

LXIX. ÉVFOLYAM 2017/1–2. szám

HONVÉDORVOS

A MAGYAR HONVÉDSÉG EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLATA, A NATO KATONA-EGÉSZSÉGÜGYI KIVÁLÓSÁGI KÖZPONT
ÉS A MAGYAR KATONAI KATASZTRÓFAORVOSTANI TÁRSASÁG LAPJA



Szerkesztőbizottság

Elnök: **Dr. Kopcsó István**
Elnökhelyettes: **Dr. Svéd László**
Dr. Zsiros Lajos

Főszerkesztő: **Dr. Grósz Andor**

Tagok: **Dr. Faludi Gábor**
Dr. Fazekas László
Dr. Gál János
Dr. Helfferich Frigyes
Dr. Kovács László
Dr. Mátyus Mária
Dr. Meglécz Katalin
Dr. Németh András
Dr. Rókus László
Dr. Sótér Andrea
Dr. Szabó Sándor András
Dr. Szakács Zoltán
Dr. Tamás Róbert
Dr. Tóth Judit
Dr. Vekerdí Zoltán

HONVÉDORVOS SZERKESZTŐSÉGE

1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44. • Telefon: (1) 4651-800/ 713-12 v. 715-13
e-mail: mh.ek.tudomanyoskonyvtar@hm.gov.hu

Kiadja: az MH Egészségügyi Központ
Kiadásért felelős: Kun Szabó István vezérőrnagy
Felelős szerkesztő: Prof. Dr. Grósz Andor ny. orvos dandártábornok

Kiadás éve: 2018

Index: 25378 • HU ISSN 0133-879X

Nyomdai előkészítés és kivitelezés:
HM Zrínyi Térképészeti és Kommunikációs Szolgáltató Közhasznú Nonprofit Kft.
Felelős vezető: Benkóczy Zoltán ügyvezető
Tördelés: Teszár Edit
Sokszorosítóosztály, felelős vezető: Pásztor Zoltán

A folyóiratot elektronikus változatban archiválja a Magyar Tudományos Akadémia Könyvtár és Információs Központ REAL-J adatbázisa (<http://real-j-mtak.hu/>)

TARTALOM

Dr. habil Szakács Zoltán o.ezds., PhD

Paraszomniák és alvás alatti epilepsziák jelentősége
és differenciál-diagnosztikája. 5

Dr. Simon Márta

A csapatorvos szerepe, lehetőségei az obstruktív alvási apnoe
szindróma szűrésében 19

Dr. Svéd László ny. o. altbgy., PhD

A Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatának
története 1980–1989. (II. rész) 31

Hírek

Dr. Fazekas László o. ezds.

Vigorous Warrior (Életerős Harcos) 2017 hadgyakorlat 91

Referátumok 101

Könyvtári közlemények

Források és adalékok a Honvédorvos II. világháború utáni újrarendülésének
történetéhez (Pogányné Dr. Rózsa Gabriella PhD) 104

CONTENTS

Col. Z. Szakács MDMC, PhD

The importance of parasomnias and sleep related epilepsies and their differential diagnostic procedures 5

Márta Simon MD

The role and possibilities of the medical officer in the screening examinations for obstructive sleep apnoe syndrome 19

Lt. General (ret.) Prof. L. Svéd MD, PhD

History of the Medical Service of the Hungarian People's Armed Forces, 1980–1989 (Part II.) 31

News

Col. L. Fazekas MDMC

Vigorous Warrior 2017 91

Abstracts 101

Paraszomniák és alvás alatti epilepsziák jelentősége és differenciál-diagnosztikája

Dr. habil Szakács Zoltán orvos ezredes, PhD

Kulcsszavak: *paraszomnia, epilepszia, poliszomnográfia, alvásfüggő mozgászavarok*

A szerző a differenciál-diagnosztikai szempontból jelentős nehézséget okozó alvásfüggő mozgászavarokat mutatja be, kiemelve a paraszomniák és alvás alatti epilepsziák szerepét. Az alvás alatt a mozgás-megnyilvánulások széles skálája alakulhat ki, a fiziológiai alvási mozgásjelenségek (mint a testhelyzet-változtatás) mellett számtalan kóros mozgásforma is. Számos esetben nehézséget okoz az egyes mozgásjelenségek eredetének megítélése. A legfontosabbak az alvászavarokhoz tartozó formák (paraszomniák, nyugtalan láb szindróma stb.), a mozgászavarok alvás alatti jellegzetességei, valamint az epilepsziás működészavar talaján kialakuló formák. A kivizsgálás magában foglalja a mozgástöbblet speciális szempontok (többek között a jelenség időzítésének, ismétlődésének, lezajlási mintázatának és esetleges provokáló faktorok ismeretének) alapján való jellemzését, poliszomnográfiai és videó-EEG monitorozást, valamint validált kérdőívek (pl. FLEP skála) használatát. A megfelelő differenciál-diagnosztika és terápia az alvás alatti események, alvás szerkezet és mozgástöbbletek összefüggéseinek ismerete alapján lehetséges.

Felnőtt embernek fizikai és szellemi igénybevételétől függően 6-8 óra alvásra van szüksége. Ennek az időnek 20-20 százalékát teszi ki az ún. lassú hullámú alvás, illetve az ún. álomfázis. Előbbi az idegrendszer és az egész szervezet regenerációjának ideje, utóbbi alatt szellemi működésünk szerveződik át, fejlődik tovább. Ismert irodalmi adat, hogy a NASA kutatói kimutatták, 20 év körüli katonáknak minimálisan napi 4,5 órás alvásra

volt szüksége ahhoz, hogy még az előírt teljesítményszintnek 5 napon keresztül meg tudjanak felelni. Az ilyenkor észlelt alvás fele-fele arányban e két „életfontosságú” alvásformából állt. Az egyéb szempontból igen jelentős átmeneti alvászavarok gyakorlatilag eltűntek. Ismert az is, hogy ez a jó alkalmazkodóképesség későbbi életkorokban rohamosan csökken, alvásunk összetétele változik és elmerevedik.

Az utóbbi évtizedekben ismerte fel és hasznosítja mind nagyobb mértékben az orvostudomány, hogy az életünk közel egyharmadát kitevő alvás fontos tényező életműködéseink szerveződésében, testi-lelki egészségünk és teljesítményünk fenntartásában. A katonai szolgálathoz számos vonatkozásban kapcsolódó többműszakos munkakörök különböző változatai, a megszokott alvás-ébrenlét ritmust változtathatják meg szintén alvásképtelenséget okozva. Új diagnosztikai módszerek és terápiás lehetőségek jöttek létre az alvás-és éberség zavarok vizsgálatára, kezelésére és megelőzésére.

Az alvás ép és kóros viszonyainak tudományosan megalapozott vizsgálatára, szűrésére és kezelésére mind nagyobb igény mutatkozik. A világ számos országában – nem egyszer a katonaegészségügy meghatározó részvételével – alakult ki a tudományos alaputatást, illetve a klinikai gyógyító-megelőző tevékenységet folytató szakembergárda, alvásdiagnosztikai központok, kutatóhelyek szerveződtek.

Az alvászavarok és alvásbetegségek terén összegyűlt sok tapasztalat természetesen csak akkor értékesíthető a katonai és katasztrófaorvostan területén, ha gyakorlattá válik. Egyik fő célunk volt, hogy MH Egészségügyi Központ Neurológiai osztálya Alváslaboratóriumában egyik fő szakmai és tudományos témájává tegyük az ide tartozó kórképek diagnosztizálását, kezelését, szűrésének megszervezését. Ennek érdekében összeállítottuk az alvásfüggő mozgás- és légzésvizsgálatok, a hiperszomniák, illetve a paraszomniák kivizsgálásának és kezelésének protokolljait, amelyek meghatározzák az alapellátásban (csapatorvosi, háziorvosi rendelők), valamint kórházunk szakambulanciáján és egyes esetekben az osztályon szükséges teendőket. A katonai egészségügyben működő

alvásdiagnosztikai laboratóriumnak feladata kiszűrni a speciális több műszakos körülmények közötti teljesítő katonák körében a disszomniában szenvedőket, továbbá felismerni az éjszakai mozgászavarok katonai szolgálatot veszélyeztető formáit.

Az alvás során jelentkező mozgászavarok mögött számtalan kórkép húzódhat meg. Kivizsgálásuk és kezelésük egységes szemléletet igényel, melyhez hozzá tartozik az alvás szerkezetének, szabályozásának és a disszociációs jelenségek ismerete, az alvás során kialakuló mozgástöbblettel, vagy éppen annak csökkenésével járó állapotok egyes alvásfázisokkal való kapcsolata, valamint ezek kölcsönhatása [1].

A napi gyakorlat szempontjából a két legfontosabb csoport, a paraszomniák és az alvás alatti epilepsziák számos ponton átfedést mutatnak. A mozgás-megnyilvánulások nem mindig egyértelműek, EEG korrelátum nem minden esetben áll rendelkezésre.

Számos klasszikus alvászavart (pl. alvásfüggő légzésvizsgálatok) változatos mozgásjelenségek kísérhetnek, amelyek összekeverhetők akár epileptogén eredetűvel, akár egyéb kórfolyamat következtében kialakulttal.

Az „egyszerű” alapelvek ellenére az egyes kóros mozgás-megnyilvánulások korrekt elemzése, értékelése jelentős kihívást képvisel. Ugyanazon jelenség megítélése nagyban eltér különböző kiértékelők és vizsgálók között [2].

A fentiek miatt érdemes áttekinteni az egyes fontosabb mozgásjelenségeket és alapvető differenciál-diagnosztikai lehetőségeket és összefüggéseit.

Alvás alatti mozgástöbblet

Az alvás alatti mozgás-megnyilvánulások jelentős differenciál-diagnosztikai kihívást képviselnek, részben a mögöttes

patológia, részben a megjelenési forma sokszínűsége miatt. Számos alvászavar jár mozgástöbblettel [3]. Emellett az alvás során megjelenő epilepsziák képezik az elkülönítés fő irányait, nehézségeit. A legfontosabb alvás alatti mozgástöbbletek közé tartoznak a paraszomniák, a nyugtalan láb szindróma, periódikus végtagmozgás-zavar betegség, az alvásfüggő légzésvavarok során kialakuló mozgások, az epileptogén eredetű jelenségek. A legfontosabb képviselőket az *I. táblázat* foglalja össze [4].

Alvásfüggő légzésvavarok esetén a túlmozgást a légzéskihagyást kísérő hipoxia és a (többek között) ennek következtében kialakuló patológiás mikroébredés indukálja. A mozgás-megnyilvánulásra jellemző a nagy, tömeges, csapkodó, forgolódó mozgás, amely látványos, a hálótárs által észlelt, akár sérülésekig vezet (ágyról leesés, alvótársban okozott sérülés) lehet [3].

Az obstruktív alvási apnoe betegség esetén a horkolás jellege fontos differenciál-diagnosztikai adalék, azonban számos esetben (centrális apnoe, *Cheyne-Stokes* légzés, alvás alatti hipoventilláció) a horkolás hiányzik, de a deszaturációkat, mikroébredéseket kísérő mozgástöbbletek hasonlóan kifejezettek lehetnek, mint a garatelzáródásos típusban.

I. táblázat. *Alvással, vagy ébredéssel kapcsolatos epilepsziák*

- Rolandikus epilepszia
- Frontális epilepszia hypermotoros rohamokkal
- Juvenilis mioklonusos epilepszia
- Absence epilepszia
- Ébredési generalizált tónusos-klónusos rohamok
- Epilepsziás encefalopátiák
 - Lennox-Gastaut szindróma
 - Folyamatos „spike and wave” epilepszia alvásban (CSWS)
 - Egyéb

A differenciál-diagnosztikában a video-poliszomnográfias vizsgálatnak van szerepe – akár 16-32 csatorna EEG regisztrálási lehetőséggel.

Az éjszakai mozgástöbbletek fajtái

Az alvás alatti mozgástöbblet egy meglehetősen heterogén csoport, számtalan képviselővel [4]. Azonban nem minden mozgólódásunk kóros. Az éjszaka folyamán fízológias alvási mozgásjelenség a testhelyzetváltozás, melynek a legkézenfekvőbb értelme a nyomásnak kitett felületek és területek védelme. Jellegzetes mozgás-megnyilvánulás az elalvás fázisában a megfelelő alváspozíció megtalálása is.

A kóros mozgás-megnyilvánulások sokkal szélesebb, nagyobb csoportot alkotnak. Amennyiben a megjelenési formát vizsgáljuk, a paletta az egyszerű izomgörcstől (pl. lábikragörcs) a komplex, célirányos mozgás-megnyilvánulásokig tart. Jelentkezhetnek repetitív mioklonusok, disztóniform túlmozgások, komplex mozgások (pl. járkálás, autóvezetés, szexuális jellegű mozgások), akár heves pszichés (pánik) és vegetatív (szapora szívverés és emelkedett légzésszám) reakciók kíséretében.

