

AZ ORVOSKÉPZÉS, A SZAKKÉPZÉS ÉS A TOVÁBBKÉPZÉS DILEMMÁJA

Jákó János

professor emeritus, Semmelweis Egyetem,
Országos Gyógyintézeti Központ – jako@hiete.hu

Az orvosképzés, szakorvosképzés és továbbképzés mikéntje változatlanul megoldatlan. A szakminisztériumok jó szándékú kísérletei az elvárások szorításában egymás után vallottak kudarcot.

Minden nehéz történelmi periódusban – amelyet a nemzetnek az utolsó századokban át- és túl kellett élni – a legnehezebb a kormányok, a minisztériumok képessége és a megoldandó feladatok nagysága közötti alig-alig feloldható aránytalanság elviselése volt. Ez alól a jelenlegi helyzet sem kivétel. Talán egyetlen kulcsa adódhat a megoldásnak, egy szakterület munkája eredményessé tételének – jelen esetben az orvoslás oktatásának –, a felkészült ember alázattal végzett, szorgalmas munkája, amely a nehéz döntésekben az egyéni vagy társadalmi rétegek érdekeinek érvényesítése nélkül – a nemzet javát tartva szem előtt – mégis megtalálván a választandó utat, reményt ad a jövőt illetően.

Az első lépés az egyetemi képzés elemzése és természetesen az ebből adódó változtatások megfogalmazása, bevezetése, beépítve olyan kellékeket, amelyek kizárják a káros következmények lehetőségét.

Az egyetemi képzés bevált ún. változtathatatlan oktatási formájának ideje lejárt. Mintegy tizenöt évvel ezelőtt a jelentkezők száma majdnem tízszerese volt a felvetteknek. A válogatásban az egyetemek igyekeztek a legjobbak összegyűjtésére, azonban ez az igyekezetük, a távlat adta tárgyilagos-

ság igénybevétele mellett most már látható, sikertelen volt. A jelentkező rátermettségét az érettségi bizonyítvány és a felvételi vizsga eredménye alapján megállapítani nem lehet. A lexikális tudás önmagában nem jelzi a későbbiekben kifejleszhető készségeket. Az orvosegyetem ún. alaptudományai és a rájuk épülő klinikumok, továbbmenve az egészségügy számos, adminisztratívnak tűnő – népegészségügyi, járványügyi, igazságügyi (kriminalisztika) stb. – ága különböző képességeket igényel és azok kiterelvényesítésére ad lehetőséget. Az egyén „irányultsága” az erre utaló jegyek hiányában megítélhetetlen. A majdan szakosodók előrelátható, tervezhető százalékának, és a valós jövőbeli megoszlásának jóslására sincs lehetőség, így, hogy ki milyen szakágban lesz a társadalom számára hasznos, csak a későbbi évtizedben dől el.

Mindezek evidenciák, mégis az eredményességre való törekvésnél (tervezésnél) a nem tervezhető tényezők csoportjaként kell vele szembesülnünk.

A jelenlegi orvosképzés – mint rendszer – több szempontból sem működőképes, mint ahogyan ennek kifejtésére a későbbiekben kísérletet teszek, de már itt előljárójában nyomatékosan hangsúlyozni kell a szelekció hiányát. Manapság akit felvesznek az egyetemre, az minden bizonnyal orvosi diplomát kap. Ez a törvényszerűség annak ellenére polgárjogot nyert, hogy az oktatók tudják, egy adott hallgató esetében mikor kellene a

pályáról eltanácsolni, még akkor is, ha ez az egyén (a hallgató) számára igen nagy, további életére kiható törést jelent, de a társadalom számára ugyanakkor haszonnal járna. Sajnos, az egyetemek ezt a gyakorlatot szükségességének tudatában sem alkalmazhatják, mivel az oktatási intézmények dotálása a fejkvóta alapján történik. Ez az első olyan – az állam oldaláról gyakorolt – hiba (az érvelem első pontja), amelyen változtatni kell. Fel kell tenni azt a kérdést, hogy minőségre vagy mennyiségre van-e szüksége az országnak. A minőség a drágább megoldás, mégis ez a követendő út, már csak azért is, mert az a valóság, hogy elmúlt az az idő, amikor egyesek szerint a tízszeres túljelentkezés valamiféle biztosítékát jelenthette volna a minőségi utódlásnak.

