Egyetemen akkreditáltak egyetemi doktori (PhD) témát az alapellátásban az Egészségtudományok Doktori Iskola keretében.

KUTATÁS

A Tanszék kutatási profiljai közül a fontosabbak:

- a kardiovaszkuláris és metabolikus megbetegedések, rizikótényezők, gondozásuk,
- a csecsemőtáplálás és az allergiás betegségek kapcsolatának vizsgálata,
- sürgősségi ellátás,
- mentális egészség,
- andrológia, „aging male”,
- „health service research”, minőségbiztosítás és értékelés,
- foglalkozás-örvostan, munka- és üzemegészségügy.

A Tanszék munkatársai rendszeresen részt vesznek nemzetközi és hazai tudományos kutatási programokban.^{2,3}

A Pécsi Tudományegyetem Alapellátási Intézetének története

ÁLTALÁNOS BEVEZETŐ

A Pécsi Tudományegyetem Alapellátási Intézete a családorvoslást olyan orvosi szakterületnek tekinti, mely az egyén, a család, a kisebb közösségek számára komplex egészségügyi alapellátást nyújt. Ez a tevékenység az akut és a krónikus betegségek gyógyítására, továbbá gondozására és megelőzésére vonatkozik. Egészségügyi alapellátást jelent, amely a rendelőben és a beteg lakásán, az egyén számára elérhető közelségben humánusan valósul meg. Az ellátás szem előtt tartja az egyén és a család testi, lelki szociális igényét. Irányító integráló tevékenységével a beteg köré szervezi a szakellátást, és kapuórzó szerepével hozzájárul a magyar egészségügy optimális működéséhez. Az alapellátás a leginkább gazdaságos és költséghatékony szolgáltatás.

„Az Alapellátási Intézet és a Pécs-Baranyai Hospice Alapítvány együttes és összehangolt szakmai, oktatói és kutatói munkájának eredményeként az országban elsőként 2012. 07. 01-jén megalakult a Hospice-Palliatív Tanszék. A tanszék a hospice-palliatív szemlélet és gyakorlat megvalósítását, valamint tovább fejlesztését tartja fő feladatának regionális, országos és nemzetközi szinten. E célokat a graduális és posztgraduális oktatási, képzési programok fejlesztésével, az ellátási formák bővítésével, a szabályozási és finanszírozási rendszer kialakításában való együttműködéssel, valamint hazai és nemzetközi kutatási programok kidolgozásával és az azokban való részvétellel kívánja elérni. Azáltal, hogy a 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendeletben előírt »Törzsképzési tanfolyam«-on minden rezidens számára kötelező lett 40 órában a palliatív orvoslás oktatása, a posztgraduális képzésben jelentősen nőtt a diszciplína szerepe. A Tanszék munkatársai jelentős szerepet vállaltak az alap szakképesítésre ráépíthető palliatív licencképzés és vizsga követelmények kidolgozásában. 2014 óta 71 szakorvos szerezte meg Intézetünkben a palliatív orvos képzettséget. A posztgraduális képzés keretein belül szervezett Családorvosi kötelező szinten tartó tanfolyamokon külön blokkban hallgatják a háziorvosok a palliatív ismereteket. Félévente kerül megrendezésre a Palliatív licenkvizsga-felkészítő tanfolyam, ahol az érdeklődők elsajátíthatják a palliatív licenkvizsgához szükséges 80 órás elméleti képzés követelményeit. A Tanszék jövőbeli céljai között szerepel a palliatív orvoslás kötelező tantárggyá válása a graduális oktatásban, és a hospice-palliatív ellátási formák teljes integrálása a szociális és egészségügyi ellátó rendszerbe. Az egyetemi kapcsolatok mellett különösen fontosnak tartja más oktatási intézményekkel, ellátó és civil szervezetekkel való együttműködést is.”⁴ A Foglalkozás- és Munkaegészségügyi Tanszék feladata az Általános Orvostudományi Kar funkcióinak megfelelően az oktatás és a kutatás.

A PTE ALAPELLÁTÁSI INTÉZET MÚLTJÁNAK BEMUTATÁSA

- 1993.**
POTE Családorvostani Csoport létrehozása.
- 1999.**
A Családorvostani Intézet és Betegfelvételi Osztály létrehozása.
Igazgató: *Dr. Nagy Lajos egyetemi tanár.*
- 2003. január 1.**
Családorvostani Intézet és III. sz. Belgyógyászati Klinika (Akác utcai Klinikai Tömb).
Kiköltözés: 2003. április 15.
Igazgató: *Dr. Nagy Lajos egyetemi tanár.*
- 2010. január 1.**
Az önálló Családorvostani Intézet létrejötte.
- 2012. július 1.**
A Családorvostani Intézetben létrejött a Hospice-Palliatív Tanszék.
Mb. vezetője: *Dr. Csikós Ágnes egyetemi adjunktus.*
- 2012. november**
A Családorvostani Intézet új vezetője: *Dr. Balogh Sándor egyetemi tanár.*
- 2013. május**
A Családorvostani Intézet Rákóczi úti telephelyre költözése.
- 2015. október 8.**
Családorvostani Intézet elnevezés Alapellátási Intézet megnevezésre változik, ill. az Intézethez átkerül a Foglalkozás- és Munkaegészségügyi tanszéki csoport.
- 2016. május. 19.**
A Családorvostani Tanszék megalakulása.
A Családorvostani Tanszék és Foglalkozás- és Munkaegészségügyi tanszéki vezetője *dr. Balogh Sándor egyetemi tanár.*
- 2016. november 23.**
Az Alapellátási Intézet mb. igazgatója *dr. Csikós Ágnes egyetemi docens.*

KÜLDETÉS NYILATKOZAT

Intézetünk célja az orvoslás modern szemléletű oktatásának megvalósítása. A családorvoslás holisztikus szemléletű, az egyén és környezetének testi–pszichés–szociális egységében való ellátása. Oktatási–nevelési tevékenységünk magas szakmai–emberi és tárgyi feltételeknek felel meg.