A mozgásjelenségek legtöbb típusa a gyermekkorban gyakori úgynevezett paraszomniák csoportjába tartozik. Bár számtalan jellegzetes képviselője van, a nagyságrend eltörpül az alvásfüggő légzésvavarokban (pl. obstruktív alvási apnoe betegség) és az alvásfüggő mozgásvavarokban (nyugtalan láb szindróma és periodikus végtagmozgásvavar betegség) szenvedő betegek számához képest. Szintén nem lehet figyelmen kívül hagyni az alvás során jelentkező epilepsziák jelentőségét sem. Differenciál-diagnosztikai szempontból fontos végiggondolni

az inszomniák, illetve egyes belgyógyászati kórképek kapcsolatát is. A legfontosabb alvásfüggő mozgászavarokat a *II. táblázat* mutatja [4]. Az alvás nemcsak mozgásformákat tud kiváltani, hanem bizonyos mozgásformák megszüntetését is eredményezi. Jól ismert példa, hogy a hiperkinetikus mozgászavarok jelentős része az alvás alatt jelentősen javul vagy akár teljes egészében meg is szűnhet. Nemcsak az éjszakai alvás, hanem a pár órás nappali pihenés alatt is jól megfigyelhető, hogy a *Parkinson*-kór nyugalmi tremora, vagy a disztóniások fázisos hiperkinezisei is jelentős mértékben javulhatnak.

Ez a jelenség azért is érdekes, mert éjszaka – a dopaminerg gyógyszerelés hatásának oldódásával párhuzamosan – a rigiditás és a vele járó izomgörcsök általában fokozódnak, ami a beteg felébredéséhez is vezethet. Ennek ellenére a betegek és a hozzátartozóik elmondása alapján nem a hiperkinetikus tünetek (pl. tremor), hanem a hipokinezis fokozódásával járó problémák (rigiditás, disztónia) jelentenek panaszt.

Hipokinetikus állapotok alvás alatt nemcsak neurodegeneratív megbetegedések esetében jelentkezhetnek. Hipnotikumok, illetve alkohol esetében a normális alvás alatti mozgásmintázat is lecsökkenhet. Jól ismert példa a n. radiális nyomásos sérülése („vasárnap reggeli bémulás”), melynek oka abban keresendő, hogy a tartós végtagkompresszió nem indukál testhelyzet változtatást.

Paraszomniák

A paraszomniák az ébredés, a parciális ébredés és az alvás-ébrenlét átmenet betegségei, melyeket autonóm idegrendszeri és vázizomzat aktiválódás jelei kísérik [4].

A legváltozatosabb kórképek, mozgási és magatartási megnyilvánulások ebbe a csoportba tartoznak. Számtalanszor már gyermekkorban találkozunk velük, néhány képviselője inkább a felnőttkorra jellemző.

A paraszomniák osztályozása alapvetően azon alapul, hogy köthető-e valamely alvásfázishoz, vagy sem. Ennek alapján a mozgás-menyilvánulás jelentkezhet lassú hullámú alvásban, REM alvásban, illetve az események egy része nem köthető szorosan alvásfázishoz [4].

Amennyiben csak a mozgás-menyilvánulások jellegzetességeit tekintjük át, látható, hogy az elemi mozgásoktól kezdve összetett mozgásmintázatok is megjelenhetnek. Az időzítés, mint fontos differenciál-diagnosztikai információ nélkül nehéz eldönteni az eredetüket.

A fontosabb megjelenési formák a következők:

- mioklonusok,
- ritmikus mozgások,
- disztoniform mozgások,
- komplex cselekvéssorok, esetleg vocalizációval,
- pánikroham szerű vegetatív kísérő tünetek.

Az alvásszerkezet megfelelő ismerete fontos ezen kórképek diagnosztikájához. A lassú hullámú alváshoz kötődő események (az úgynevezett ébredési zavarok, pl. alvajárás, alvás alatti beszéd, zavart ébredés, stb.) az első mélyalvás ciklusban jelentkeznek legnagyobb valószínűséggel. Ez azt jelenti, hogy az elalvás utáni első 2-3 órában láthatjuk, várhatjuk. A REM fázishoz kapcsolódó jelenségek (pl. REM magatartászavar, nightmare) pedig az alvás második felében várhatók. A kikérdezés során mindig fontos kitérni az időzítésre, vagyis az alvás so-

II. táblázat. *Alvás alatti epizódikus motoros események felosztása (AASM, 2014) és gyakorisága*

Motoros esemény	Gyakoriság (felnőttkori)
Parasomniák	
• NonREM	
Zavart ébredés	2,9–4,2%
Night terror	2,2
Alvajárás	1–4%
• REM	
Nightmere	2–8%
Alvási paralízis	6,2%
REM magatartászavar	2%
Alvásfüggő mozgászavarok	
• PLMD (periodikus végtag-mozgászavar)	3–5%
• Bruxizmus	8–31%
• Éjszakai lábikragörcs	50–60%
• Jaktáció	nincs adat
Egyéb	
• Elalvási mioklonusok	70%
• Alvás alatti beszéd	4%
• Benignus mioklonusok	nincs adat
• Pszichogén nem epilepsziás roszullét	0,00002–0,00033%
• Éjszakai pánikzavar	
• Alvásfüggő légzészavarok	2–5%
• GERD	8–21%
• Narkolepszia	0,03–0,05%
• Enuresis nocturna	0,5%
• Mioklonusok	
– Excessiv fragmentált mioklonus	nincs adat
– Propriospinalis mioklonus	nincs adat
– Ritmikus mozgászavarok (elalvás során)	nincs adat
– Akatízia	6,3%
	(schizophreniában)

rán (pontosabban az elalvástól számítva) mikor jelenik meg az oda nem illő mozgástöbblet.

A panaszok kialakulásában nagy szerepe van az úgynevezett disszociációs jelenségeknek, állapotnak („status dissociatus”). Egyes elképzelések szerint az alapját a különböző agyi régiók eltérő „alvási-ébredési állapot” okozza, melynek során megjelennek alvási-ébredési jellegű, illetve ébredésre jellemző

események is. Ilyen például az alvajárás (szomnambulizmus során delta hullámú mélyalvásból kialakuló éber állapotra jellemző mozgás megnyilvánulás, vagy a REM magatartászavarban kialakuló motoros esemény, REM fázisban) [5].

Ébredési parasomniák

A leggyakoribb típusok, mint pl. az alvajárás ebbe csoportba tartoznak [6, 7]. Főbb képviselői még a zavart ébredés, il-

letve az úgynevezett sleep terror (pavor nocturnus). Ezek közös jellemzőit a *III. táblázat* tartalmazza.

Az alvajárás a legismertebb képviselő. Az egyszerű felüléstől a komplex cselekvéssorokig mindenféle jelenséget leírtak.

Ritkábban fordul elő az éjszakai félelmetes felrettenés, jelentkezhet gyermek és felnőttkorban is. Ennek során az alvó felsikolt. Mindenki összefut, megijed. Az érintett minden nehézség nélkül visszaalszik, s másnap nem emlékszik semmire a történetekből. A felnőttkori formájában pszichés tényezők is szerepet játszhatnak a kialakulásban.

Az éjszakai zavart felébredés gyakran előfordul felnőtteken is. Az alvó – illetve helyesebben az ébredő – egy ideig nem tudja, hogy hol van, mi történt. Nem megfelelően viszonyul környezetéhez, alvótársához, sőt akár sérüléseket okozhat.

Fontos tudni, hogy egy lassú hullámú alváshoz kötött mozgásjelenség meglepte nem zárja ki, hogy az adott páciensnél másik, ugyan ebbe a csoportba sorolható betegség is kialakuljon, sőt általában kombinálódnak, éjszakáról éjszakára változhatnak.

REM fázishoz kapcsolódó paraszomniák

Közös jellemzőjük, hogy többnyire felnőttkorban jelentkeznek, egyes képviselői inkább az idősebb korosztályban fordulnak elő [8]. Ahogy az ébredési paraszomniáknál, ebben a betegségcsoportban is disszociációs jelenségek alakulnak ki, a REM-re jellemző motoros, vegetatív és magatartási események együttállása megszűnik.

A legfontosabb kórkép ebben a csoportban a REM magatartászavar [8, 9]. A REM fázisra jellemző motoros gátlás felfüggesztődik, ennek következtében megjelenítjük az álmainkat. Ilyenkor az

III. táblázat. Az ébredési paraszomniák közös jellemzői

- A jelenség mindig lassú hullámú alvásban jelentkezik, általában az alvás első harmadában és éjszakánként csak egy (esetleg kettő) alkalommal.
- Az alvót ilyenkor nehéz felébreszteni, „felébredve” zavartság észlelhető.
- A páciens nem emlékszik a történetekre.
- Külső ingerekre adott reakciója csökkent.
- Gyakoribb gyermekkorban, felnőttkorra az esetek döntő többségében kinövik a panaszokat.
- Az alvó magatartási szinten mozgásokat, komplex mozgássorokat produkál, lassú hullámú alvás EEG jellemzőitől eltekintve.

alvótárs futó, verekedő, stb. mintázatot lát, s páciens felébredve elmondja, hogy álmában kergették, harcolt, stb. A REM magatartászavar legfőbb veszélye a sérülések kialakulása, amely mind a pácienset, mind az alvótársat érintheti. Fontos ennek a kórképnek az ismerete abból a szempontból is, hogy bizonyos degeneratív neurológiai kórképek (pl. Parkinson betegség, multiszipisztémás atrofia) vonatkozásában a preklinikai fázis egyik tünete lehet [10].

REM magatartászavarra jellemző esemény sor jelentkezhet narkolepsiában is. Amíg a narkolepsiában ez a magatartás minta csak ritkán, éjszakánként általában egy alkalommal fordul elő, addig a REM magatartászavar betegségben éjszakánként többször is megfigyelhető [11].

Alvási paralízis önálló betegségként is előfordul, de narkolepsiának is lehet kísérő tünete. A lidérces álom (nightmare) hasonlít a lassúhullámú alvásban jelentkező felrettenéshez. A leglényegesebb különbségek, hogy a páciens nem, vagy nehezen alszik vissza a felrettenés után, valamint inkább felnőtteket érint, visszaemlékszik a történetekre és gyakran fellelhető egy háttérben kiváltó pszichopatológia.

Egyéb paraszomniák

Legfőbb jellegzetességük, hogy nem lehet az előző kategóriákba (ébredési és REM függő jelenségek) beilleszteni.

A számos képviselő közül csak a bruxizmust szeretnénk kiemelni, amely jó példája annak, hogy – ellentétben az előzőekkel – nem kell mindig nagy, tömeges mozgás ahhoz, hogy az alvászerveket megváltoztassa, az alvást a gyakori mikroébredéseken keresztül felületessé tegye [12].

Ébrenlét-alvás határán kialakuló mozgásjelenségek

Ezeket a jelenségeket korábban a paraszomniák csoportjába sorolták. Közös jellemzőjük, hogy közvetlenül az elalvás előtti időszakban jelentkeznek, megnehezítve azt, de alapvetően benignus megnyilvánulások. Ezzel elalvási inszomnia képét utánozhatják. A leggyakoribb jelenség az elalvási mioklonus. Ennek kapcsán hirtelen, villanásszerű, kezekre, lábakra lokalizálódó megrándulás alakul ki, mely az éppen szendergéssből visszaébredeszteti az aludni vágyót. Jelentősége főleg differenciál-diagnosztikai szempontból van, gyakoriak újszülött és csecsemőkörben is, epilepszia látszatát kelthetik. Fontos még a ritmikus mozgászavarok (fejmozgások, törzsmozgások), illetve a propriospinális mioklonusok (a fekvő helyzetben megjelenő flexiós jellegű represszív mozgások) ismerete.

Alváshoz, vagy felébredéshez kapcsolható epilepsziák (IV. táblázat)

Benignus centrotemporális epilepsziára jellemzőek az éjszakai faciobrachialis motoros rohamok, amelyek néha másodlagosan grand mal rohamokba men-

nek át. A szindróma gyermekeket, fiatal serdülőket érint, és felnőttkorra megszűnik. Szinte bármely antiepileptikum megszünteti a rohamokat (használhatunk carbamazepint, oxcarbazepint vagy lamotrigint) [13].

A frontális lebeny epilepsziák közül a szupplemeter motoros aréából induló tónusos rohamok gyakran éjjelente jelennek meg. A nokturnális frontális lebeny epilepsziára (NFLE) jellemzők az éjszakai hipermotoros rohamok, sokszor disztóniform elemekkel, vokalizációval. A betegség rendszerint fiatalkorban és serdülőkorban kezdődik (10–20. életév között), szemben az SWS paraszomniákkal, amelyek rendszerint fiatalabb életkorban, és a REM magatartás-zavarral, amely viszont idősebb korra jellemző [14]. 25%-ban mutat familiaritást, de a pontos genetikai mechanizmust csak néhány esetben ismerjük: a nikotinerger acetilkolin receptorok kódoló gén mutációját lehetett kimutatni. A betegséget tehát feltehetőleg különböző mutációk okozhatják, hiszen még a nikotinerger receptor-diszfunkcióban is legalább háromféle független mutáció létezik [15]. Az NFLE csak 70%-ban reagál antiepileptikumra (főleg carbamazepinre), ezért pusztán a gyógyszer-rezisztencia nem különíti el

IV. táblázat. Alvással, vagy ébredéssel kapcsolatos epilepsziák

- Benignus centrotemporális gyermekkori epilepszia
- Frontális lebeny epilepszia
 - Szupplemeter szenzomotoros
 - Nocturnális frontális lebeny epilepszia
- Lennox-Gastaut szindróma
- Polyamatos „spike and wave” epilepszia alvásban (CSWS)
- Juvenilis mioklonusos epilepszia
- Absence epilepszia
- Ébredési GM

a paraszomniáktól. Mivel mind alvására, mind NFLE-re jellemző a családi halmozódás, ezért ez a szempont sem igazán perdöntő a differenciál-diagnosztikában (melyet máshol részletezünk). Még nagyobb differenciál-diagnosztikai problémát jelezhet az, hogy gyakori az NFLE és a paraszomniák együttes előfordulása akár egy családon vagy egyénen belül [16].