A minőségi oktatás egyik gátja a jövőre nézve – bármennyire is furcsának hangzik – az egyetemek erőszakos egyesítése, az új struktúra kialakítása. Az orvosképzés ugyanis nagymértékben különbözik minden más egyetemi képzéstől. Nemcsak abban, hogy összehasonlítva a többi egésszel, jóval drágább, hanem abban is, hogy az elmélet és a gyakorlat (az alaptudományok és a klinikumok) merőben eltér a többi karnál tapasztalhatóktól. A nem e környezetben élő egészségügyi vezetés pedig még heves viták ellenére sem hajlandó (képes) a költségvetés karokra való leosztásánál kiemelten támogatni az orvosképzést. *Nagy hiba volt a külföldi nyomás hatására az orvosegyetemek autonómiájának megszüntetése.* Ami tény, az tény: a jövőben az ebből adódó nehézségek felszámolására úgy látszik, nincsen lehetőség, de a kiegyensúlyozására törekedni kell, és ez pedig az állami vezetés feladata. Maga a feladat pedig már azért sem egyszerű, mivel nem egy, hanem két minisztérium – az Oktatási és az Egészségügyi – hatáskörébe tartozik.

Az egyetemek oktatóinak létszáma látványosan túlméretezett; különösen akkor igaz ez, ha a végzett munka és a munkára ráfordí-

tott energia, illetve a mögötte álló személyek számának egymáshoz való viszonyát értékeljük.

A tudományos munka és kutatás nélkül az egyetemek elképzelhetetlenek. Az újabb és újabb technikák adaptálása felkészült személyekkel valósítható csak meg. A publikációk száma önmagában a felkészültség fokára nem mindig utal. Az egyetemek kutatóinak ugyanis oktatni kell, az oktatandó anyag pedig csak érintőlegesen kapcsolódhat az oktató által kutatott saját, szűk témájához. Az oktató személyes kapcsolata a hallgatóval a legfontosabb kívánalom, ugyanis a hallgató személyiségének megismerése és képessége kifejlesztésének iránya és mi-kéntje csak ezen az úton érhető el. Minél kisebb csoportokban történik ez a „személyre szabott” oktatás, annál eredményesebb, s ez az a pont, ahol már nem beszélhetünk az egyetemi oktatók számának túlméretezettségéről. Az oktató-hallgató kapcsolat rendkívül időigényes, minőségi oktatás nélkül lehetetlen.

Az oktató-hallgató viszonyában csaknem főszerepet játszik a jó tankönyv. A tankönyv azonban nem azonos a tananyaggal, hanem annál valamivel kevesebb, mégis rendkívüli szellemi befektetést igényel.

A tananyag összeállításának egyértelmű, racionális kritériumai vannak. Orvosképzésről lévén szó, a betegellátás oldaláról kell hogy kiinduljunk. Úgy kell összeállítani az egyes szakágak tananyagait, hogy azoknak a gyakorlatba való használhatóságuk legyen a vezérfonal. Minden szakágra jellemző egyfajta el nem ítéhető szaksovinizmus. Be kell azonban a vezető professzoroknak – a tankönyvíróknak – látniuk, hogy hat év múlva a diplomát kapó oktatóikkal felkészültségének olyan szintűnek kell lennie, amely diplomának – mint orvosi ténykedésre feljogosító igazolásnak, engedélynek – önmagában érvényesnek, elegendőnek kell lennie.

Ma ez csak látszólagos, hiszen maga az egészségügyi kormányzat ismerte el a rezidens-rendszer bevezetésével, hogy az csak hozzáfetődleges validitással rendelkezik.