A CSALÁDORVOS SZAKMAI JELLEMZŐI:

- folyamatos élethossziglan tartó, ismétlődő, rendszeres, kapcsolat az egyén és a család együttes ellátásával,
- felelősségvállalás az egészség helyreállítására és megőrzésére,
- problémaorientált betegség ellátás és megelőzés,
- komplexitás, amely vonatkozik a szomatikus, pszichés, szociális szférára,
- biztonságérzetet nyújtó interperszonális kapcsolat,
- az egészségügyi rendszeren belül irányító integráló szerep;
- a fent ismertetett alapfogalmak és szakmai jellemzők oktatása, valamint a háziiorvoslás iránt érzett elhivatottság fokozása a célja a rezidens oktatásnak.

A Szegei Tudományegyetem, Családorvosi Intézet és Rendelő története

1991-ben az alapellátás iránt érdeklődő, lelkes klinikusok, valamint háziiorvosok részvételével, Dr. Hajnal Ferenc, akkor adjunktus úr vezetésével a SZOTE I. sz. Belgyógyászati Klinika keretén belül megalakult a Háziiorvostan Oktató Csoport. Elsődleges küldetése a rendszerváltás után megindult többszintű profilú oktatási feladatok teljesítése volt, 1991-től az orvostanhallgatók, 1992-től a háziiorvos rezidensek, 1993-tól pedig a rendszerben működő, akkor szakképesítéssel még nem rendelkező orvosok felzárkóztató háziiorvostan képzése volt. A Családorvosi Intézet, az Oktató csoport jogutódjaként, 1996-ban kezdte meg önálló tevékenységét. Első intézetvezetője Dr. Hajnal Ferenc professzor úr lett. Eddigi tevékenységei 1998-tól kiegészültek a háziiorvosok kötelező továbbképzéséből adódó okta-

tási feladatok teljesítésével. 2015 óta Prof. Dr. Varga Albert intézetvezető egyetemi tanár irányításával folyik az intézet tevékenysége, mely továbbra is magában foglalja a betegellátó tevékenységet, az oktatást, valamint a kutatást egyaránt. A graduális, valamint posztgraduális képzés mellett a régióban működő mintegy 1000 háziiorvos számára biztosít az Intézet megfelelő számú és minőségű programokat továbbképzési kötelezettségük maradéktalan teljesítésére.⁵

A magyarországi orvosi egyetemek graduális képzése során történő háziiorvostan-oktatás összehasonlító elemzése

A B.V.1.2. Eredménytermék keretében részletesen bemutatásra került az egyes tanszékek háziiorvostan-oktatási programja. Jelen alfejezet célja az egyes tematikák összehasonlítása, így pontosabb képet adva a hazai családorvostan oktatásáról a graduális képzés során. Habár valamennyi egyetemen folyik idegen nyelvű oktatás is, jelen munkában, melynek elsődleges célja alapot biztosítani a későbbi fejlesztési irányok meghatározásának, kizárólag a magyar képzések összehasonlító elemzése történt meg.

Általánosságban elmondható, hogy valamennyi egyetem képzési programjában szerepet kap a családorvoslás, azonban a megjelenés időpontjában, időtartamában és módjában jelentős különbségek fedezhetőek fel. Az alábbi táblázatban (IV./1. táblázat) az egyes egyetemek családorvosi tanszékei által meghirdetett kötelező, illetve kötelezően választható kurzusai láthatók, évfolyamonkénti bontásban.

Némileg önkényesen, ám didaktikai szempontból – az áttekintést megkönnyítendő – a családorvosi tanszékek hatáskörébe tartozó kurzusok témái négy fő csoportba sorolhatók:

1. „általános”, orvosi hivatást, attitűdöt megalapozó témák (pl. kommunikáció, kéregségmegelőzés stb.),
2. „háziiorvoslás-specifikus” témák (pl. háziiorvosi team, háziiorvos szakértői feladatai stb.),
3. „klinikai” témák (pl. hipertónia gondozás),
4. praxisgyakorlat.

IV./1. táblázat: Kötelező és kötelezően választható tantárgyak a hazai egyetemeken

	Budapest	Debrecen	Pécs	Szeged
I. évfolyam	<p><i>Bevezetés a betegellátásba</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kötelező • gyakorlat • 28 óra 		<p><i>Orvosi kommunikáció a gyakorlatban</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • előadás és gyakorlat <p><i>Orvosi kommunikáció</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • nyári praxisgyakorlat • 1 hét 	
II. évfolyam				
III. évfolyam				
IV. évfolyam	<p><i>Családvostan</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kötelező • gyakorlat és szeminárium • 20 óra <p><i>Családvostani ismeretek*</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kötelezően választható • előadások • 26 óra 	<p><i>Családvostan nyári gyakorlat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • nyári gyakorlat 	<p><i>Családvostani ismeretek*</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kötelezően választható • előadás • 2x30 óra <p><i>Orvos–beteg kommunikációs tréning</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kötelező • előadás, gyakorlat • 1 nap 	
V. évfolyam	<p><i>Családvostani ismeretek*</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kötelezően választható • előadások • 26 óra 	<p><i>Általános orvostan/ Családvostan</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kötelező • szeminárium • 10 óra 	<p><i>Családvostan</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • előadás és gyakorlat 	<p><i>Családvostani ismeretek*</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kötelezően választható • előadás • 2x30 óra <p><i>Foglalkozás-orvostani ismeretek*</i></p> <p><i>Orvos–beteg kommunikációs tréning</i></p>
VI. évfolyam	<p><i>Családvostan praxisgyakorlat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kötelező • 1 hét 		<p><i>Családvostan praxisgyakorlat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • kötelező • 2 hét 	<p><i>Foglalkozás-orvostani ismeretek*</i></p> <p><i>Háziorvosi praxisgyakorlat</i></p>

*IV. vagy V. évfolyamon teljesíthető

1. „ÁLTALÁNOS”, ORVOSI HIVATÁST, ATTITŰDÖT MEGALAPOZÓ TÉMÁK:

Ebbe a csoportba olyan témakörök esnek, melyek nem kizárólag a háziiorvosi munkához köthetőek, azonban annak holisztikus jellege miatt sok esetben a családorvosi tanszékek oktatják azokat. Azonban nem kizárólagosan, számos esetben (pl. tanatólógia: SZTE Magatartástudományi Intézet kurzusa) más tanszékek hatáskörébe tartoznak, így teljes értékű összehasonlításra az egyes egyetemek között kizárólag a teljes kurikulum áttekintésével nyílna mód.