A juvenilis mioklónusos epilepsziára (JME) reggeli (ébredés utáni) mioklónusok és grand malok jellemzőek. Ritkábban absence rohamok is előfordulhatnak. Ez a leggyakoribb, felnőtt korban is fennálló epilepszia-forma, a teljes népesség 0,1%-át érinti. A rohamok és mioklónusok alvásmegvonásra fokozódnak, illetve jelennek meg. Első választandó gyógyszere a valproát, amely az esetek 80–90%-ban megszünteti a rohamokat (de levetiracetam, lamotrigin is választható). Fontos tudni, hogy a gyógyszerelést ebben a kórképben soha nem szabad abbahagyni!

A JME „idiopátiás” formakörbe tartozó epilepszia, ami azt jelenti, hogy feltehetőleg genetikai alapú a fokozott görcskészség, a családi halmozódáson kívül nincs más etiológia. Szintén idiopátiás epilepszia az ébredési GM epilepszia és az absence epilepszia. Ez utóbbi rendszerint iskoláskorban kezdődik, első választandó gyógyszere az ethosuxmid, és az esetek zömében (több mint 70%-ában) serdülőkorra elmúlik. Jellemző rá, hogy az éberségi szint csökkenése provokálja a rohamokat [17].

Mozgászavarok mellett jelentkező alvási problémák

A legtöbb mozgászavar megjelenése a bazális ganglionok megváltozott, patológias működészavarával magyarázha-

tó. Főemlősvizsgálatok alapján tudjuk, hogy a dopamin rendszer működését a circadián ritmus is befolyásolja.

Az utóbbi 10 évben kezdett a klinikai kutatás a Parkinson-kór nem-motoros tünetei felé fordulni [10]. Egy 2003-as tanulmánynak köszönhetően ma már tudjuk, hogy a betegek életminőségét a nem-motoros tünetek jelenléte legalább annyira befolyásolja, mint a klasszikus motoros tünetek (tremor, rigor, bradikinezia) hatása. A *Parkinson*-betegek közel háromnegyedében a depresszió mellett az alvászavar jelenti a legtöbb gondot okozó nem-motoros tünetet.

Érdekes klinikai megfigyelés, hogy az alvás során (már a felületes stádiumokban is) a remegés jelentősen javul vagy akár teljesen meg is szűnhet. Ezzel szemben az izommerevség csak átmenetileg javul. Feltehetőleg az antiparkinson gyógyszerelés folyamatos kiürülésével párhuzamosan, 3–4 órával az elalvást követően az újra kifejezetté váló rigiditás miatt a beteg már fájdalmas izomgörcsökre ébredhet fel. Típusosan a reggeli felébredéskor a rigiditás mellett OFF disztónia is megjelenhet, ami a beteg fájdalmait tovább fokozza.

Egyéb mozgászavarokban, úgymint disztóniában és choreában, a túlmozgások általában alvás alatt megszűnnek. Ennek oka szintén ismeretlen.

A kivizsgálás legfontosabb lehetőségei, elemei

Az anamnézis-felvétel szempontjai

Az alvásfüggő mozgászavarok legfőbb diagnosztikai nehézségét pontosan a megjelenés körülményei (alvás alatt történik, nincs mindig szemtanú, a páciens csak ritkán emlékszik vissza a történetekre) adják. Emiatt különös gondosságot,

speciális stratégiát igényel az alvással kapcsolatba hozható mozgásformák kivizsgálása [18]. A legfontosabb kérdések az *V. táblázat* tartalmazza.

Amennyiben ezeket végiggondoljuk, az esetek többségében eldönthető, hogy milyen mozgástöbbletről van szó. A mai technikai fejlettség mellett szinte minden háztartásban jelenlevő videokamera vagy mobiltelefon használatával megkérhetjük az alvótársat, hogy készítsen felvételt az eseményekről. Alvásnapló segítségével (melyet a páciens tölt akár hetekig) feltérképezzük az alvási szokásokat, amely segítségünkre lehet a panaszok eredetének megítélésében.

Epilepszia versus paraszomnia: az elkülönítés alapvető megfontolásai

Az elkülönítésben a legfontosabb a mozgásjelenségek sztereotip, vagy variábilis lezajlásának megítélése, időzítésének és ismétlődésének az ismerete [19]. Ezen három alapvető jellemző ismeretében az esetek jórésében nagy biztonsággal megítélhető az eredet. A differenciál-diagnosztikához fontos információt szolgáltathatnak a hozzátartozók, de a video-EEG monitorozás és a polyszomnográfias viz-

gálat egyértelmű bizonyítékot szolgáltatathat a mögöttes patológia megítélésében is [20].

A REM magatartászavart a temporális lebeny epilepsziában jelentkező komplex parciális (pszichomotoros) rohamtól, az alvajárást sokszor a temporális roham posztiktális zavartságától kell elkülöníteni. De még ennél is nagyobb kihívás a nokturnális frontális lebeny epilepszia (NFLE) és a többi paraszomnia elkülönítése. Ez a típusú epilepszia éjszakai hipermotoros rohamokkal jár, elsősorban az éjszakai félelmes felrettenéstől kell elkülöníteni.

Epileptiform eredet mellett szól a sztereotip, szinte mindig ugyanolyan módon zajló motoros mintázat. Gyakran a motoros megnyilvánulás disztoniform, ballisztikus elemeket tartalmaz (pl. nocturnális frontális lebeny epilepsziában). Paraszomniák variábilisabban jelentkeznek, alkalomról alkalomra más mozgás-megnyilvánulásokat láthatunk akár a szomnambulizmus, akár REM magatartászavar esetén. Amíg a legtöbb paraszomnia éjszakánként többnyire egy alkalommal jelentkezik, addig az alvásfüggő epilepsziák többször is ismétlődhetnek az alvás során.

V. táblázat. Az anamnézisz felvétel szempontjai

- A páciens és a hozzátartozók kikérdezése: a születés körülménye (koraszülés, érettség, esetleges lázgörcs), gyermekkori betegségstörténet (furcsa mozgások – pl. alvajárást megláté) felderítése.
- A páciens visszaemlékszik-e a történetekre, és hogyan, illetve ilyenkor emlékszik-e álmokra.
- Milyen rendszerességgel (hetente, havonta hányszor jelentkezik a furcsa viselkedés).
- Egy éjszaka hányszor figyelnek meg eseményt és hogyan jellemzik azt.
- A mozgásemény az éjszaka melyik részében jelentkezik, azaz milyen az időzítése?
- A rosszullet, vagy a furcsa mozgás mindig ugyanúgy zajlik (sztereotip) vagy pedig változékony.
- Vannak-e egyéb kísérőjelenségek (izzadás, nyáladás, inkontinencia, horkolás, légzéskihagyás)?
- Kialakulnak-e sérülések, és milyen súlyosságúak?
- Ki lehet-e deríteni olyan tényezőt, amely provokálja, elősegíti az események megjelenését (pl. alvás-megvonás, alkoholfogyasztás)?
- Jelentkezett-e hasonló esemény a család több tagjában, vagy esetleg a szülőknél?
- Alvási szokások (pl. ágyban töltött idő, alvásidő, felébredések, az alvás időzítése, többműszakos munkakör, stb.).
- Társbetegségek.

Az epileptogén eredetű események időzítése nem olyan körülírt, mint a paraszomniáké, az éjszaka során bármikor megjelenhetnek. A paraszomniák esetén a az alvajárás konzekvensen az alvás első harmadában, míg a REM magatartászavar az hajnali időszakban jelenik meg legnagyobb valószínűséggel.

A legfontosabb szempontokat és jellemzőket az VI. táblázat tartalmazza. Az események pontos megfigyelésében, megítélésében nagy jelentősége van az akár több napos videóEEG vizsgálatnak [21]. Mindazonáltal, még a videó-EEG specificitása és szenzitivitása sem 100%-os a differenciál-diagnózisban [19].

A frontális lebeny epilepszia-paraszomnia skála (FLEP) szerepe a differenciál-diagnosztikában.

A paraszomnia-epilepszia differenciál-diagnosztika nem áll meg a fenti lehetőségeknél. Speciális, a jellegzetességei alapján (motoros mintázat jellege és az EEG pozitívitás hiánya) legnagyobb kihívást a nokturnális frontális lebeny epilepszia (NFLE) és az ébredési paraszomniák elkülönítése jelenti. Annak ellenére a patofiziológiájukban számos közös vonás, összefüggés található (pl.: frontális kolinergiás ébresztő mechanizmusok, funkciók, feltételezhető genetikai háttér) [5], a differenciálást számos különbség teszi lehetővé. Az NFLE 25–44%-ában

negatív az iktális EEG, az esemény rövid, hiányzik a posztiktális lassulás. A probléma ráadásul az, hogy iktális EEG-hez csak éjszakai videó-EEG-vel juthatunk, ami nemcsak költséges, hanem nehezen hozzáférhető eljárás. A „rutin” EEG során ugyanis itt nem jelenik meg epilepsziára jellemző potenciál. Ezek hiányában a korábban ismertetett három alapvető jellemző (időzítés, ismétlődés, variabilitás) mellett számos egyéb jellemző segítheti a valószínűségi differenciálást. Ennek az eszköze az úgynevezett FLEP (frontális lebeny epilepszia és paraszomnia) skála [16]. A fentiek mellett figyelembe veszi a panaszok életkori kezdetét, tartamát, a visszaemlékezést az eseményre, valamint a vokalizáció jelenségét. A kérdésekre adott válaszok pontszáma alapján alakul ki a FLEP skála pontértéke. A vizsgálatok alapján megfelelő specificitással és szenzitivitással képes elkülöníteni az egyes paraszomniákat a NFLE-től. A FLEP skálát az VII. táblázat mutatja.

Ugyan a FLEP skála nem tartalmaz rá vonatkozó kérdéseket, de a differenciálásban segítséget nyújthatnak a következő megfigyelések is:

Ébredési paraszomniáknál az esetek közel felében provokáló faktorként azonosítható külső környezeti inger (zaj), vagy a szervezeten belülről jövő esemény (köhögés, horkolás), az NFLE esetén ilyen csak az esetek kevesebb, mint

VI. táblázat. *Paraszomniák, alvás során jelentkező epilepsziák és pszichogén események elkülönítése a klinikum alapján*

	NREM Paraszomnia	REM Paraszomnia	Epilepszia	Psychogen. mozgászavar
Időzítés:	első harmad	az alvás utolsó harmadában	bármikor	bármikor
Visszaemlékezés:	ált. nincs	van	ált. nincs	lehet
Sztereotíp mozgások	nincs	nincs	lehet	nincs
„Rosszullétek” száma / éj:	általában 1×	általában 1×	többször	változatos

VII. táblázat. FLEP (Frontal Lobe Epilepsy Parasomnia) skála

Klinikai jellemző	Pontszám	
Kezdet: Milyen életkorban jelentkeztek az első tünetek?	55 év alatt 55 év felett	0 -1
Tartam: Mennyi ideig tart egy tipikus roszullét?	2 perc alatt 2-10 perc 10 perc felett	+1 0 -2
Események száma: Hányszor jelentkezik a roszullét egy éjszaka?	1-2 3-5 5-nél több	0 +1 +2
Időzítés: Az éjszaka melyik részében jelentkeznek a rohamok?	30 percen belül (elalvástól) Más időzítéssel	+1 0
Tünetek: Jelentkezik-e aura?	Igen Nem	+2 0
Vándorol-e hálószobán kívülre a páciens az esemény során?	Igen Nem (vagy bizonytalan)	-2 0
Komplex, célszerű magatartás a rohamok során? (pl. tárgyak felvétele, öltözködés)	Igen Nem (vagy bizonytalan)	-2 0
Szerepel-e disztóniform tartás az anamnézisben? (pl. tónusos végtagextenzió, görcs)	Igen Nem (vagy bizonytalan)	+1 0
Sztereotipicitás: Az események nagyfokban sztereotípek, vagy variábilisak?	Nagyfokban Kissé variábilis Nagyon variábilis	+1 0 -1
Emléknym: Emlékszik a páciens a roszullétre?	Igen Nem	+1 0
Vokalizáció: Beszél-e a páciens az esemény alatt? Ha igen, visszaemlékezik-e rá?	Nem Igen (hangok, egy szó) Igen (összefüggő, részleges vagy hiányzó visszaemlékezés) Igen (összefüggő visszaemlé- kezéssel)	0 0 -2 +2

10%-ában volt kimutatható. Míg az NFLE esetén az események közel 90%-ban felébrednek a páciensek a rosszulé-
tet követően, ébredési paraszomniák nál
ez csak az esetek 25%-ában mutatható ki,
jellemzőbb a lassú hullámú alvás folyto-
nosságának a fennmaradása [5].