Minden szakág tehát úgy állítsa össze a tankönyvi tananyagát, hogy az a lényegyet foglalja össze, és a részletkérdésekre csak utaljon. A vizsgáztatásnak is ez az alapja, azt kell számon kérni, ami a megírt tankönyvben megtalálható. A tudomány halad, éppen ezért a tankönyvek bizonyos szakágakban két-három évente, egyes fejezetekben változtatandók. Az orvoslás oktatása egyértelműen tankönyvhiányban szenved. Mindannyiunk által ismert, hogy ennek pótlása óriási feladatot jelent. Mondjuk ki nyíltan, hogy azok a próbálkozások, amelyek Svédországban polgárjogot nyertek, hazánkban még nem alkalmazhatóak, nevezetesen az angol nyelvterület orvosi tankönyveinek használatáról van szó. Oka nem kizárólagosan nyelvi nehézségekből vezethető le, hanem a magyar orvosegyetemi oktatásnak van egy sajátossága – egyénisége –, melynek feladása botorság lenne.

A tanítás alapvető módszere a tantermi előadás. Ez az oktatási forma az utóbbi évtizedekben látszólag teljesen feleslegessé vált. Ennek okai az előadók felkészültségében, az előadás formájának korszerűtlenségében, nem pedig a névsorolvasás megszűntében keresendők. A változtatás szükségességének meghatározása csak a cél kijelölésével lehetséges. A cél alapvetően az oktatott téma vázolója mellett annak részletezése és az alaptantárgyakra építve a többi szakághoz való illesztése. A folyamatban rendkívül fontos szerepet játszik az alapfogalmak – a kulcsszavak – megértetése (fogalomtisztázás!), mindezek viszonya a betegágy melletti munkához, a részletekre és a legújabb (irodalom!) ismeretekre való utalás. Következésképpen a szakszerű nyelvezet és gondolkodásmód megismertetése. Lényeges, hogy a hallgatók együttműködjenek. (Ne passzív

(alvó) hallgatóság legyen a teremben.) A pontosan induló előadás megkezdésekor hasznos, ha a teremben lévőket felvilágosítjuk arról a közvetlen és szükséges kapcsolatról, amely az előadó és a hallgatók között ki kell hogy alakuljon – minden protokolláris jelleget mellőzve. Következésképpen tehát, ha valaki valamit nem ért, úgy nyugodtan szóljon közbe, mivel ez az előadót nem zavarja, és nem is szabad, hogy zavarja. Ugyanakkor az előadó is feltesz kérdéseket a hallgatóságnak, természetesen csak egy-egy szó választ várva, de az előzőekben leadott anyaggal kapcsolatos összefüggések ismeretéről így győződhet meg.

Az előadás ábraanyagának közreadása (amely nem azonos a tankönyv ábraanyagával!) formájában olyan kell hogy legyen, hogy abba is lehessen megjegyzéseket írni. Az előadás nem lóverseny, kis időszakosokat kell hagyni a jegyzetelésre. Ezek az időszakok tulajdonképpen egy-egy folyamat vagy az adott anyag legújabb ismereteinek megismétlésével töltődik ki. Hangsúlyozni kell az előadáskor, hogy mi az, ami elengedhetetlenül fontos, és mi az, ami nem feltétlenül része a számonkérésnek, de azért jó tudni. Az elméleti okfejtések az alapismertekre (biokémia, fiziológia, patológia stb.) is utalnak, ezért célszerű a megértést elősegítő ábraanyag alkalmazása.

Klinikai kérdésekben az esetek problemaorientált feldolgozása, illetve a tantermi betegbemutatás teszi igazán érdekessé az előadást. Itt már a vizsgáló eljárások érintőleges ismertetése és bizonyos kritikája is számításba vehető.

Visszatérve az előadás illusztrációjára. Ne legyen olyan ábra, amely bemutatásakor az előadó az „ez most nem lényeges” megjegyzést teheti. Az ábrát illik részletesen megmagyarázni. Nem szabad kapkodni. Mindezeknek előfeltétele a jól tervezett ábraszám. A kevés ábra még mindig jobb, mint a rengeteg (az időben levetíthetetlen).

Két-három előadás után pár kérdésből álló teszt íratása (név feltüntetése nélkül!) igen hasznos. A megoldásra tervezendő idő nem több mint öt perc. A kiértékelés segíti az előadó ítéletalkotását az előadásának hatékonyságáról, értékéről, megérthetőségéről. Ugyanez a teszt egy előadás milyenségéről is adhat felvilágosítást, ha az éppen leadott anyaggal összefüggő kérdéseket tesszük fel.