- Orvosi kommunikáció: valamennyi tanszéken hangsúlyos elem, komplex elméleti + gyakorlati képzés zajlik. Pécssett, egyedülálló módon, az I. évfolyam végén 30 órás kommunikációs gyakorlatot tölt valamennyi hallgató háziiorvosi praxisban;
- Orvosi hivatás, életpálya;
- Diagnosztika, döntéshozatal;
- Kiegészítő megelőzés;
- Életvégi ellátás, hospice;
- Általános gyakorlati orvosi készségek.

2. „HÁZIORVOSLÁS-SPECIFIKUS” TÉMÁK:

Azon témák összessége, melyek alapvetően a háziiorvosi hivatásra jellemzőek. Ismertetésük mélyebb betekintést nyújt a hallgatóknak a mindennapi háziiorvosi munkába, életpályába.

- A családorvoslás fogalma, sajátosságai;
- A családorvoslás története;
- A családorvos helye, szerepe az egészségügyben;
- Praxisszervezés, pályakezdés;
- Háziiorvosi team;
- A vidéki családorvos munkájának specialitása;
- Konzílium, konzultáció, betegutak;
- A család mint egység;

- Prevenció, egészségnevelés, szűrővizsgálatok;
- Krízishelyzetek a családorvosi gyakorlatban;
- Az orvos–beteg kapcsolat sajátosságai a családorvoslásban;
- A családorvos szakértői tevékenysége;
- Praxisszervezés, minőségbiztosítás;
- Etikai szempontok a családorvoslásban;
- A családorvosi ügyelet.

3. „KLINIKAI” TÉMÁK:

Ebben a csoportban azok, az egyes konkrét betegségekkel, szervrendszerekkel, foglalkozó témák kapnak helyet, melyek alapvetően más klinikai diszciplínák részét képezik, azonban a „szakmai” háziiorvosi munka jelentős részét jelentik. A háziiorvosi tevékenység speciális jellegzetességekkel bír, így családorvosi szempontból történő tárgyalásuk kiemelt jelentőségű.

- Daganatos betegségek;
- Kardiovaszkuláris betegségek;
- Diabétes mellitus;
- Hipertónia;
- Addikciók;
- Alvászavarok;
- Depresszió és szorongás;
- Infektológia;
- Geriátria, fevő betegek;
- Demencia;
- Gyermekgyógyászat;
- Pubertás, fogamzásgátlás;
- Szülészet-nőgyógyászat;
- Bőrgyógyászat;
- Sürgősségi ellátás;
- Szexuális úton terjedő betegségek;
- Utazási medicina.

4. PRAXISGYAKORLAT:

Mind a négy egyetem képzési programjában szerepel, a háziorvos-tan-szakképzés mintájára megszervezett, 1 oktató háziorvos – 1 orvostanhallgató felállásban történő praxisgyakorlat. Pécssett 2 hetes, míg a többi egyetemen 1 hét időtartamú. A debreceni egyetem kivételével, ahol a negyedévet követő nyári gyakorlat keretében zajlik, valamennyi képzőhelyen a szigorló év részét képezi.

ÖSSZEFOGLALÁS:

Összefoglalva elmondható, hogy a témák vonatkozásában nagyfokú hasonlóság figyelhető meg az egyes tanszékek között, azonban a hangsúlyok tekintetében jelentős különbségek vannak.

- Látható, hogy valamennyi egyetemen, az „általános” orvosi készségeket fejlesztő kurzusok szervezésében a családorvosi tanszékek szerepet kapnak. Ez mindenképpen egy örömteli és megőrzendő, lehetőség szerint tovább erősítendő gyakorlatnak tekinthető.
- Családorvosi témájú előadás, szeminárium valamennyi egyetemen a graduális képzési program részét képezi, azonban a tanszékek által meghirdetett kurzusok palettáját tekintve vannak különbségek. Szegeden kizárólag kötelezően választható kurzuson vehetnek részt a hallgatók, Budapesten a kötelező kurzusok mellett vannak választható kurzusok családorvosi témákban, míg a pécsi, illetve a debreceni egyetem rendelkezik a legtöbb választható kurzussal. (Meg kell jegyezni, hogy a kurzusok csoportosításában, elnevezésében, pl. elektív, szabadon választható stb., különbségek mutatkoznak az egyetemek között, azonban ez a lényeg nem befolyásolja, azaz hogy a hallgatóknak kötelező teljesíteniük az adott kurzust, vagy maguk döntenek el, hogy felveszik-e.)
- Az oktatási formákat tekintve a nagy létszámú előadások mellett jelentős hangsúlyt kapnak a kiscsoportos, szeminárium jellegű, gyakorlati foglalkozások. Valódi gyakorlati oktatás a praxisgyakorlatok keretében történik, egy, illetve a pécsi egyetemen kettő héten keresztül. Továbbá a pécsi hallgatók egy hetes kommunikációs gyakorlaton is részt vesznek a praxisokban, így összesen három hetet töltenek háziiorvosi praxisban.
- Jelentős különbség figyelhető meg a „klinikai témák” mennyiségében. Míg Debrecenben, illetve Pécsen alig szerepelnek a tematikában, Budapesten nagyobb szerepet kapnak, míg a szegedi képzésben jelennek meg a leghangsúlyosabban.
- A tematikákban fontos szerep jut a gyermekgyógyászati témaköröknek. Érthető módon, mivel a háziiorvosi munka szerves részét képezi – főleg vegyes háziiorvosi körzetben – a gyermekellátás is. A vidéki háziiorvoslással kapcsolatos ismeretek viszont csak érintőlegesen, illetve nem minden egyetemen jelennek meg. Tekintettel arra, hogy a vegyes háziiorvosi praxisok alapvetően vidéki településeken jellemzőek (habár jelenleg már Szegeden is működik vegyes háziiorvosi

praxis, és a házi gyermekorvosi humánerőforrás helyzetet ismerve feltehetőleg a jövőben egyre több városban állhat elő hasonló helyzet), így némi ellentmondás látszik a tematika aktuális összeállításában, melynek feloldása szükséges lenne.