A kivizsgálás lehetőségei:

poliszomnográfia, videó-EEG

Amennyiben az anamnesztikus adatok,
a roham leírása, az alvótárs beszámolója
nem elég az éjszakai mozgástöb-
blet megítéléséhez, a vizsgálatokat videó-
EEG-vel, vagy videómegfigyeléssel egy-
bekötött poliszomnográfival egészít-
hetjük ki. Ez utóbbi során egy éjszaka
rögzítjük az agyi elektromos jeleket
(EEG), szemmozgást, izomtónust, horko-
lás hangját, légáramlást, hasi és mellkasi
légzőmozgásokat, testhelyzetet, a vér oxi-
génszintjét, pulzust, EKG-t és végtagmoz-
gásokat.

Amennyiben a vizsgált éjszakán ész-
lelünk eseményt, megfigyelhetjük a jel-
legzetességeit, időzítését, ismétlődését,
és esetlegesen a provokáló, mikroéb-
redéseket okozó faktorokat (pl. repetitív
apnoe, végtagmozgások stb.).

Poliszomnográfias vizsgálat az Ame-
rikai Alvásmedicina Akadémia (AASM)
[22] szerint a következő esetekben aján-
lott:

- A mozgástöbbslet atípusos a megje-
lenési időben, magatartásmintázatá-
ban, azaz a megjelenési forma és az
időzítés között ellentmondás áll fenn.
Ilyen lehet például álomtevékeny-
séghez tartozó magatartásmintázat,
amely nem az alvás REM dominanci-
át mutató utolsó harmadában jelent-
kezik.
- Szokatlan életkori kezdet: pl. A le-
írás alapján egyértelműen bizonyos
paraszomniának besorolható moz-

gástöbbslet nem a betegségre jellem-
ző életkorban kezdődik, megbízható
anamnesztikus adatok alapján gyer-
mekkorban még nem volt jelen.

- Sérülések kockázata nagy. Ilyenkor
gyors és megfelelő terápiás stratégia
kialakítása miatt szükséges a pontos
diagnosztika.
- Sztereotip, repetitív eseményeket fi-
gyelnek meg: ekkor az epileptogén
eredet valószínűsége nagy.
- Szokatlan gyakorisággal jelentkeznek
az események.
- Kifejezett másnapi aluszékonyság,
vagy inszomnia kíséri a panaszozo-
kat. Ezek a kísérőjelenségek esetleges
egyéb primer alvászavar (alvásfüggő
légzészavar, alvásfüggő mozgászavar)
mikroébredéseket okozó szerepére
hívják fel a figyelmet.
- Alvási apnoe betegségre, nyugtalan
láb szindrómára utaló egyértelmű pa-
naszai vannak a páciensnek, amelyek
– mint korábban láttuk – a patológi-
ás mikroébredés rendszeren keresztül
indukálhatnak egyéb mozgászavaro-
kat.

Az epilepszia kivizsgálás során alkalma-
zott hosszú távú videó-EEG monitorozás
megfelelő, kiterjesztett elektródakészlet
alkalmazásával felhívhatja a figyelmet
egy-
alvászavarok meglétére. Kiegészít-
ésként javasolt alap kardiorespiratórikus
paraméterek regisztrálása. Ilyenek lehet-
nek például az pulzoximéter, a nazális
légáramlás, valamint a mellkasi légzési
aktivitás megfigyelése.

Amennyiben a vizsgálat során fel-
merül alvászavarral való összefüggés,
lehetőség van kiterjesztett, több kardio-
respiratórikus és egyéb paramétert (pl.
végtagi izom EMG) is tartalmazó poli-
szomnográfias vizsgálat kivitelezésére
alváslaboratóriumi körülmények között.

Természetesen az irány visszafelé is igaz. Alvásfüggő mozgászavarok vizsgálata során video regisztrálással egybekötött polyszomnográfias vizsgálat javasolt. Természetesen ilyenkor nem elég az alvás makro és mikrostruktúrájának leírásához rutinban használt frontális, centrális és occipitális EEG csatornák használata, hanem szükséges a minimum 21 csatornás EEG regisztrálás (egykes polyszomnográfok esetében akár 32, vagy több EEG csatorna is rendelkezésre áll). Pozitív esetben további, hosszú távú monitorozásra javasolt epilepszia monitorozó egységbe való irányítás.

E tények, jelenségek miatt fontos az alapos, minden körülményre kiterjedő, megfelelő anamnézisre, szülők, hozzátartozók kikérdezésére, szükséges esetben alvászvizsgálatra alapozott diagnózis. Ebben nyújthatnak segítséget alvásmedicinában jártas szakemberek és az alváslaboratóriumi hálózat.

Irodalom

- [1] Faludi B., Bone B., Komoly S., Janszky J.: Az alvásfüggő légzészavarok és epilepszia: kapcsolódási pontok és terápiás megfontolások. *Ideggyógyászati szemle/ Clinical Neuroscience*, 2015, 68 (11-12): 374-382. DOI: 10.18071/isz.68.374
- [2] Faludi B.: Paraszomniák. In: Szakács Z., Köves P. (szerk.): *Az alvásmedicina kézikönyve*. Budapest, Spring. Med. Kiadó, 2017, 378–389.
- [3] Faludi B., Kovács N., Janszky J., Komoly S.: Alvás alatti kóros mozgásjelenségek és azok differenciáldiagnosztikája: update 2013. *Ideggyógyászati szemle/Clinical Neuroscience*, 2015, 68 (5–6): 165-177. DOI: 10.18071/isz.68.0165
- [4] American Academy of Sleep Medicine: International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual. 3rd edition. American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL., 2014.
- [5] Halász P, Kelemen A. and Szűcs A: Physiopathogenetic interrelationship between nocturnal frontal lobe epilepsia and NREM arousal parasomnias. *Epilepsy Research and Treatment*, 2012, ID 312693. DOI: 10.1155/2012/312693
- [6] Hughes, J.R.: A review of sleepwalking (somnambulism): the enigma of neurophysiology and polysomnography with differential diagnosis of complex partial seizures. *Epilepsy Behav.*, 2007, 11: 483–91. DOI: 10.1016/j.yebeh.2007.08.013
- [7] Plazzi, G. et al: Sleepwalking and other ambulatory behaviours during sleep. *Neurol. Sci.*, 2005, 26 Suppl., 3: 93-8. DOI: 10.1007/s10072-005-0486-6
- [8] Mahowald, M.W., Schenck, C.H.: REM sleep parasomnias. In: Kryger, M.H., Roth, T., Dement, W.C. ed. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2005, 897–916.
- [9] Faludi B.: Paraszomniák mozgásmegnyilvánulásai. *Háziorvos továbbképző szemle*, 2003, 5: 398-400.
- [10] Iranzo, A.: Sleep-wake changes in the premotor stage of Parkinson disease. *J. Neurol. Sci.*, 2011, 310: 283-5. DOI: 10.1016/j.jns.2011.07.049
- [11] Cipolli, C., Franceschini, C., Mattarozzi, K., et al: Overnight distribution and motor characteristics of REM sleep behaviour disorder episodes in patients with narcolepsy-cataplexy. *Sleep Med.*, 2011, 12: 635–40. DOI: 10.1016/j.sleep.2010.12.016
- [12] Huynh, N., Kato T, Rompré, P.H., et al.: Sleep bruxism is associated to micro-arousals and an increase in cardiac sympathetic activity. *J. Sleep Res.*, 2006, 15: 339-46. DOI: 10.1111/j.1365-2869.2006.00536.x
- [13] Janszky J., Gyimesi Cs., Bóné B. et al.: Alvás és Epilepszia. In: Szakács Zoltán, Köves Péter (szerk.) *Az alvásmedicina kézikönyve*. 503 o. Budapest: Spring. Med. Kiadó, 2017, 329–342.
- [14] Tinuper, P., Bisulli, F., Provini, F.: The parasomnias: Mechanism and treatment. *Epilepsia*, 2012, 53 (Suppl 7): 12–19. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2012.03710.x

- [15] Ferini-Strambi L., Sansoni, L., Combi, R.: Nocturnal frontal lobe epilepsy and the acetylcholine receptor. *Neurologist*, 2012, 18: 343–349.
DOI: 10.1097/NRL.0b013e31826a99b8
- [16] Derry, C.: Nocturnal frontal lobe epilepsy vs parasomnias. *Current Treatment Options in Neurology*, 2012, 14: 451–463.
DOI: 10.1007/s11940-012-0191-8
- [17] Janszky J., Horváth R., Bóné B. et al.: Epilepszia és epilepsziás rohamok differenciáldiagnózisa. In: Janszky J., Fogarasi A. (szerk.): *Klinikai Epileptológia*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt., 2017, 47–52.
- [18] Faludi B.: Parasomniák. In: Köves P. (szerk.) *Alvásmedicina: Alvás-ébredési zavarok el látása háziorvosoktól az alvász centrumokig*. Budapest, Bookmaker Kiadó, 2008.
- [19] Derry, C.P. et al: Paroxysmal motor disorders of sleep: the clinical spectrum and differentiation from epilepsy. *Epilepsia*, 2006, 47: 1775–91. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2006.00631.x
- [20] Faludi B.: Mozdás- és magatartászavarok alvásban. *Praxis: a minőségi gyógyítás elmélete és gyakorlata*. 2012, 21 (3): 39–50.
- [21] Kotagal, P., Yardi, N.: The relationship between sleep and epilepsy. *Semin. Pediatr. Neurol.*, 2008, 15: 42–49.
DOI: 10.1016/j.spen.2008.03.007
- [22] Chesson, Al. Jr., Ferber, R.A., Fry, J.M. et al.: The indications for polysomnography and related procedure. *Sleep*, 1997, 20: 423–87.

Col. Z. Szakács MDMC, PhD

The importance of parasomnias and sleep related epilepsies and their differential diagnostic procedures

The author presents sleep related movement disorders producing differential diagnostic problems, highlighted role parasomnias and sleep related epilepsies. Wide variety of the movements (from the physiologic body position changes to different pathologic events) can be seen during the sleep period. The most important types of these movements are the sleep related events (from the parasomnias to the restless leg related movements), the movement disorders and the epilepsy related events. To differentiate between these events is required special skill, which is based on appropriate characterisation of the events (for example timing, repetition, pattern), the polysomnographic and video-EEG examination and validated questionnaires (FLEP scale). The appropriate differential diagnostics and therapy must be based on the knowledge of the relationship of the sleep architecture and movement events. This review would like to provide guideline for the understanding and recognizing the nature of the sleep related movements.

Keywords: parasomnia, epilepsy, polisomnography, sleep related movement disorders

*Dr. Szakács Zoltán o. ezds.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.*

A csapatorvos szerepe, lehetőségei az obstruktív alvási apnoe szindróma szűrésében

Dr. Simon Márta

Kulcsszavak: alvási apnoe szindróma, vezetői engedély, egészségi alkalmasság, katonai szolgálat

Az obstruktív alvási apnoe szindróma (OSAS) gyakori krónikus, alváshoz kapcsolódó betegség, amely egészségügyi következmények mellett a gépjárműbalesetek nagyobb kockázatával is együtt jár. Az elmúlt két évtizedben a betegséggel kapcsolatos ismereteink folyamatosan bővültek, de a közúti balesetekre gyakorolt hatását csupán az elmúlt években igazolták. Az OSAS egészen mostanáig nem szerepelt a vezetési kockázatokhoz kapcsolódó betegségek között a 2006/126/EK irányelv III. mellékletének felsorolása szerint. A gyarapodó bizonyítékok alapján a vezetői engedély bizottsága 2012-ben létrehozta az OSA-val foglalkozó munkacsoportot.

A munkacsoport azonosította a kockázatnak kitett betegcsoportot, és javasolta, hogy az összes vezetői engedélyért folyamodó szűrése megtörténjen mind az engedély megszerzésekor, mind pedig meghosszabbításakor. A munkacsoport által kidolgozott szűrési stratégia egyszerűen elérhető, objektív – főként antropometriai – adatokból áll, amely a közelmúltbeli gépjárműbalesetekre, az OSAS-hoz gyakran társuló tünetekre és panaszokra vonatkozó kérdésekkel, valamint a nappali álmoságot értékelő kérdőívvel van kibővítvé. Gyors, félkvantitatív elemzést biztosít a jelentkező OSAS-érintettségének valószínűségéről, valamint a korlátlan engedély kiadása előtt, a kiegészítő alvásdiagnosztikai eljárás szükségességéről.

A vezetői engedély meghosszabbításával kapcsolatban az ajánlásban szereplő kérdések kitérnek az egyén állapotára, az OSAS gyanújára, vagy korábbi OSAS-diagnózis meglétére, OSAS terápia esetén a compliance-re, valamint a kísérő tünetek megszűntére, ill. fennállására.