Minden előadás végén legyen a tartalomnak pár szavas összefoglalása. Esetleg a következő órán írandó tesztkérdésekkel kapcsolatos „házi feladat” is adható.

A tantermi előadás igen fontos része az oktatásnak, s mint ahogyan az elmúlt két évtized is mutatta, lehet nagyon hatástalanul végezni. A jelenlegi technika módot nyújt arra, hogy egy videofelvételen az előadó „visszanézzék önmagát”. Rendkívül tanulságos és eredményes önnevelési eszköz.

Az oktatói tapasztalatok hiányában az előadások nem vonzóak, sőt inkább taszítóak. A hallgatók ugyanis megérik, ha az előadó nem naprakészen lát neki az előadás megtartásának, hanem csak mintegy rutinból, illetve kényszerből. A jól megszerkesztett – megírt – tankönyv mellett az előadások tehát bevezetik a gyakorlati oktatást, ugyanakkor többet is mondanak, mint ami a tankönyvben van. A tanulni vágyó hallgatót ez „hozza be” az előadásra, s így válik személyre szólóan is minőségivé az oktatás. Mindebből következik, hogy az előadások megszervezése a klinikák alapvető feladatai közé tartozik, a gyakorlat pedig a klinikum tanításának – az orvosi szemlélet oktatásának – a lényege, a betegek és panaszaikra való összpontosítás mellett, a beteg ember bevonása a tanításba. Az egyetemeknek tehát elektív érdeke a gyakorlati oktatás színvonalának emelése, ahol a beteggel illetve annak betegségével való foglalkozás minősége a legfontosabb. Felvetődik a kérdés, hogy ezt a folyamatot hogyan lehet jobbá tenni, milyen feltételeket kell ennek érdekében biztosítani.

A klinikai környezet az egyetlen, ahol az egyetemi hallgató érzi, hogy amit elméletben tanul, annak igen komoly gyakorlati vonatkozása van. Az itt tanúsítandó viselkedés, a beteg emberi méltóságának megóvása, a fizikális vizsgálat, a klinikai gondolkodás, a döntéshozás mikéntje, a beteggel szemben tanúsított empátia mint egész tanítható és megtanulható.

A gyakorlat lehetőséget ad az orvoslás nyelvezetének gyakorlása és az egyértelmű, rövid, célratörő beszéd elsajátítására.

A beszélgetés fejleszti a gondolatok átadásának képességét, a meggyőzés, az észszerű érvekkel történő meggyőzhetőség képességét. Ez utóbbi azért nagyon fontos, mert a saját igazságom, az igaznak tartott álláspontom nem fedi, nem fedheti mindig a kórisme valóságát. Következésképpen a felelősség vállalásának szükségessége mellett megvéd az elvakultságból, hiúságból adódó tévedéstől.

A gyakorlat vezetésének (vezetőnek) messzemenően figyelembe kell vennie, kiknek tart gyakorlatot! Milyen képzettségű (előképzettségű) társaságban van. Más szóval, a beszélgetés színvonalának mércéjét ennek kell megadnia.

A gyakorlaton vigyázni kell arra, hogy ne egy-két hangadó, jobban felkészült és közlésképesebb hallgató vigye a prímet. Úgy kell a kérdéseket feltenni, hogy azok a válaszokra felszólított szintjének megfelelőek legyenek. Ennek a gyakorlatvezető felkészültsége mellett természetesen előfeltétele a hallgatók személyének ismerete. A közrejátszó pedagógiai érzék szükséges a megismeréséhez, de a legfontosabb a hallgatókkal eltöltött idő és a személyekről alkotott tapasztalat.

A feladat a beteg vizsgálata és a vele kapcsolatos kórismei feltételezések megfogalmazása az irodalommal, a gyakorlattal és a várható eredményekkel összhangban.