FELHASZNÁLT IRODALOM:

Jelen alfejezet a B.V.1.2. eredménytermék felhasználásával készült.

Áttekintés a háziiorvos szakképzés rendeletben meghatározott programjának egyetemenkénti szabályozásáról

A B.V.1.2. „A háziiorvos szakképzés tananyagainak, gyakorlatának felmérése és értékelése” eredménytermék „V. A magyarországi háziiorvosi rezidensképzés helyzete, főbb jellemzői” című fejezetében egyetemenként ismertetésre került a háziiorvos szakképzés szabályozása, felépítése, főbb jellemzői. Az „V.5. Összefoglalás” című alpontban pedig az egyetemek közti hasonlóságok és főbb eltérések a követelményekben, illetve a licence vizsga és a szakvizsga követelményeiben mutatkozó eltérések.

Jelen áttekintésben a fent említett összefoglalás folytatásaként, az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről szóló 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet által szabályozott kötelező gyakorlatokon belül, a négy egyetem között mutatkozó eltérő követelményekre szeretnénk rámutatni.

„2. melléklet a 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelethez*Szakorvosi alap-szakképzési programok**14. HÁZIORVOSTAN**1. Képzési idő: 36 hónap**2. Képzési program:**2.1. 28 hó törzsképzési program:**a) 6 hó sürgősségi gyakorlat, benne:**aa) újraélesztési elméleti és gyakorlati képzés**ab) halottvizsgálati és hatósági orvosi vizsgálatokkal kapcsolatos elméleti és gyakorlati képzés**ac) tutor irányítása mellett háziiorvosi ügyeletben részvétel*

- b) 1 hó törzsképzési tanfolyamok
- c) 6 hó belgyógyászat
- d) 4 hó gyermekgyógyászat, benne: gyermekorvosi praxisgyakorlat
- e) 2 hó sebészet:
 - ea) 6 hét általános sebészet
 - eb) 2 hét traumatológiai szakrendelés
- f) 1 hó szülészeti-nőgyógyászati gyakorlat:
 - fa) 2 hét szülőszobai gyakorlat
 - fb) 1 hét terhesgondozás
 - fc) 1 hét nőgyógyászat
- g) 1 hó neurológia
- h) 2 hó pszichiátria, benne: stresszkezelési és pszichoterápiás alapismeretek
- i) 5 hó családorvosi alapgyakorlat, ebből 2 hó a program elején töltendő le

2.2. 8 hó szakgyakorlati képzés háziiorvosi körzetben tutor irányítása mellett, ebben: 2 hó falusi praxisgyakorlat

3. Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei

A törzsképzési program befejezését követően részvizsga letétele, amely a szakgyakorlati képzés megkezdésének feltétele.⁶

Az alábbiakban azok a gyakorlatok kerülnek részletezésre, amelyekben eltérés található a négy egyetem képzési programján belül:

BUDAPEST:

- „6 hó sürgősségi gyakorlat, benne:
 - 3 hónap gyakorlat II. v. III. progresszivitási szintű egyetemi vagy oktató kórházi sürgősségi betegellátó osztályon, benne: újraélesztési elméleti és gyakorlati képzés: halottvizsgálati és hatósági orvosi vizsgálatokkal kapcsolatos elméleti és gyakorlati képzés
 - 1,5 hónap intenzív terápiás osztály
 - 1 hónap mentő gyakorlat
 - tutor irányítása mellett háziiorvosi ügyeletben részvétel
 - 2 hét transfúziós tanfolyam
 - 2 hét tanfolyam a sürgősségi félévben, részei:
 - újraélesztési elméleti és gyakorlati képzés,
 - halottvizsgálati és hatósági orvosi vizsgálatokkal kapcsolatos elméleti és gyakorlati képzés
 - a háziorvos szakértői tevékenységei, jogszabályok alkalmazása a gyakorlatban
- 4 hó gyermekgyógyászat, benne:
 - 2 hó gyermekgyógyászati osztály
 - 2 hó gyermekgyógyászati praxis, benne
 - 1 hét gyermekgyógyászati szeminárium⁷

DEBRECEN:

- „6 hó sürgősségi gyakorlat:
 - 2 hét transfúziológia tanfolyam
 - 1 hét korszerű elsősegélynyújtás tanfolyam
 - 1 hónap OMSZ gyakorlat
 - 1 hét halottvizsgálati és hatósági orvosi vizsgálatokkal kapcsolatos elméleti és gyakorlati képzés

- 4 hónap gyakorlat II. vagy III. progresszivitási szintű egyetemi vagy oktatókórházi sürgősségi betegellátó osztályon (ebben: 1 alkalom/hó tutor irányítása mellett házi-orvosi ügyeletben való részvétel)
- 4 hó gyermekgyógyászat:
 - 3 hó gyermekgyógyászat gyakorlat
 - 1 hó gyermekorvosi praxisgyakorlat⁸

PÉCS:

Részletesen szabályozva van a képzés a PTE ÁOK Házi-orvos szakképzés 2014–2018. című dokumentumban, melyből az összehasonlítás szempontjából fontosabbakat emeljük ki:

- „6 hó sürgősségi gyakorlat:
 - 6 hét aneszteziológia és intenzív terápia
 - 4 hét mentő gyakorlat
 - 14 hét II. vagy III. progresszivitási szintű egyetemi vagy oktató kórházi sürgősségi betegellátó osztályos gyakorlat (benne 1 hét reanimációs képzés)
- 6 hó belgyógyászat
 - 2 hét infektológia
 - 2 hét pulmonológia
 - 2 hét geriátria, szakápolás
 - 2 hét kardiológia
 - 16 hét általános belgyógyászat fekvő-beteg osztály
- 4 hó gyermekgyógyászat:
 - 6 hét gyermekorvosi praxisgyakorlat
 - 10 hét gyermekgyógyászati osztályon⁹

SZEGED:

- „6 hónap sürgősségi gyakorlat, benne:
 - 2 hét transzfúziológiai tanfolyam
 - 2x1 hét reanimációs elméleti és gyakorlati ismeretek
 - halottvizsgálati és hatósági orvosi vizsgálatokkal kapcsolatos elméleti és gyakorlati képzés
 - tutor irányítása mellett házi-orvosi ügyeletben részvétel
 - 1 hónap mentős gyakorlat
 - 1 hónap sürgősségi osztály
 - 1 hónap sürgősségi ambulancia
- 4 hónap gyermekgyógyászat, benne:
 - 2 hét intenzív osztály
 - 4 hét sürgősségi ambulancia
 - 6 hét általános osztály
 - 4 hét házi gyermekorvosi rendelő¹⁰

A fentiekből következik, hogy elsősorban a sürgősségi és a gyermekgyógyászati képzésben mutatkoznak különbségek.