A munkacsoport összegyűjtötte az OSAS és a gépjárműbalesetek összefüggéseinek ismeretét célzó tájékoztatásbeli és oktatásbeli hiányosságokat, amelyek kiküszöbölése a gépjárműbalesetek arányának csökkenését szolgálja. Ezeknek az erőfeszítéseknek a hivatásos gépjárművezetőket és munkaadóikat, a katonai szolgálatot teljesítő személyeket, illetve azokat a rendőröket kell megcélozniuk, akik az anyagi kárral vagy személyi sérüléssel járó gépjárműbalesetknél szükséges hivatalos iratokat töltik ki. A munkacsoport célja, az elalvásos balesetek kiemelt értékelése a baleseti statisztika javítása érdekében [1].

Az alvászavarok kórismézése és kezelése egyre nagyobb szerepet kap a mindennapi csapatorvosi munkában. Kiemelt jelentőségű kórkép az obstruktív alvási apnoe szindróma, részben relatív gyakorisága, részben az idő előrehaladtával egyre valószínűbben megjelenő súlyos következményei miatt is. Előfordulása a teljes népességben 2–4%-ra tehető. Lényege a felső légutak alvás alatt ismétlődő, részleges, vagy teljes (hypopnoe/apnoe) elzáródása, amelyet többnyire az oxigénszaturáció esése és rövid ébredési reakció követ. Ez rontja az alváshatékonyt és a nappali kognitív funkciókat, továbbá növeli a szív-érrendszeri rizikót. Típusos klinikai tünetek együttese a hangos, légzésszünetekkel megszakított horkolás fokozott nappali aluszékonysággal. Az obstruktív alvási apnoe szindróma (OSAS) a terápiarezisztens és/vagy non-dipper hipertónia, jellegzetes nokturnális szívritmuszavarok, sztrók, mentális hanyatlás vagy depresszió kóroki tényezője lehet. A kórkép jelentőségét mutatja, hogy kockázatának felmérése a magyar gépjárművezetők egészségi alkalmassági vizsgálatának része lett a legutóbbi jogszabálmódosítás alapján. A csapatorvos feladata: a figyelmeztető tüneteket felismerje, a kezelésre szoruló és a potenciális szövődmények

vonatkozásában nagy kockázatú betegeket azonosítsa, majd alvásdiagnosztikai egységbe irányítsa.

Az alvás zavarainak jelentősége

Az alvás különböző eredetű zavarai fontos szerepet játszanak a szív-, érrendszeri és anyagcserebetegségek kialakulásában, az alváshiány következtében fellépő szellemi és fizikai teljesítménycsökkenés és az elalvásos balesetek létrejöttében. A katonai szolgálathoz számos vonatkozásban kapcsolódó többműszakos munkakörök különböző változatai a megszokott alvás-ébredés ritmust változtathatják meg szintén alvásképtelenséget okozva. Az alvás ép és kóros viszonyainak tudományosan megalapozott vizsgálatára, szűrésére és kezelésére mind nagyobb igény mutatkozik.

A katonai szolgálat sajátosságai

A katonai szolgálat (békefenntartó missziókban is nagy jelentőségű őrzés-védelem és szállítás), a szolgálat megfelelő szintű ellátásához olyan neuropszichológiai funkciókat igényel a szolgálatot tevővel szemben, mint az állandó éberség, a tartós figyelem és koncentráció, továbbá a gyors, felelősségtel-

jes döntéshozatal kényszere. A szolgálat ellátásához azonban gyakran nehéz külső körülmények társulnak, mint például a monotonitás, a zord időjárás tényezők vagy a váltott műszak, amelyek komoly megterhelést jelentenek a szolgálatot tevő számára. A katonai szolgálat során a változatos műszak beosztás mellett a szolgálatot tevőtől gyakran különleges pszichikai és fizikális teljesítményt várunk el. A több műszakos beosztás azonban megtöri a katona cirkadián ritmusát, anyagcsere és hormonális változásokat idéz elő, és komoly befolyást gyakorol viselkedésére és az adott teljesítmény során mélyen alul maradhat önmagához képest is. Nem mindenki adaptábilis az ilyen feltételekhez, különösen hátrányban vannak az elsődleges alvászavarban szenvedők. Éppen ezért különös jelentőséggel bír a több műszakos munkakör betöltése a primer alvászavarok körében [2].

A katona és katasztrófaorvostani szempontjából jelentős alvászavarok

A katasztrófa- és katona orvostani szempontból az alvászavarok kiemelkedő jelentőségűek. E szempontok szerint az alvászavarokat két csoportra oszthatjuk: Azok a kórképek, melyek bekövetkezése – gyakoriságuknál fogva – bizonyos foglalkozási ágakon, csoportokon belül (személy- és anyagszállító járművezetők, repülőgépezetők, őrző-védő feladattal megbízott személyzet, operátori munkakörben dolgozók, irányítók, katasztrófa elhárításban felelős személyzeti, stb.) jelentős veszteséggel fenyeget emberéletben és anyagi eszközökben. Ezek az alvásfragmentálódásával, a regenerációt biztosító mély alvás krónikus károsodásával járó szindrómák: az al-

vás apnoe szindróma és az alvás közbeni periodikus végtagmozgásokkal összefüggő restless legs szindróma, továbbá a narkolepszia, a farmakogén inszomnia és a cirkadián ritmuszavar által okozott inszomnia.

Azok az alvászavarok, amelyek nem fenyegetnek közvetlenül a fenti veszéllyel, de komoly zavart okozhatnak a kiképzés, gyakorlás, illetve a harcászati cselekmények során: e csoportba tartoznak a pszichofiziológiai inszomnia, valamint a paraszomniák.

Könnyen belátható, hogy az általános morbiditás mutatókon túlmenően a katasztrófa- és katonaorvostani szempontjából az alvászavarok jelentőségét speciális szempontok is befolyásolják [2–4].

Az obstruktív alvási apnoe szindróma

Az obstruktív alvási apnoe szindróma (OSAS) a legelterjedtebb, folyamatosan növekvő prevalenciájú alvás alatti légzészavar. Sokatmondó adat, hogy az OSAS össznépességbeli gyakorisága 2–4%, míg a 65 év feletti korosztályban eléri a 8–10%-ot. Az OSAS az alvás alatti obstruktív légzési események és a kifejezett nappali álmoság, aluszékonyság együttes fennállását jelenti [5]. Egyre több kutatás támasztja alá, hogy a kórkép számos súlyos kardiovaszkuláris betegség (hipertónia, szívinfarktus, stroke) önálló rizikófaktorának tekinthető [6, 7]. Az OSAS a depresszió fokozott előfordulásával is együtt jár és csökkent életminőséggel társul [8]. A következményes nappali aluszékonysággal összefüggő balesetek, neuropszichiátriai szövődmények és a szociális életet érintő hátrányok miatt is kiemelt figyelmet érdemel a kórkép, amely az egyéni kockázatokon túl számottevő társadalmi és gazdasági kihatással is bír.

Az obstruktív alvási apnoe definíciója

Az obstruktív alvási apnoe (OSA) a felső légutak alvás alatt ismétlődő, részleges (hipopnoe) vagy teljes elzáródása (apnoe), melynek következtében a beteg egyre erőteljesebb légzőmozgásokat végez. Az apnoe-hipopnoét a légzés idegrendszeri szabályozásának zavara, valamint a száj-orr garat strukturális vagy funkcionális szűkületei okozzák.

Felnőttek esetében apnoéről beszélünk, ha a légutakban a levegőáramlás a légzési eseményt megelőző légzés átlagos amplitúdójához képest legalább 90%-kal csökken (vagy teljesen megszűnik), és ezen epizód időtartama meghaladja a 10 másodpercet. Hipopnoében a definíció szerint a légáramlás legalább 30%-kal csökken, az oxigénszaturáció minimum 3%-os csökkenésével és/vagy ébredési reakcióval együtt [9].

Tünetmentes egyénnél az OSAS diagnosztikus kritériuma az alvás alatti több mint 15 apnoe és/vagy hipopnoe óránként (apnoe-hipopnoe index = AHI). Amennyiben nappali panasz (aluszékonyság, krónikus fáradtság, koncentrációzavar) vagy zavart alvás (horkolás, nyugtalan alvás, alvás alatti légzésszünet) tünetei vannak jelen, már AHI 5 felett kimondható az OSAS diagnózisa (a légzési eseményeknek dominálónan obstruktív jellegűnek kell lennie). Az OSAS súlyossági besorolásáról két komponens dönt: a nappali álomosság foka és az apnoe-hipopnoe index. Mindig a súlyosabb fokú eltérés alapján határozható meg a kórkép súlyossága (enyhe – közepes – súlyos fokú nappali aluszékonyság, valamint AHI 5–14,9 = enyhe, AHI 15–29,9 = közepes, AHI > 30 érték pedig súlyos alvási apnoe szindrómát jelent).

Az alvási apnoe patomechanizmusa és általános jellemzői

Az OSAS-t okozó faringális okklúzió patomechanizmusában anatómiai eltérések (a garat lágýrészeinek túltengése, kraniofaciális abnormalitások) és funkcionális ok állhat. Legtöbbször a beszűkült felső légutak és a garatizmok beidegződésének károsodása együtt idézi elő az alvási apnoét. A garat hiperpláziája (pl. krónikus gyulladás, tonzillitis, limfóma stb.) miatt a felső légutak jelentősen beszűkülhetnek, ilyenkor csekély izomtónus-csökkenés is elég ahhoz, hogy alvás alatt felső légúti obstrukció lépjen fel. Obezitásban nagyrészt a felszapordó nyaki zsírszövet okoz gondot. A garat izomtónus csökkenése a másik tényező, ami a felső légúti szűkülethez vagy elzáródáshoz vezet. Háttérben állhat elhízás, gerincdeformitás, légzőizom-elégtelenséget okozó motoneuron-betegség [10]. Diabéteszes autonóm neuropátia [11], urémiás neuropátia is szerepet játszhat az OSAS kialakulásában [12]. A betegségre nem jellemző, hogy spontán módon gyógyulna vagy javulna, így azzal a betegnek sokszor élete végéig együtt kell élnie [13].

Jogsabályi háttér

2015. április 1-jétől hatályba lépett a 13/1992. NM rendelet módosítása, amely a közúti járművezetők egészségi alkalmasságának vizsgálata során az obstruktív alvási apnoe szindrómában szenvedő betegek szűrését is elrendeli, mivel a fel nem ismert és kezeletlen kórképben érintettek komoly közlekedésbiztonsági kockázatot jelentenek mind önmaguk, mind valamennyi közlekedésben résztvevő számára. A módosítást az egységes európai vezetői engedélyek-

ről szóló 2006/126/EK irányelv honosítása indokolta. A Magyar Alvásdiagnosztikai és Terápiás Társaság az Európai Bizottság által létrehozott Alvási Apnoe Munkacsoport 2013-as szakmai iránymutatásával összhangban [14] olyan, a hazai viszonyok között megvalósítható szűrési módszert ajánl, amellyel az OSAS-ban szenvedő, a közlekedésbiztonságra kockázatot jelentő gépjárművezetők nagy biztonsággal azonosíthatók a házi- és foglalkozás-egészségügyi orvosi gyakorlatban. Fontos szempont továbbá, hogy a módszertani ajánlás követésével a hatékony terápiát igénybe vevő és együttműködő betegek számára a gépjárművezetéshez szükséges egészségi állapot ismételtén elérhető, majd fenntartható lesz. Az alvászavarok diagnosztikájával és kezelésével azok a szakorvosok foglalkozhatnak, akik a 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet szerint „az alvásmedicina szakértője” (szomnológus) licencvizsgálattal rendelkeznek. A jelen módszertani ajánlásban a szakorvos megnevezés ilyen licenccel rendelkező neurológus, tüdőgyógyász, belgyógyász, fül-orr-gégész vagy pszichiáter szakorvosra utal. Az alvásdiagnosztika és az alvásdiagnosztikai központok működését a 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet a 0905 Alvásmedicina szakmód alatt szabályozza [13].