Sajnos számos alkalommal tapasztalják a hallgatók az oktató-beteg-hallgató találkozást

kényszerű, kiüresedett, véletlenszerű jellegét. A klinikai tanítás nélkülözhetetlen módszer, csak sokszor maga a gyakorlati megvalósulása teszi tönkre. Felvetődik a kérdés tehát, hogy milyen okra vezethető vissza a fiaskó:

- első az időzavar, a pontatlan kezdés, a gyakorlatot végző késedelme vagy sietsége, a hallgatók pontatlansága,

- a gyakorlatvezető felkészületlensége,
- a nem megfelelően kiválasztott beteg,
- a hallgatók nagy száma; 4-5 hallgatónál

több a minőségi oktatás gátja lehet,

- a beteg közreműködésének hiánya, akár azért, mert nagyon gyenge, akár azért, mert megtagadja az együttműködést,

- a klinikai környezet mint alapfeltétel hiánya, ugyanis a személyiségi jogok tiszteletben tartása miatt a vizsgálat és maga a megbeszélés, a beteg kikérdezése nem megoldott egy többágyas kórteremben,

- a gyakorlatvezető felkészültsége mint az átadandó ismeretek közlésének módja. A spontaneitás mellett a hallgatók megérik, hogy a találkozásra felkészült-e a vezető. Az a régi felfogás, hogy ha valaki sokat tud valamiről, az azt tanítani is tudja, lehet igaz is és nem is. A nagy tudás mellett nem nélkülözhető a célirányos, a konkrét beteg-betegség bemutatására szorító felkészülés.

- A hallgató ismeretanyaga a gyakorlat témaköréhez kapcsolódik – az éppen esedékes elméleti előadásokhoz –, következésképpen a gyakorlatokon az ismeretek finomítása is zajlik. A beteggel való találkozás ugyanis a későbbiekben megkönnyíti az elméleti anyagra való visszaemlékezést, mivel az orvoslás tapasztalatra épül.

- A gyakorlatot vezető kérdez; maga a kérdés lehet lexikális ismeretanyagra vonatkozó, de lehet az esettel kapcsolatos értelmezés is. A rossz választ ismételt kérdés kövesse. Ez a hallgatót gondolkodásra serkenti. A válaszra várni kell, a sürgető magatartás nem célravezető, lényeges, hogy megter-

vezett kérdések kerüljenek feldolgozásra; s ez mintegy tematikusan évről évre ismételtető azonos kórismékhez kapcsolódóan.

- A gyakorlatvezető az adott betegről – betegségéről „hangosan gondolkodjék”, tehát nem előadásról van szó, hanem valamiféle betegágy melletti konzíliumról. Az oktató kerülje a kérdések megválaszolását, és egyben a hallgató válaszát úgy kérdőjelezze meg, hogy további gondolkodásra sarkalljon.

- Lényege a gyakorlati oktatásnak, hogy egy-egy témakör alapjainak ne csak az ismertetése valósuljon meg, hanem az alapok alkalmazása, az ok-okozati összefüggések azonnali beillesztése a kérdésre adott válaszba. Következésképpen az éppen oktatott témakörhöz csatlakozó betegbemutatáskor felvetett oktatói kérdések megválaszolásában benne kell lenniük azoknak a kulcsszavaknak, amelyekhez az ismeretek egész láncolata köthető.

- A beteg leleteinek elemzése nem a beteg jelenlétében, hanem a vizsgálat után történjék. Ilyenkor mód van arra, hogy a beteg ágyánál a már felvetett kérdésekre visszatérjenek, s egyben a hallgató figyelmének, odafigyelésének mértékét ellenőrizhessék. Ez egybeesik a hallgatók egymás közötti véleménycseréjével is.

- „A betegnek mindig igaza van” tantételre való hivatkozás a panaszok elemzésekor. Külön figyelmet kell szentelni a beteg magánéletére vonatkozó elemek kórképbe történő beillesztésére.

- Összefoglalása a gyakorlatnak pár olyan mondattal, amelyek az ismeretek rögzítésére szolgálnak. Van lehetőség arra is, hogy ezt az összefoglalást az egyik hallgató tegye meg. A tanulságok megismétlése azonban a gyakorlatvezető feladata.