Intenzív osztályos képzés van Budapesten és Pécsen, Debrecenben és Szegeden nincs. Eltér a rendeletben meghatározott reanimációs és a halottvizsgálati képzésre szánt idő hosszúsága is: Budapesten két hét, Pécsen egy hét, Debrecenben pedig külön-külön egy-egy hét. Mindegyik egyetemenél fontos része a képzésnek a sürgősségi osztályos és a mentő gyakorlat.

A gyermekgyógyászati képzésen belül az osztályos és a praxisgyakorlat időtartamában vannak különbségek az egyetemek között, illetve Szegeden és Pécsen részletesen szabályozzák, hogy hol, mennyi időt kell eltölteniük a rezidenseknek az osztályos képzésük során.

Egyedül a pécsi egyetemen van részletesen szabályozva a 6 hónapos belgyógyászat gyakorlat, a többi egyetemen nincs meghatározva, hogy milyen osztályon kell eltölteniük a rezidenseknek a képzési időt.

IV./4.

A házi orvos képzés, családorvosi tanszékek, alapellátási intézetek helyzete a magyar felsőoktatási rendszerben

A fentiekből kiderül, hogy az egyes orvosképző egyetemeken nem egyforma a tanszékek részvétele az oktatásban, főleg a graduális oktatásban találhatunk nagy különbségeket. A poszgraduális képzés a jogszabályokban meghatározott képzési rend miatt nagyrészt megegyezik a négy egyetemen.

A budapesti és pécsi egyetemeken az orvostanhallgatóknak lehetősége van találkozni a házi orvostannal már akár első éves koruktól, a minnél előbbi és gyakoribb kapcsolat az alapellátókkal igen fontos a hallgatók pályorientációja szempontjából, ez lehet az egyik megoldás a szakma presztízisének a növelésére, illetve a nagyobb számú hallgató érdeklődésének felkeltésére a házi orvosi szakma iránt.

Az alapellátási intézetek, tanszékek humán erőforrása is különböző, melyet a III./1. táblázatban foglalunk össze.

Mindezekből kiderül, hogy szükséges lenne a tanszékek humán erőforrás bővítése, hiszen aránytalanság áll fent egyes egyetemeken az oktatók és az oktatottak száma között.

IV./5.

A házi orvos helyzete, presztízse a magyar egészségügyi társadalomban. A képzés jelentősége

A HÁZIORVOSLÁS SZEREPE, FELADATA AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZERBEN:

Magyarországon körülbelül minden ötödik aktív orvos házi orvoscént tevékenykedik. A több mint 6000 házi orvos jelentős tömegbázist képez az orvostársadalmon belül.¹¹

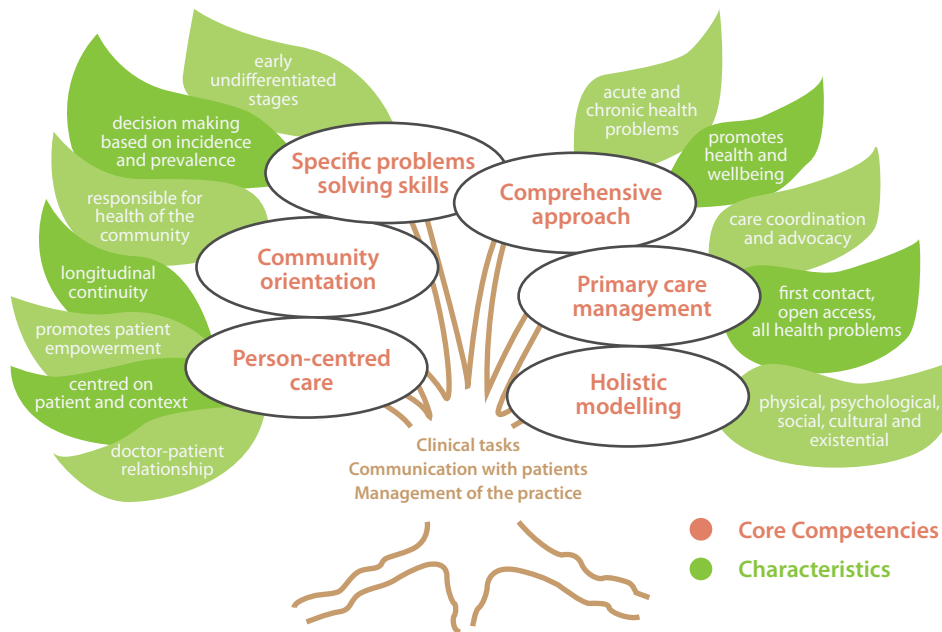
A Családorvosok Világszervezetének európai részlegének (WONCA Europe) és az Egészségügyi Világszervezet legfrissebb meghatározása szerint „a Családorvoslás önálló akadémiai és tudományos ágazat, mely önálló tananyaggal, kutatási területtel és bizonyítékokon alapuló klinikai tevékenységi körrel rendelkezik, mely klinikus szakmaként az alapellátás irányában orientált”.^{12,13} Jelen definíció erőssége, hogy a többi klinikai specialitás mellé rendeli a családorvoslást, valamint megjeleníti a társszakmákra is jellemző gyógyítás–oktatás–kutatás hármását.

A családorvoslás komplex működését számos kompetenciaelem, illetve jellemző foglalja össze, melyek a 2011-es önmeghatározásban és revízióban részletesen kifejtésre kerülnek. A törzskompetenciák szemléletes összegzésére alkalmas az ún. „WONCA tree” (IV/1. ábra).