Az alvás fragmentáció pszichofiziológiai következményei

Az éberség hanyatlása, a figyelem csökkenése, az információ feldolgozásának meglassulása és a rövid távú memória működés zavara egyértelmű következménye az alvásfragmentáltsággal járó kórképeknek (obstruktív alvási apnoe, nyugtalan láb szindróma). Ezek a kórképek az alvástruktúrát súlyosan károsítják, a mély alvás százalékos aránya jelentő-

sen csökken, és ún. mikroébredések igen nagyszámban jelentkeznek. Következményük az ún. exekutív funkciók hanyatlása lesz, pl.: gátlástalanság, szétszórtság, a figyelem megosztásának képtelensége, a tervezési képesség megszűnése. Az MH Egészségügyi Központ Neurológiai osztálya Alvásdiagnosztikai Centrumában a súlyos alvásfragmentációt okozó alvási apnoes betegek mentális teljesítményét kezelésük előtt vizsgálva – a betegeknél – elsősorban a homloklebenyi ún. premotoros funkciókban mutatkoztak zavarok, a fali lebenyi funkciók az alkalmazott feladatokban intaktak maradtak [15]. A korrekt kezelés során a betegek mentális teljesítményében több funkcióban tapasztaltunk szignifikáns javulást: a dinamikus praxis, a verbális tanulás, az incidentális vizuális memória-feladatszervezés, a pszichomotoros tempó, az auditív figyelem-hanganalízis, valamint a szubjektív panaszok terén. Az adatok elemzése arra utal, hogy obstruktív alvási apnoe-ban szenvedő betegek frontális-figyelem-koncentrációmémória folyamataiban jelentkeznek funkciózavarok, hangulatuk, közérzetük, napi aktivitásuk, hatékonyságuk csökken. Ezek a problémák a sikeres kezelés kapcsán szanálódnak. [16] Az alvásfüggő légzészavarok a neurofiziológiai deficit tünetek kapcsolatát legszélesebb körben a Wisconsin Sleep Cohort Studyban tanulmányozták. 841 munkavállalót éjjeli polyszomnográfias körülmények között vizsgálták. A multiplex regressziós analízis kimutatta, hogy negatív korreláció van az apnoe/hipopnoe index és a pszichomotoros teljesítőképesség között [17]. A betegeket ilyen irányú adekvát terápiával ellátva azonban deficit tüneteik, aluszékonyságuk megszűnik, teljesítményük javul [18]. A többműszakos munkakörben dolgozó, primér alvásbeteg-

ségben (OSAS, narkolepszia, nyugtalan láb szindróma) szenvedő munkavállalók a munkahelyi balesetek szempontjából magas rizikójú csoportnak tekintendők [19]. Ebben a csoportban az alvásfüggő légzésszavarok kiszűrése és kezelése nemcsak a beteg számára pozitív hatású, hanem a munkahelyi és közlekedési balesetek, a figyelem zavarából és az elalvásból származó hibák megelőzésében alapvető jelentőségű [20].

A csapatorvos szerepe az obstruktív alvási apnoe szindróma felismerésében

A csapatorvos a vezető tünetek, mint a légvételi szünetekkel megszakított hangos horkolás, valamint a hozzá társuló fokozott nappali alváskésztetés alapján ismerheti fel az obstruktív alvási apnoe szindrómára veszélyeztetett egyéneket. A jellegzetes társbetegségek: elhízás, terápiarezisztens hipertónia, szívelégtelenség, nokturnális szívritmuszavarok (pitvarfibrilláció, brady-tachycardia swing, brady-arrhythmia: AV-blokk, sinus pause, asystolia, tachy-arrhythmia). A sztrók, a depresszió, az inszomnia vagy a hipotireózis szintén felveti az OSAS lehetőségét. Az említett kórképek kezelése mellett nem szabad megfeledkezni a háttérben megbúvó OSAS lehetőségéről. Célzott kérdésekkel (van-e horkolás, ennek jellege, fennáll-e nappali aluszékonyság), és előszűrő teszttel könnyen azonosíthatók azok, akiknél további kivizsgálásra, alvási diagnosztikai központban végzett polyszomnográfias vizsgálatra van szükség.

A diagnózis felállítását követően egyénre szabott (a szakmai előírások együttes figyelembevételével) terápiában részesülhetnek az érintettek. A közép- és súlyos OSAS kezelésének etalon-

ja (aranystandardja) az nCPAP-kezelés (nasal continuous positive airway pressure) vagyis az a terápia, amikor az orron keresztül alkalmazott folyamatos pozitív légúti nyomást biztosítunk. Enyhe OSAS esetén a felső légutak minél teljesebb átjárhatóságát hivatott biztosítani a testsúlycsökkentés, a szájba helyezhető protézis vagy a műtéti megoldások valamelyike [4, 13].

Az OSAS és a közúti járművezetés

Az 1970-es években leírt OSAS és a gépjárműbalesetek közötti összefüggés az 1990-es évek végére vált nyilvánvalóvá [21]. Ismert tény, hogy a nappali aluszékonyság szoros összefüggésben áll a közlekedési balesetekkel. A kezeletlen OSAS-betegek 4-6-szor valószínűbben okoznak közlekedési balesetet, mint egészséges társaik [22–24]. A hivatásos sofőrök 59,6%-a szenvedett valamilyen alvásfüggő légzésszavarban és 15,8%-uk obstruktív alvási apnoe szindrómában [25]. 1988-ban csupán az elalvásos balesetek, amelyek 30–35%-a háttérben igazolható OSAS, 43–56 milliárd dollár teljes gazdasági kárt okoztak [26, 27]. *Arbus* 110, 18–70 éves gépkocsi vezető súlyos következményekkel járó elalvásos balesetét dolgozta fel, és 31%-uknál igazolt OSAS-t a baleset háttérben [28]. Az OSAS kóros nappali fáradékonyságot és alváskésztetést okozva 5–8-szorosára növeli az elalvásos közlekedési és üzemi balesetek veszélyét. A legtöbb gépjárművezető az 1. alkalmassági csoportba tartozik. A 2-es csoportba tartozók a kérelmezők kisebb csoportját alkotják, de ők sokkal több időt töltenek a közlekedésben. Így arányaiban közel egyforma baleseti kockázatot jelent a két csoport, ezért a szűrést a vezetői engedélyt kérők teljes körében el kell végezni.

Közúti járművezetők egészségi alkalmasságának vizsgálata

Az 1. *alkalmassági csoportba* kell sorolni azt a közúti járművezetőt, aki az „A1” kategóriába, „A2” kategóriába, „A” korlátozott kategóriába, „A” kategóriába, „B1” kategóriába, „B” kategóriába, „BE” kategóriába tartozó járművet vezet vagy kíván vezetni. A 2. *alkalmassági csoportba* (hivatásos jogosítvány) kell sorolni azt a közúti járművezetőt, aki „C1”, „C1E”, „C”, „CE”, „D1”, „D1E”, „D”, „DE” kombinált vagy, „TR” trolibusz kategóriába tartozó járművet – vagy a közúti közlekedési szolgáltatás keretében közúti járművet, megkülönböztető jelzéssel ellátott közúti járművet – vezet vagy kíván vezetni, valamint akit közúti járművezetői munkakörben foglalkoztatnak, függetlenül a vezetni kívánt jármű kategóriájától. Gyakoribb orvosi ellenőrzés szükséges a 2. alkalmassági csoport esetén, ezért rövidebb időtartamra adható meg az orvosi engedély (a 60. életév betöltéséig 5 évenként, 60. életév felett 2 évenként).

Javasolt diagnosztikai és terápiás folyamat az OSAS kiszűrésére

A kérelmező esetében a kórkép fennállásának lehetőségét első lépésben háziorvosának vagy a foglalkozás-egészségügyi szakorvosának kell elbírálnia (alapszűrés).

Alapszűrés

Az elbíráláshoz javasolt módszer egy *szűrő kérdőív* használata, amelyet a 2013-as brüsszeli OSAS-munkacsoport értekezletén az európai alvástársaságok delegált szakértői konszenzussal hoztak létre. A teszt eredményétől függően az

egészségi alkalmasság az első fokon eljáró szervnél helyben megítélhető, illetve kiderül, hogy lesz-e szükség további műszeres vizsgálatra. OSAS gyanúja esetén a kérelmezőt alvásdiagnosztikai központba kell továbbirányítani.

Alvásdiagnosztikai vizsgálat

A kérelmezőnek kiadott műszerrel az otthonában végzett szűrővizsgálat eredménye elkülöníti a nem vagy csak enyhe mértékben érintetteket azoktól, akiknél a betegség mérsékelt vagy súlyos formában jelentkezik. A műszeres szűrővizsgálattal felállított, nagy valószínűségű iránydiagnózist az *alvásdiagnosztikai központban elvégzett polyszomnográfás vizsgálat* erősíti meg. A következő lépés a terápia megválasztása és beállítása. Egy rövid időn belül végzett ellenőrző vizsgálat a terápia hatékonyságáról és a beteg együttműködéséről is meggyőződik a központ szakorvosa, aki minden lépés során tájékoztatja a kérelmezőt és a vizsgálatot indikáló orvost a konszenzusban meghatározott lehetőségekről vagy korlátozásokról.

Az OSAS szűrésére alkalmazott segédlet használatának ismertetése, kiértékelése

Az OSAS lehetőségének elbírálása során az első tíz kérdéssel rögzítésre kerül a páciens neme, életkora, testsúlya, testmagassága, történt-e korábban vezetés közbeni elalvás, volt-e aluszékonyság miatt súlyos (személyi sérüléssel vagy anyagi kárral járó) balesete az elmúlt 3 évben, éjjelente hangosan horkol-e, észreveték-e, hogy alvás közben leáll a légzése, mennyire ébred a páciens kipihenten, és diagnosztizáltak-e nála korábban hipertóniát vagy kezelték-e korábban emi-

att. Minden válaszhoz tartozik egy érték, amelyet az OSAS-sal való összefüggés szerint súlyoztak.

A szűrő kérdőív második része a nappali aluszékonyság felmérésére szolgáló önkitöltő Epworth aluszékonysági teszt (Epworth Sleepiness Scale – EES), amely 8 kérdésből álló kérdőív, kérdésenként négy lehetséges válasszal, amelyek értéke 0 és 3 között változhat, így a maximálisan elérhető 24 pont a leg súlyosabb nappali aluszékonyságot jelöli. A vizsgált személy az elmúlt egy hónap vonatkozásában pontozza annak valószínűségét, hogy elalszik-e bizonyos helyzetekben. Az egészséges alanyok átlagos ESS-pontszáma 10 alatti; a 11–14 pontot enyhén rendellenes nappali aluszékonyságnak, míg a 15 pontot vagy annál magasabb értéket súlyos aluszékonyságnak kell tekinteni. ESS: 11–14 pont esetén a páciens 2 pontot kap, 15 pont felett 4 pontot, és ez a pontszám adódik hozzá a teszt első részében kapott értékhez [29].

Ha a két kérdőív összesített eredménye *10 pont vagy annál magasabb, a szűrés eredménye pozitív*. Abban az esetben, ha a szűrés eredménye nem éri el a 10 pontot, de az ESS aluszékonysági teszt pontszáma nagyobb 14-nél vagy a testtömegindex (BMI) nagyobb 35 kg/m^2 -nél, vagy az OSAS-sal gyakorta társuló kórképek – magas vérnyomás, szívritmuszavar, elszenvedett sztrók vagy szívinfarktus, cukorbetegség – valamelyike azonosítható a vizsgált személynél, egyedi mérlegelés alapján az eredmény szintén pozitívnek minősíthető. Ha a segédlet eredménye kevesebb, mint 10 pont és a kiegészítő feltételek sem teljesülnek, a szűrés eredménye negatív. A teszt végén a páciensnek írásban nyilatkoznia kell arról, hogy a közölt adatok megfelelnek a valóságnak [13].

A gépjármű-vezetői alkalmasság elbírálása a különböző szakmai szinteken

Az első és másodfokon eljáró egészségi alkalmassági vizsgálatot végző szerv esetében alkalmazandó irányelvek

1. A közúti járművezetők egészségi alkalmasságát első fokon vizsgáló szerv (házi orvos, foglalkozás-egészségügyi szakorvos) feladata az OSAS lehetőségének elbírálása a kérelmező esetében.

1/a Azon kérelmezők esetében, akiknél alvászdiagnosztikai központban már korábban elvégzett szakorvosi vizsgálat OSAS-t állapított meg, a 4. pontban leírtak szerint kell eljárni.

1/b Minden egyéb esetben a kérelmezőknél a segédlet használatával kell felmérni az OSAS fennállásának lehetőségét.

2. Azon kérelmezők esetében, akiket a segédletben negatívként határoztak meg a vezetői engedély megszerzésekor vagy megújításakor, az egészségi alkalmasság megállapítható az OSAS vonatkozásában.

3. Azon kérelmezők esetében, akiket a segédletben pozitívként határoztak meg a vezetői engedély megszerzésekor vagy megújításakor, az alábbiak szerint kell eljárni:

3/a Olyan alvászdiagnosztikai központban kiállított szakorvosi vélemény megszerzése szükséges, amely kizárja vagy megerősíti a mérsékelt vagy súlyos OSAS jelenlétét.

3/b Az OSAS gyanítható fennállása esetén a diagnózis felállításáig, illetve a kezelés megkezdéséig javasolni kell a gépjárművezetéstől való tartózkodást. A 13/1999. NM rendelet 5. § (3) bekezdés alapján az ehhez szükséges időtartamra megállapítható az egészségi alkalmasság, ha gépjárművezető nem szenved súlyos nappali aluszékonyságban (ESS érték 15 alatti) és nyilatkozatban elismeri, hogy

tudatában van az állapotával járó lehetséges közlekedésbiztonsági kockázatnak és tüneteitől függően tartózkodik a gépjárművezetéstől.

4. Azon kérelmezők esetében, akik OSAS-sal diagnosztizáltak, és vezetői engedélyt kívánnak szerezni vagy azt megújítani, az alábbiak szerint kell eljárni:

4/a A kérelmezőnél, akinél a szakorvosi vizsgálat kezelést igénylő OSAS-t állapított meg, de *nem él kezelés alatt, és hajlandóságot sem mutat* a szükséges terápia igénybevételére, az egészségi *alkalmasság nem mondható ki (nem alkalmas)*.