Az elméleti számonkérés a beteg ágyánál önmagában nem elegendő, a gyakorlatban felmutatandó jártasságról való tájékozódás is igen fontos. Természetesen itt a különböző mélységű jártasság, szakok szerinti írásba

foglalása nélkül nincs megfelelő vizsgáztatás. Ez viszont azzal is együtt jár, hogy közben a különböző gyakorlatokat tartó oktatók munkájának minőségére is fény derül.

Az orvosi diploma kézhezvétele után állást kell a végzettnak biztosítani. Az állások számát és milyenségét az ország szükséglete szabja meg. Betöltésük pályázat útján történik. Ez az a második pont, ahol ugyancsak nem egyéni érdekek döntenek el a kialakítandó szakorvoseloszlást. A végzettek számának valamivel kevesebbnek kell lennie, mint az állások számának. Az ésszerű álláselosztás azonban a jövőben csak akkor valósulhat meg, ha a jelenleg vezérlő paraszolvenciális motívum – mint ki nem mondott elv – már nem érvényesülhet, illetve ha elhárulnak a mobilitási akadályok. Mit értünk mobilitási akadályokon? Egy friss diplomával rendelkezőnek jövőben munkahelyén lakást kell kapnia, ahol először egyedül, vagy/majd családjával együtt az életfeltételei biztosítva vannak. Az így kiegészült álláslehetőség még egyértelműen nem valószínű, hogy végleges letelepedés, mivel a későbbiekben az állásban lévő orvos megpályáz egy másik állást, ahol más feltételrendszerben, de szakmai fejlődése érdekét figyelembe véve dolgozhat. Lényeges, hogy megélhetését biztosító – mellékjövedelem nélküli fizetés mellett! Ez az ország érdekében megvalósítandó harmadik pont, amely realizálódásának időpontja meghatározhatatlan, tehát a fejlődésben, a mobilitásban a közeljövőben nem várható változás. Van azonban a mobilitásnak egy másik vetülete, ez pedig a vezetők – a főorvosok mobilitása.

Az ország számos városában egy-egy megüresedő főorvosi állásra csak elvétve pályázik egyeteméről – „iskolákból” – szakember. Ennek számos oka van, amelyről jelen esetben, mint látszólagos mellékvágányról nem célszerű értekezni, de azt a szempontot, amely az oktatással függ össze, hangsúlyozni kell. A nem megfelelő felkészült-

ségű szakember vezető pozícióban azt jelenti, hogy nem tud tutorként működni. Vagyis a szakorvosi felkészítésben nem képes tevélegesen és eredményesen részt venni. A kisebb városok főorvosi kara a gyakorlatban legtöbbször a helyben nevelkedtek közül alakul ki. Ez egyedeit figyelembe véve jó választás is lehet, de nagy általánosságban biztos, hogy nem szolgálja a szakma érdekeit, a fejlődést.

A rutinmunka monotonitása, a kellően képzett, iskola alakította, belső indíték hiányában az elméleti fejlődést csaknem lehetetlenné teszi, például a folyóirat-referálók elsovadását idézi elő. A fiatal kollégák információszükkében töltik életük legfogékonyabb időszakát, hiszen ilyenkor „élesben” megy a gyakorlat, más szavakkal, érzik az egyéni felelősség súlyát. Az internet (MedLine) sokszor, sok szempontból kiegészítő eszköz, de megbeszélés hiányában sohasem elegendő.

Az egyetemek klinikái ugyanakkor „elöregednek”. Az idősebb kollégák, a vezető egyetemi tanárok nyújtotta „ernyő” alatt, tizenöt ágyon „főorvoskodnak”. Sok helyen úgy, hogy már az oktatásban sem nagyon vesznek részt, inkább csak kutatnak (!?).

A szakorvosképzést a jelenlegi intézkedések teljes mértékben az egyetemek oktatási feladataként határozzák meg. Az intézkedés olyan sikerrel járt, hogy az elméleti szakorvosképzés praktikusán haldoklik. A szakorvosképzésnek ugyanis két szakasza van; az egyik a gyakorlat elsajátítása, a másik a gyakorlat háttérében lévő elméleti ismeretanyag birtoklása. A gyakorlat megvalósulása legnagyobb részt a munkahelyen, a munkahelyi tutor segítségével történik, míg az elméleti anyag előadások formájában jut el a szakorvosi vizsgára jelentkezőhöz (... és nem kizárólag távoktatás formájában!).