IV/1. táblázat: Az alapellátási intézetek, tanszékek humán erőforrásai

Személyi állomány (fő)	Budapest	Debrecen	Pécs	Szeged
Adminisztratív	3	1	1	1
Részállású házi orvos	1	2	2	2
Főállású házi orvos	8	1	0	1
Egyéb orvos	13	3	0	2
Tudományos munkatárs	0	0	2	0
Népegészségügyi szakember	0	1	0	1
Tutorok (oktató házi orvosok)	233	?	144	179
Rezidensek száma	99	101	58	101
Orvostanhallgatók száma (magyar)	1600	?	1484	
Orvostanhallgatók száma (külföldi)	1130	7000 <	2020	

IV/1.ábra: A családorvoslás törzskompetenciája. A Svájci Alapellátó Orvosok Kollégiumának revíziója 2011.



Forrás: WONCA

A nemzetközi definíció mellett mindenképpen érdemes megemlíteni a háziorvoslás hazai, Dr. Andor Miklós nevéhez köthető meghatározását, miszerint „A háziorvoslás a medicina szituatív, helyzetspecifikus szakágazata, amely az egészségügyi szervezetrendszer munkamegosztásában az egyén, a család, egy lakosságcsoporthoz elsődleges, személyes és folyamatos ellátásának, gondozásának kérdéseit foglalja magában, tekintet nélkül az egyén nemére, fajára, vallási hovatartozására.” Ezen definíció rávilágít a háziorvosi hivatás sajátosságaira, feladataira, melynek részletes bemutatása a Háziorvosi Hatásköri Listában (HHL) történik meg. Ezen dokumentumban foglaltak segítségével meghatározható a háziorvoslás helye, feladata a hazai egészségügyi ellátórendszeren belül.¹⁵

A HHL alapján a háziorvos alapfeladata az egyén, a család, és az őt választó népesség elsődleges, személyes, folyamatos ellátása. Feladatát háziorvosi praxis keretében végzi. A háziorvosnak törekednie kell, hogy praxisa a páciensek egészségügyi ellátással való kapcsolatba lépésének elsődleges helye legyen a definitív ellátásra, valamint feladata a szükséges szakellátás igénybevételének koordinálása. A folyamatos ellátás, és speciális orvos–beteg kapcsolat révén kiemelt szerepe van a prevenció, illetve a rehabilitáció terén.

A családorvosok célirányosan kiképzett, a szakma elméletét elsajátító és a szükséges gyakorlatot megszerzett szakorvosok, akik személyesen

gyakorolják hivatásukat, elsődlegesen a páciensek adottságaitól független folyamatos és minden egészségügyi problémára kiterjedő ellátást.¹⁶

A HÁZIORVOS PRESZTÍZSE:

A jelentős háziorvosi tömegbázis, valamint a jól definiált, specifikus szakmai tartalom ellenére mind a háziorvoslás szakmai elismertsége, mind társadalmi presztízse elmarad a legtöbb egyéb orvosi specializációétól. A háziorvosi szakma presztízse a laikus közönség, az orvostársadalom, valamint az orvostanhallgatók körében egyaránt alacsonynak mondható.¹⁷

A társadalom jelentős részének érthető módon nincsenek részletes információi a háziorvosi tevékenységről, így sokszor közvetett információkból, nem megbízható forrásokból tájékozódnak. A közvetett, illetve közvetlen tapasztalatok sok esetben az egészségügyi ellátórendszer egyéb szegmensei által vagy egyéb tényezők által is meghatározottak, így nem adhatnak objektív képet a háziorvosi rendszer működéséről. A pálya bemutatása a szélesebb rétegek felé jelenleg nem működik kellő hatásokkal. Ennek fejlesztése, illetve általánosságban az egészségügyi ellátórendszer felépítésének, működésének a lakossággal történő megismertetése, segítené a rendelkezésre álló erőforrások hatékonyabb felhasználását, így magasabb színvonalú, költséghatékonyabb ellátórendszert eredményezne.

A háziorvosi munkával kapcsolatos ismeretek korlátozott mértéke az egyéb specializáció területén tevékenykedő kollégák körében is fellelhető. Ennek oka részben az ellátórendszer különböző szintjei, elemei közötti korlátozott kommuni-

kációban, részben pedig képzési sajátosságokban, melyekről a későbbiekben részletesen lesz szó, keresendőek. A nem házi-orvostan szakirányú posztgraduális képzésben egyáltalán nem vagy alig jelenik meg, ezáltal a szakellátásban dolgozó szakorvosok jelentős része minimális alapellátással kapcsolatos ismeretekkel, tapasztalatokkal rendelkezik. Ez az ismerethiány megnehezíti az ellátórendszerben különböző helyet elfoglaló kollégák közötti kommunikációt és együttműködést. Ennek feloldása részben a kizárólag diszciplínák közötti aktív párbeszéddel, egymás szakterületének kölcsönös megismerésével valósítható meg.

Az alapellátás fenntarthatósága szempontjából kiemelt jelentőségű az orvostanhallgatók megismertetése a házi-orvosi pálya sajátosságaival. A „jövő orvosainak” vélekedései igen pontos előrejelzést adhatnak arról, hogy milyen lesz a házi-orvoslás utánpótlása, illetve társszakmák általi elismertsége a jövőben. Éppen ezért érdemes áttekinteni a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet megbízásából az SH/8/1 számú „Egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával” című projekt keretében a Rubenza Kft. által megvalósított „Kutatás és kérdőíves felmérés házi-orvosi presztíznövelés megalapozásához” című kutatás eredményeit.¹⁸ A fenti projektben a hazai orvostudományi képzést és házi-orvos szakképzést folytató egyetemek, (Debreceni Egyetem, Pécsi Tudományegyetem, Semmelweis Egyetem, Szegedi Tudományegyetem) graduális orvosképzésben és szakorvosképzésben alapellátással, házi-orvoslással kapcsolatban folytatott gyakorlat feltérképezésére került sor, azt követően, hogy az oktatott tárgyakra, az oktatási anyagokra, az oktatásban részt vevőkre – beleértve az oktató praxisokat, az oktató házi-orvosokat – a szakmai gyakorlatokra, a hallgatói részvételre, a hallgatók és a rezidensek visszajelzéseire vonatkozóan információgyűjtés történt.