4/b Az a kérelmező, akinél a szakorvosi vizsgálat kezelést igénylő OSAS-t állapított meg, és *még nem áll kezelés alatt*, vezetői engedélyt kaphat, *abban az esetben, ha hajlandóságot mutat* a terápia igénybevételére, nem tapasztal fokozott nappali aluszékonytságot (ESS kevesebb, mint 15), nem volt a közelmúltban aluszékonytsághoz köthető gépjárműbalesete és a BMI-értéke 35kg/m^2 alatti. Nyilatkozatban el kell ismernie, hogy tudatában van az állapotával járó lehetséges közlekedésbiztonsági kockázatnak és tüneteitől függően tartózkodik a gépjárművezetéstől.

4/c Az a kérelmező, akinél a szakorvosi vizsgálat kezelést igénylő OSAS-t állapított meg, és aki a szakmai ellátási protokoll szerinti *hatékony kezelésben részesül*, továbbá együttműködése megfelelő, *járművezetői engedélyt kaphat*. A kezelés szükségességét és az utasítások betartását a kezelőorvosnak ellenőriznie kell, az 1. alkalmassági csoportba tartozó gépjárművezetők esetében háromévente, a 2. alkalmassági csoportba tartozók esetében pedig évente.

4/d Az a kérelmező, akinél a szakorvosi vizsgálat kezelést igénylő OSAS-t állapított meg, és aki a *terápiát állítása szerint betartja*, de ezt friss szakorvosi le-

lettel *nem tudja igazolni*, megkaphatja a vezetői engedélyt, de a kezelőorvosnak három hónapon belül be kell mutatnia a szomnológus szakvéleményét. A gépjárművezetőnek nyilatkoznia kell arról, hogy tudatában van az állapotával járó lehetséges közlekedésbiztonsági kockázatnak és tüneteitől függően tartózkodik a gépjárművezetéstől [13].

Az alvásdiagnosztikai központok szakorvosai által alkalmazandó irányelvek

OSAS-sal diagnosztizált gépjárművezető egészségi alkalmassága az alábbiak szerint állapítható meg: *Enyhe fokú OSAS-sal diagnosztizált* (AHI: 5–15) gépjárművezető esetében az egészségi alkalmasság *megítélhető kezelés nélkül, amennyiben* a gépjárművezető nem tapasztal túlzott nappali aluszékonytságot (ESS <15); nem volt aluszékonytsághoz köthető gépjármű balesete; nem szenved két vagy több hatóanyaggal kontrollálható magasvérnyomás-betegségben, BMI-értéke pedig 35kg/m^2 alatti.

Mérsékelt vagy súlyos fokú OSAS-sal diagnosztizált gépjárművezető számára az egészségi alkalmasság megfelelően alkalmazott és *hatékony terápia mellett állapítható meg*.

2/a Pozitív nyomású légszinterápia (CPAP, BPAP-bilevel positive airway pressure – kétszintű pozitív nyomású légzéstámogatás) esetén a kezelés minimalisan elfogadható mértéke a vizsgált időszak napjainak 70%-ában legalább 4 óra/nap használat. A vizsgált időszak újonnan kezelés alá vont beteg esetében 2–4 hét, más esetben a szakorvosi kontrollvizsgálatok között eltelt idő.

2/b Egyéb kezelések – mint szájprotézisek, műtéti beavatkozások, életmód-terápiák (testsúlycsökkentés), gyógyszeres

kezelések – esetén az egészségi alkalmas-ság akkor állapítható meg, ha 15-nél kevesebb maradvány AHI-érték igazolható a kontroll-álvászvizsgálat során és nincs jelen fokozott nappali aluszékonyság ($ESS < 15$).

A kezelés további szükségességét és a kezelési utasítások betartását időről időre szakorvosnak kell ellenőriznie. A kontrollok esedékessége az 1. és a 2. csoportba sorolt gépjárművezetők esetében három, illetve egy év, amelyet a vezetői engedélyt kiállító orvosnak ellenőriznie kell.

3. Az OSAS-sal diagnosztizált gépjárművezetőt haladéktalanul egészségi-*leg alkalmatlannak kell minősíteni*, ha az alábbi feltételek bármelyike teljesül:

- A gépjárművezető vezetés közben fokozott nappali aluszékonyságot tapasztal (Epworth aluszékonysági skála ≥ 15).
- A gépjárművezető aluszékonysága miatt közlekedési balesetet okozott.
- OSAS-sal diagnosztizált gépjárművezető, aki a kezelési utasításokat nem tartja be és a szakorvosi ellenőrzésen nem jelenik meg [13].

Következtetések

Az OSAS szűrésének célja, hogy csökkentse és megelőzze az egyik legveszélyesebb alvászavarban szenvedő betegek által okozott, gyakran tragikus kimenetelű közlekedési balesetek előfordulását. Tekintve, hogy a katonai szolgálat (a békefenntartó missziókban is nagy jelentőségű őrzésvédelem és szállítás), különösképpen a szolgálat ellátáshoz szükséges funkciókra – mint az állandó éberség, figyelem, koncentráció – és az ehhez társuló nehéz külső körülmények – mint a monotonitás, zord időjárási tényezők, váltott műszak – komoly megterhelés a

szolgálatot tevő számára, az OSAS szűrés kiemelt fontosságú.

A Magyar Alvásdiagnosztikai és Terápiás Társaság 13/1992. NM rendelete 2015. április 1-től hatályba lépett módosításának és az EU Bizottság OSAS-munkacsoportja által 2013-ban létrehozott iránymutatásainak a hazai viszonyokhoz illesztett módszertana várhatóan nemcsak a közlekedés, valamint a katonai szolgálatot teljesítők biztonságát szolgálja, hanem lehetőséget nyújt a betegség korai felfedezésére is.

Irodalom

- [1] New Standards and Guidelines for Drivers with Obstructive Sleep Apnoea syndrome. Report of the Obstructive Sleep Apnoea Working Group, Brussels, 2013. https://ec.europa.eu/transport/road_safety/sites/roadsafety/files/pdf/behavior/sleep_apnoea.pdf
- [2] Szakács Z., Köves P.: Alvás-ébredlét zavarok sajátosságai a katonai szolgálat körülményei között. *Honvéderősorvos*, 2005, 57(1-2): 30-41.
- [3] Köves P., Szakács Z.: Az alvásmedicina katasztrófaorvostani és katonai vonatkozásai. *Honvéderősorvos*, 1994, 46(1): 32-48.
- [4] Szakács Z.: Az alvászűgő légzés és mozgási zavarok, hipersomniák diagnosztikus és terápiás algoritmusai. *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 2000, 5(5): 299-303.
- [5] Sleep-related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. The Report of an American Academy of Sleep Medicine Task Force. *Sleep*, 1999, 22: 667-689. DOI: doi.org/10.1093/sleep/22.5.667
- [6] Parati, G., Lombardi, C., Narkiewicz, K.: Sleep Apnea: Epidemiology, Pathophysiology and Relation to Cardiovascular Risk. *Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol.*, 2007. DOI: [10.1152/ajpregu.00400.2007](https://doi.org/10.1152/ajpregu.00400.2007)
- [7] Dunai A., Mucsai I., Juhász J. et al.: Obstructive sleep apnea and cardiovascular disease. *Orvosi Hetilap*, 2006, 147:1559-1564. DOI: [10.1556/650.2006.08.06](https://doi.org/10.1556/650.2006.08.06)

- [8] Ejaz, S.M., Khawaja, I.S., Bhatia, S., Hurwitz, T.D.: Obstructive Sleep Apnea and Depression: A Review. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2011, 8(8): 17–25.
- [9] Berry, R.B., Budhiraja, R., Gottlieb, D.J. et al.: Rules for scoring respiratory events in sleep: update of the 2007 AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events. *J. Clin. Sleep Med.*, 2012, 8(5): 597–619. DOI: 10.5664/jcsm.2172
- [10] Strohl, K.P., Cherniack, N.S., Gothe, B.: Physiologic basis of therapy for sleep apnea. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1986, 134: 791–802.
- [11] Bottini, P., Redolfi, S., Dottorini, M. et al.: Autonomic neuropathy increases the risk of obstructive sleep apnea in obese diabetics. *Respiration*, 2008, 75: 265–271. DOI: 10.1159/000100556
- [12] Novak, M., Mendelssohn, D., Shapiro, C. M. et al.: Diagnosis and management of sleep apnea syndrome and restless legs syndrome in dialysis patients. *Semin. Dial.*, 2006, 19: 210–216. DOI: 10.1111/j.1525-139X.2006.00157.x
- [13] Szakács Z., Ádám Ágnes, Annus J. et al.: A Magyar Alvásdiagnosztikai és Terápiás Társaság módszertani ajánlása a közúti járművezetők egészségi alkalmasságának vizsgálatához az obstruktív alvási apnoe szindróma vonatkozásában. *Orv. Hetil.*, 2016, 157(23): 892–900. DOI: 10.1556/650.2016.30451
- [14] New Standards and Guidelines for Drivers with Obstructive Sleep Apnea syndrome – Report of the Obstructive Sleep Apnoea Working Group. European Commission, Directorate-General for Energy and Transport, Brussels, 2013. http://researchrepository.ucd.ie/bitstream/handle/10197/6809/EU_sleep_apnoea.pdfsequence=1
- [15] Köves P., Szakács Z., Bernáth I., Molnár M.: Cognitive deficits in obstructive sleep apnea. *Sleep*, 2001, vol. 24., Abstract Supplement 2001, A 287.
- [16] Szakács Z., Köves P., Molnár M. and Farkasinszki Éva: Neuropsychological Assessment of Patients Treated For Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *J. of Sleep Research*, 2004 13, Supplement 1, 695
- [17] Shiomi, T., Arita, A.T., Sasanabe, R.: Falling asleep while driving and automobile accidents among patients with obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2002, 56(3): 333–4. DOI: 10.1046/j.1440-1819.2002.01004.x
- [18] Ulfberg, J., Jonsson, R., Edling, C.: Improvement of subjective work performance among obstructive sleep apnea patients after treatment with continuous positive airway pressure. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 1999, 53(6): 677–9. DOI: 10.1046/j.1440-1819.1999.00625.x
- [19] Sauter, C., Asenbaum, S., Popovic, R.: Excessive daytime sleepiness in patients suffering from different levels of obstructive sleep apnoea syndrome. *J. Sleep Res.*, 2000, 9(3): 293–301. DOI: 10.1365-2869.2000.00211.x
- [20] Ulfberg, J., Carter, N., Edling, C.: Sleep-disordered breathing and occupational accidents. *Scand. J. Work Environ. Health*, 2000, 26(3):237–42. DOI: 10.5271/sjweh.537
- [21] Young, T., Blustein, J., Finn, L., et al.: Sleep-disordered breathing and motor vehicle accidents in a population-based sample of employed adults. *Sleep*, 1997, 20(8): 608–613.
- [22] Terán-Santos, J., Jiménez-Gómez, A., Cordero-Guevara, J.: The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. *N. Eng. J. Med.*, 1999, 340(11): 847–851. DOI: 10.1056/NEJM199903183401104
- [23] Tregear, S., Reston, J., Schoelles, K., et al.: Obstructive sleep apnea and risk of motor vehicle crash: systematic review and metaanalysis. *J. Clin. Sleep Med.*, 2009, 5(6): 573–581.
- [24] Horstmann, S., Hess, C. W., Bassetti, C., et al.: Sleepiness-related accidents in sleep apnea patients. *Sleep*, 2000, 23(3): 383–389.
- [25] Howard, M. E., Desai, A. V., Grunstein, R. R., et al.: Sleepiness, sleep-disordered breathing, and accident risk factors in commercial vehicle drivers. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 2004, 170(9): 1014–1021. DOI: 10.1164/rccm.200312-1782OC
- [26] Lager, D.: The cost of sleep-related accidents: a report for the National Commission on Sleep Disorders Research. *Sleep*, 1994, 17(1): 84–93.

- [27] Pack, A. I., Pien, G. W.: How much do crashes related to obstructive sleep apnea cost? *Sleep*, 2004, 27(3): 369–370.
- [28] Abrus, L., Tiberge, M., Serres, A., et al.: Drowsiness and traffic accidents. Importance of diagnosis. *Neurophysiol. Clin.* 1991, 21(1): 39–43.
- [29] Johs, M. W.: A new method of measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 1991, 14(6): 540–545.

Márta Simon MD

**The role and possibilities
of the medical officer in the screening
examinations for obstructive sleep
apnoe syndrome**

Obstructive Sleep Apnoea syndrome (OSAS) is a prevalent chronic sleep-related disease inducing among health risks consequences an increased risk of Motor Vehicle Accidents (MVAs). The disease has been well characterized in the last two decades, but the effects of the disease on road traffic accidents have only been thoroughly confirmed in recent years. OSAS has not been included up to now in the list of diseases linked to driving risks, as listed in the Annex III of the Directive 2006/126/EC. According to the growing evidence, the driving licence committee established in 2012 a Working Group on OSA. This group has developed three main aspects of the problem.