Nagy hibát követett el a kormányzat, amikor hagyta az évtizedeken keresztül működő orvostovábbképzés (a szakorvosi vizs-

gára való felkészítés és a folyamatos továbbképzés) megszüntetését, ahelyett, hogy az egyetemeknek tanácsolta volna az orvostovábbképző kar mint oktatási egység fenntartását.

Az ún. kreditpontok gyűjtésének gyakorlata a céltudatos folyamatos képzéshez szükséges elméleti anyag mindenre kiterjedő összességének igényét, meg sem közelíti. A 2002. év belgyógyászati továbbképző előadásai bejelentett listájának elemzése rendkívül tanulságos, de egyben elszomorítóan elégtelen.

A választott témák nem ölelik fel magának az orvoslásnak lényeges fejezeteit, hanem csak szemelvényeket adnak. Adódik ez abból az indítékból, amelyet a népbetegségek gyógyszerelésének újabb útjai – a gyógyszergyárak terjeszkedő preparátumai adnak (szabnak meg). A gyógyszergyárak által szervezett és szponzorált előadások száma nem ugyanaz. A cégek által nyíltan szervezett továbbképzés 2002-ben az előadások valamivel több, mint 8 %-át alkotta. A szponzorált, de céltudatosan egy adott témakörre – például hipertónia betegség – vonatkozó kurzusok száma ezzel szemben igen magas.

Az egyetemi városok továbbképző előadásai is hasonlóan behatárolt tematikát tárnak a hallgatóság elé – mivel rövid, pár órás előadássorozatokról van szó –, így megfosztják a tanulni vágyókat attól a lehetőségtől, hogy egy vagy két hét alatt több területről szóló előadások közötti összefüggések elemzésére legyen lehetőségük. A 2002-ben bejelentett kreditpont szerzésére alkalmas előadások száma 287 volt. Nagyon érdekes az eloszlás az ország területén. Vannak szégyényesen „ellátott” területek, s emellett az egyetemek aktivitása is igen változó. A leg-

több kurzus 1-3 óráig tart, ez az összesnek 74 %-a. A valódi továbbképzés, ahol az előzőekben említett igények kielégítődnék, pedig, mintegy 8 %. Az egyetemek és az OGYK (Országos Gyógyintézeti Központ) által megtartott továbbképzések nem teszik ki az összesnek a felét, mégis, ha a ráfordított időt vesszük figyelembe, úgy az egész több mint kétharmadát jelentik. Ugyanis itt még valahogyan működik a szakvizsgára való felkészítés.

Ismételten bebizonyosodott, hogy a hallgatóság elhelyezése, étkeztetése, munkahelyén a távolmaradásakor szükséges helyettesítése nem megoldott, ellentétben az ún. OTKI (Orvostovábbképző Intézet) időszakában megszokottakkal.

Az ismeretek özöne árasztja el a medicinát – nemkülönben új vizsgálóeljárások, műszeres beavatkozások –, mindezek miatt fokozódik a felkészültség igénye. A társadalom elvárása is jogosan növekszik. Ma már a számítógép adta lehetőség sok beteget felkészít arra, hogy kritikusan szemlélje a vele történeteket, és laikus mivolta ellenére olyan ismeretekkel rendelkezik, amelyekkel ellenőrizni is tudja az orvos naprakész tudását. Mindezek elengedhetlenné teszik az állandó továbbképzést. Ráadásul a különböző szubdiszciplínákba való betekintést, az aszociációs körök növelését. Következésképpen a jelenlegi helyzetet jellemző „állóvíz” tovább nem tartható. Az orvosok továbbképzéséért az egészségügyi miniszter a felelős, tehát a minisztérium – figyelembe véve a lehetőségeket – nem késlekedhetik az orvostársadalom szakmai műveltségének fokozására, világszinten tartására teendő lépésekkel.

Kulcsszavak: *képzés, szakvizsgára való előkészítés, továbbképzés*