A felmérés főbb üzenetei a házi-orvosi pálya presztízsével, a pályaválasztási motivációkkal kapcsolatban a következők:

- Mind az orvostanhallgatók, mind a rezidensek szerint nagyon rossz a házi-orvosi szakma presztízse, akár a laikus közösség, akár az orvostársadalom, akár az orvostanhallgatók körében. A házi-orvosi szakma általánosságban véve meglehetősen alacsony presztízse való-

színűleg csökkenti az ilyen pályát választani kívánó orvostanhallgatók számát. A vizsgálatban résztvevők körében a házi-orvosi szakma mint lehetséges pályaválasztás igen csekély mértékben van jelen, ezt a pályát biztosan választók aránya elhanyagolható. Sok esetben az ebben az irányban döntő hallgatók sem azért választják a házi-orvoslást, mert házi-orvosok szeretnének lenni, hanem azért, mert nem szeretnének más szakterületen dolgozni, vagy családi kötődésük van a terület iránt.

- A hallgatók nagy része egyetért abban, hogy a családorvoslás mint szakma alulreprezentált az egyetemi kurikulumban, több családorvoslással kapcsolatos gyakorlatot szeretnének látni. Az orvostanhallgatók jelentős része nem rendelkezik pontos képpel a házi-orvosi pályával kapcsolatban, amihez a graduális képzésben való alulreprezentáltság is hozzájárul.
- A házi-orvosi pályával kapcsolatos személyes tapasztalatok sok esetben, közvetetten, szakellátó helyen töltött gyakorlatokból erednek. Sajnálatos módon a szakellátásban dolgozó orvoskollégák gyakran minősítik negatív, degradáló módon a házi-orvosokat, és ez talán a legerősebb előítélet-formáló erőnek tekinthető.
- Az igazán valódi, személyes tapasztalat a házi-orvosi praxisokban eltöltött gyakorlat a graduális és a rezidens képzés különböző évfolyamaiban. Az ezeken résztvevők vegyes, de inkább pozitív tapasztalatokról számoltak be, és elmondható, hogy szinte mindenkinek voltak pozitív tapasztalásai, történetei, ám a negatív percepcióik erőssége miatt ezeket tekintették kivételeknek.
- A negatív percepciók egy másik forrása a házi-orvosi képzésnek, illetve a házi-orvosi képzésben résztvevőknek tulajdonított szakmai színvonal. A hallgatók túl rövidnek tartják a rezidensképzést, de még a megkérdezett rezidensek is szívesen fogadnának egy öt éves képzési rendszert. A hallgatók valamennyi egyetemen túl engedékenynek látták a házi-orvoslással foglalkozó tantárgyak számonkérését, és olyan témákat láttak a képzésben, amelyet feleslegesnek tartottak a graduális rendszerben. Összességében a képzés színvonalával kapcsolatos percepciók úgy szűródték le számos orvostanhallgató számára, hogy azok választják azt, akik nem szeretnek tanulni, vagy akiknek nem jók az eredményei, akik „meg akarják úszni” a képzést. Ez az asszociációs kör összekapcsolódott a házi-orvosi munkának tulajdonított alacsony munkaterheléssel, és a kettő együtt egymást alátámasztó előítéletkört alkotott. A negatív percepciókat erősíti a házi-orvoslás iránt nem érdeklődő orvostanhallgatók körében, hogy alacsony munkaterhelést feltételeznek a házi-orvosi munkában és tanulmányokban.

- Szintén a negatív percepciók erősödését segíti, illetve nem gátolja azok terjedését a központi szakmai példaképek hiánya. Egyéni példaképek léteznek ugyan, de ők leggyakrabban egy-egy rezidens tutorai, az orvostanhallgatók számára ilyen jellegű tapasztalás nem áll rendelkezésre. Mindeközben más szakterületeken a gyakorlatvezetők sokszor pont ilyen példaképként jelennek meg egy vagy akár több évfolyam számára.

Javaslatok a háziorvosi pálya presztízsének növelésére:

- Az alapellátásra mint szakmára fordított marketingjellegű tevékenységek fokozása szükséges. A megfelelő marketing folytatásához meg kell határozni azon célcsoportokat, akik különböző motivációkból kezdik el a rezidens-képzést (pl. családcentrikus személyek, hierarchiát elutasító személyek, háziorvosi családi háttérrel rendelkező személyek), és specifikusan számukra kidolgozandó egy olyan lista, amely kiemeli számukra az előnyöket. Kiválaszthatók további célcsoportok is (pl. magas szakmai érdeklődésű hallgatók), akik számára olyan előnyök mutathatók be, amelyek jelenleg nem magától értetődőek (pl. egyéni tutor a képzésben).
- Olyan helyi vagy központi példaképek bemutatása, akik akár a hallgatók, akár a rezidensek, de akár a társszakmák képviselői számára követendő példák, a „háziorvoslás arcai” lehetnek. Az ő személyes történetük vonzóbbá teheti a pályát a medikusok számára.
- Az oktatás kiemelt jelentőségű a háziorvosi pálya hiteles bemutatása szempontjából. Reális képet adva, az érdeklődő hallgatók háziorvosi pálya irányába történő terelésével közvetlenül, míg a szakellátásban elhelyezkedő orvosok ismereteinek növelésével, ezáltal eredményesebb interdiszciplináris együttműködések kialakításával, közvetve lehet hozzájárulni az alapellátás hatékonyabb működéséhez.
- A szakma presztízsének javítása érdekében szükség lenne a társszakmák képviselőiben tudatosítani, hogy az általuk átadott negatív információk az alapellátással kapcsolatban súlyosan rombolják a későbbi szakmaközi bizalmat, és előítéleteket építenek.

- Az alapellátás graduális képzésben való hangsúlyosabb, gyakorlatorientált megjelenése hasznos lehet. A graduális képzés számonkérésének szigorítása esetleg elijeszthet ugyan hallgatókat, de más hallgatók számára viszont kifejezetten vonzó lehet, és emelheti a képzés rangját az egyetemeken belül.

- A rezidensképzésen résztvevő vagy háziorvoslás iránt érdeklődő hallgatók kutatási kedvének facilitálása hozzájárulhat az alapellátás színvonalának, valamint presztízsének növekedéséhez egyaránt.

- A rezidens képzés hosszának 5 évre való emelése mind a félelmek leküzdésére, mind a negatív percepciók elleni küzdelemre alkalmas lehet. Ezen javaslat alternatívájaként megfontolandó lehet a kistélepülési praxis működtetését önálló, speciális területként tekinteni a háziorvosláson belül (akár licenszvizsga formájában), és ezt ráépíteni a hároméves képzésre. A kistélepülési praxisok működtetése egyébként is egy kézenfekvő „marketing” területe lehet a háziorvoslásnak: különösen nehezített körülmények, rossz felszereltség és szakmai háttér nélkül kell helytállni olyan környezetben, ahol a betegek egészségtudatossága alacsony, általános egészségi állapota rossz. Egy ilyen munka olyan nagy szakmai kihívást jelenthet, ami önmagában vonzó lehet kiváló, és nagy önbizalommal rendelkező orvostanhallgatók számára – az ő csatlakozásuk a háziorvosképzéshez pedig az egész képzés színvonalát emelheti.

- A praxisközösségek egy vágyott, és nagyon pozitívnak látott kezdeményezésnek számítanak a hallgatók és a rezidensek körében, mind a magasabb szakmaiság elérése, mind az inspiratív környezet, mind a biztonságot nyújtó kollegiális háttér szempontjából. A praxisközösségek, azok létrehozása, elérhetősége, a hozzájuk való csatlakozásról szóló információ javíthatja mind a rezidensképzés választására, mind a rezidensképzést elvégzők körében a praxis elkezdésére való hajlandóságot. A hallgatók és a rezidensek jelenleg nagyon pozitívak és bizakodók a praxisközösségekkel kapcsolatban, ezért valószínűleg jól aktivizálhatók.

Elmondható, hogy mind az egészségügyön belül, mind a társadalom szélesebb körében jelenleg hiányzik a háziorvosi pálya kellő megbecsültsége. Az ezen való változtatás nemcsak a háziorvosok számára fontos, hanem az egész egészségügyi ellátórendszer fenntartható működése szempontjából, így kijelenthető, hogy az alapellátás megfelelő presztízsének megteremtése állami érdek.

IV./6.

Összefoglalás

Jelen munkánkat munkacsoportunk kiemelkedő jelentőségű kihívásnak tekinti, mivel korábban hasonló kiadvány nem készült, a döntéshozók és az egyetemek részéről is felmerült és prioritást kapott a házi orvos képzés és kurrikulum reformja. Az EFOP 1.8.0. alapján született eredmények egy új, a jelenleginél nagyobb hatékonyságú gyógyító-megelőző tevékenységet lehetővé tévő alapellátási rendszer alapja lehetnek, ebben pedig kiemelt jelentőségű az alapellátásban dolgozók, különösen a házi orvosok képzése.

Az eredménytermék elkészítése során bemutattuk a képzés szempontjából központi szerepet játszó négy családorvosi tanszék történetét, a jelenlegi szervezeti-működési felépítés hasonlóságait és különbözőségeit. Rámutattunk a képzési utánpótlási problémákra, a házi orvos szakma nem megfelelő presztízsére, a rendszerbe belépést tervező fiatal kollégák feltételezhető ambivalenciáira.

Az elkövetkezőkben egy olyan képzési rendszer kidolgozásán fogunk fáradozni, amely alkalmas lesz a jelenlegi problémák jelentős részének kiküszöbölésére, egy valódi szakmai és emberi sikerekkel kecsegtető, megfelelő presztízű házi orvosi életpályamodell megalapozására.

Irodalomjegyzék

1. Semmelweis Egyetem. (2019). Tanévkönyv Semmelweis Egyetem 2019/2020. 207-209. Budapest: Semmelweis Kiadó.
2. A DE NK honlapja. <http://nk.unideb.hu/hu/csaladorvosi-es-foglalkozas-egeszsegugyi-tanszek>
3. 10 éves a Népegészségügyi Kar. Kiadó: Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar. 2015.
4. www.aok.pte.hu
5. SZTE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő honlapja – <http://www.klinikaikozpont.u-szeged.hu/csaladorv/>
6. 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről. https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a1200022.emm
7. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék honlapja: <http://csot.semmelweis.hu/>
8. Háziorvostan törzsképzési program. Debrecen
9. PTE ÁOK Háziorvos szakképzés 2014-2017.
10. Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szakképzés. Háziorvostan Szakképzési Lap. <http://www.med.u-szeged.hu/oktatas/szakkepzesi-lapok/szakkepzesi-lapok-2013-150317>
11. Központi Statisztikai Hivatal
12. The European Definition of general practice/family medicine. www.globalfamilydoctor.com/PDFs/Definition3rdEd2011WithRevisedWoncaTree.pdf
13. Családorvoslás helye, alapelvei, sajátosságai Főszerkesztő: dr. Kalabay László, Semmelweis Egyetem Budapest, 2012.
14. Családorvoslás helye, alapelvei, sajátosságai Főszerkesztő: dr. Kalabay László, Semmelweis Egyetem Budapest, 2012.
15. A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a Háziorvosi Hatásköri Listáról – Egészségügyi Közlöny LXI. évfolyam 7. szám, 1317 – 1378.o.
16. A háziorvoslás 2017-es jelen- és jövőképe, hazai és újszerű nemzetközi megoldások a törzskarton megújítások fényében. Prof. Dr. Varga Albert, Prof. Dr. Hajnal Ferenc, Dr. Nagyvári Péter, Dr. Ágoston Gergely SZTE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő, Alapellátás Fejlesztési Modellprogram
17. Záró értékelés verzió 02. WP-08 2017. június Alapellátás-fejlesztési modellprogram SH/8/1. - <http://www.alapellatasimodell.hu>
18. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet SH/8/1 sz. „Egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával” projekt - „Kutatás és kérdőíves felmérés háziorvosi presztízsnövelés megalapozásához”