The Working Group has identified the population at risk and has proposed to address all applicants for a driving licence at the start and at each renewal period. A screening strategy has been devised, composed of simply available objective data, mainly anthropometric, complemented by questions on the pres-

ence of recent MVAs, of symptoms and complaints frequently associated with OSAS, and a questionnaire assessment of daytime sleepiness. This provides a simple semi-quantitative analysis of the probability of the applicant being afflicted by OSAS, thus needing a complementary medical advice (sleep diagnostic) procedure before an unrestricted licence can be delivered.

A series of different decisions on the delivery of the driving licence has been proposed according to the individual situation of the applicant, whether a diagnosis of OSAS is established or a simple suspicion that the disease might be present: whether a treatment is available and complied with or disabling symptoms are controlled.

The Working Group has identified present information and education gaps that should be worth filling in order to enhance the awareness on the relation between OSAS and MVAs and contribute to the preventive efforts to reduce the rate of MVAs. These efforts should address professional drivers and their employers, military service personnel, as well as police officers in charge of filling in the official forms required in case of MVAs with property damage or personal injuries. The aim in this context is to better assess the possibility of accidents being due to the driver having fallen asleep at the steering wheel, in order to improve the statistical information on accidents and sleepiness.

Key words: sleep apnea syndrome, driving licence, medical fitness, military service

*Dr. Simon Márta
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.*

*Semmelweis Orvostudományi Egyetem
Honvéd- Katasztrófa- Rendvédelem- orvostani Tanszék csoport*

A Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatának története 1980–1989 (II. rész)

Dr. Svéd László ny. orvos altábornagy, PhD

Kulcsszavak: Magyar Néphadsereg, katona-egészségügy, katonai kórházak, egészségügyi szolgálat, szűrővizsgálat, egészségnevelés, közegészségügy-járványügy, MN szanatóriumai, ösztöndíjas, rekonstrukció, csapattagozat, helyőrségi csapatrendelő, szervezési feladatok, kondicionálás

Az alaprendeltetést, azaz a háborús alkalmazást, készenlétet és az ezekre való felkészülést és feltételrendszerét bemutató I. rész után, most az egészségügyi szolgálatnak a mindennapok speciális – a haderő más szolgálataira nem jellemző – feladatait, nevezetesen az igényjogosult és bizonyos okok miatt a polgári lakosság egyre növekvő számú állományának a gyógyító-megelőző ellátása szervezése és végrehajtása emlékeit mutatom be a korabeli dokumentumok alapján. Ebből a szempontból is jelentős ez az időszak, hisz a későbbiekben meghatározó infrastrukturális beruházások, a béke és háborús eszközpark megújítása ekkor történt. Jelentős előrelépés következett be a megelőző és kutató tevékenység fejlesztése terén is, ami közvetve szintén a háborús felkészülés részét képezte.

A mindennapok egészségügye a Magyar Néphadseregben az 1980–89 közötti időszakban

A béke időszaki tevékenységek jelentős része az alaprendeltetési feladatokra irányult. Viszont bátran kijelenthető az is, hogy az igencsak jelentős nagyságrendű és feladatú központi tagozat mindennapos működtetése nem volt egyszerű feladat. Mindezeket bonyolították az alapellátás állandósult infrastrukturális és személyi feltételrendszerének anomáliái.

Ugyanakkor a katona-egészségügy társadalmi megítélése sokkal jobb volt, mint általában a hadseregé, amely sok esetben jelentős inspirációt jelentett a szolgálatnak. Mindezért sokan sokat tettek, és ez a tény szintén mindenütt tetten érhető az 1980-as évek Néphadseregének egészségügyében.

A korabeli dokumentumok időrendi áttekintése a fenti megállapításokat egyértelműen alátámasztják. Ezeket a megítéléseket és változásokat néhány társadalmi és a hadsereg belső értékrendjében

történeti változás is segítette. 1980-tól a kötelező sorkatonai szolgálati időt 18 hónapra csökkentették, 3×6 hónapos váltásban. A bevonulási idő csökkentése végett a tartalékosokat általában meghatározott körzetekből hívták be, valamint a hadiruházatot is megkapták és behíváskor már abban vonultak be. A 80-as évek elejére szolgálatot teljesítő tisztek több mint 60%-a 1956 után került a hadseregbe. 1983-ban a tisztikar átlagéletkora hozzávetőlegesen 40 év volt, a 26–35 évesek aránya 30% körül mozgott. Az egyetemet végzet tisztek aránya a 60-as évek 20%-áról a 80-as évekre 60%-ra nőtt [24].

Mindezek fényében *tekintsük át az évtizedet a fentiek irányába ható különböző feladatok, intézkedések, átalakítások, struktúraváltozások, személyügyi feltétel rendszerek, a gyógyító munka javítását célzó intézkedések és a megvalósulásuk tükrében.*

A betegek szállítása, kísérése, a műtőssegédi és különböző betegek körüli munka megoldása mindig jelentős nehézséget jelentett. **1980 elején** ezt áthidalandóan adta ki a MN Hadtáp Főnök a 32/1980. számú „A Magyar Néphadsereg kórházaiban utókezelő részleg szervezéséről” című intézkedést. Ebben legalizálták a kórházban hosszú ideig munkaterápián lévő – gyakorlatilag a fenti feladatokat végző – sorkatonák helyzetét. „Az MN KKK 30, az MN 1. KK 15, a vidéki kórházakban 10-10 ágyat biztosítanak” erre a feladatra. A „sorállományú katona betegek kórházi utókezelésére szolgáló részleg szervezésével az aktív gyógykezelést már nem igénylő, de még néhány hétig kórházi utókezelést igénylő betegek elhelyezése munkaterápiával kiegészítve” volt a hivatalos indok. Érdekes módon az intézkedés utalt arra is, hogy „Amennyiben a beteg a munkaterápiás programban való részvétele ellen valami-

lyen okból tiltakozik – az egyéb gyógy módokhoz hasonlóan – nem kényszeríthető” [20].

Az alapellátás szempontjából a kor szak legfontosabb és legátfogóbb szabályzatát az MN HF 68/1980. számú intézkedése léptette hatályba 1980. január 01-től, amely az alapellátás bibliája lett a „Csapathadtáp Szabályzat 4. rész, az állandó harckészültség időszakában egészségügyi szolgálat” címmel [22]. A szabályzat tartalmazta a csapat-egészségügyi szolgálat szervezetét, feladatait, a benne szereplő minden egyes szolgálati személyre lebontva, a gyógyító-megelőző és gondozó munka összes feladatát, a szolgálat tagjainak a betegellátással kapcsolatos magatartását, a közegészségügyi-járványügyi és környezetvédelmi munka néphadseregi követelményeit, az egészségügyi anyagellátás és az egészségügyi technikai eszközbiztosítás rendszerét, valamint az alapellátás tervezését, nyilvántartását, a jelentések rendjét. A mellékletekben, az összes, ebben az időszakban elrendelt dokumentáció, jelentés, nyilvántartás, kiképzési okmány felsorolásra került. A szabályzatot 1990-ben újra helyesbítve és pontosítva kiadták a 106/1989. (HK.28.) HM számú utasítással hatályba léptetve [20].

Az 1. sz. KK. (közismert és népszerű nevén Tiszti Kórház) 1980-ban ünnepelte megalakulásának 30 éves évfordulóját (1980. június 25. 70/1980. MN HF pcs. [20]).

Az egészségügyi szakember állomány a központi tagozatban egészen páratlan és kiváló volt. Szakterületükön nemcsak a MN-ben, hanem országosan, egyesek európai, illetve nemzetközi mércével mérve is kiemelkedő személyiségek voltak. Ezt példázta az MN EÜSZF 4/1980-as számú intézkedése (1980. 01. 16.), amelyben a **Magyar Néphadsereg Orvosi Tudományos**

Tanács (MN OTT) kiegészítéséről rendelkezett az 1979 évben bekövetkezett személyi változások miatt. A terjedelmessége ellenére is érdemes a teljesség igényével felsorolni e Tanács tagjait, hisz az egyszerű olvasónak is sokat mondóak a többségében ismert nevek.

ELNÖK:

Prof. Dr. Vámos László o. vörgy., címzetes egyetemi tanár, az orvostudományok doktora

HELYETTESEK:

Dr. Hideg János o. ezds.

Dr. Horváth István o. ezds., a hadtudományok kandidátusa

TITKÁR: *Dr. Giacinto Miklós* o. alez.

TITKÁRHELYETTES: *Dr. Birkás János* o. alez.

TAGOK:

Prof. Dr. Bernát Iván nyá. o. ezds., egyetemi tanár, az orvostudományok doktora

Prof. Dr. Bíró György o. ezds., egyetemi tanár, az orvostudományok doktora

Prof. Dr. Fiam Béla nyá. o. ezds., címzetes egyetemi tanár, az orvostudományok kandidátusa

Prof. Dr. Gyarmati László gy. alez., egyetemi tanár, a kémiai tudományok kandidátusa

Dr. Kurucz Tibor gy. alez., a hadtudományok kandidátusa

Prof. Dr. Magyar István o. ezds., címzetes egyetemi tanár, az orvostudományok kandidátusa

Prof. Dr. Manninger Jenő o. vörgy., egyetemi tanár, az orvostudományok kandidátusa

Nagy Dénes gy. alez.

Dr. Sugár Béla o. szds.

Dr. Varga István o. alez.

Dr. Wittek László o. ezds.

Prof. Dr. Zoltán János címzetes egyetemi tanár, az orvostudományok doktora

ÖSSZESÍTVE 4 fő címzetes, 4 fő rendes egyetemi tanár, 4 fő az orvostudományok doktora, 2 fő hadtudományok, 3 fő az orvostudományok, 1 fő pedig a kémiai tudományok kandidátusa volt.

Bátran állíthatjuk, hogy az orvosi tudományos munka, a kutatási területek vezetése megnyugtató kezekben volt [21].

Az MN EÜSZF **1980. február 29-én** adta ki az 1981. január 01-től hatályba lépő 12/1980. számú intézkedését, a *csapatrendelők egészségügyi anyagi normájáról* és a 31/1980. számú utasítását az *ö.áéü.o szervezési működési szabályairól* 1980. május 30-án [21].

A Honvédelmi Miniszter a 0253/1980. számú parancsával 1980. április 1-jétől *Dr. Giacinto Miklós* orvos alvezetést, az MN KKK pk. tudományos helyettesét, a MNOTT titkárát nevezte ki az *MN Katona-orvosi Kutató Központ parancsnokává* [21]. Személyében a hazai aneszteziológiai és intenzív terápia kiemelkedő alakját tisztelhattuk, akinek óriási szerepe volt a háborús újraélesztési rendszer elméleti, gyakorlati és eszközös, egymásra épülő rendszerének kialakításában, a csapattagozattól az intézeti tagozatig (RE-I, RE-II, ARE).

A szolgálat az alapellátás kiszélesítését is felvállalta, amikor 1980 júniusában az MN EÜSZF 34/1980. számú intézkedésével elrendelte az *„MN kórházaiban általános szakorvosi rendelés létesítését”* az MN nyugállományú tagjai (hivatásos és kinevezett polgári), a katona-egészségügyi ellátásra jogosult hozzátartozók gyógyító-megelőző alapellátásának fejlesztése érdekében. A rendeletet az MN kórházainak rendelőintézeteiben „általános szakorvosi rendelés” szerint kellett szervezni és működtetni napi 6 órában, általános szakorvos vezetésével. Az alapellátást azon nem nyugállományú katona-egészségügyi ellátásra jogosult

hozzátartozók részére is biztosítani kellett, akik orvosi beutaló nélkül jelentkeztek. A rendelők feladata volt az általános gondozás is. Ez óriási terhelést jelentett a kórházaknak, főleg a fővárost illetően. A lakótelepek közelsége, a csapatorvos nélküli kis alakulatok ontották ezeket a betegeket. A rendkívül rövid határidő arra utalt – június 24-én adták ki az intézkedést július 1-jei működési idővel –, hogy már egy valamilyen formában réggen működő rendszer legalizálása történt [21].

Jelentős szakmai előrelépést – a fejezet elején már említett magas szintű képesség megjelenését – jelentett az MN 1. sz. KK. *Echo-cardiographias laboratorium működésének beindítása az év közepén* (MN.EÜSZF 40/1980. sz. intézkedés).

A laboratórium a szív-keringési rendszer megbetegedéseinek minél korábbi felismerése, a szívgyógyászati diagnosztika fejlesztése érdekében létesült. Feladatait természetesen MN szinten teljesítette, így hétfőn és szerdán az MN KKK, kedden és csütörtökön az 1. sz. KK, továbbá a vidéki kórházakból, valamint az MN ROVKI-ból előjegyzett betegeket fogadta. Pénteken tudományos célú vizsgálatokat végeztek. A laboratóriumot a két fővárosi katonai kórház főbelgyógyászai felügyelték (*Dr. Németh István* o. ezds. MN KKK, *Dr. Hajdú Béla* o. ezds. 1.sz KK) [21].

A vizsgálati módszert Magyarországon *Dr. Lengyel Mária* 1972-ben vezette be az Országos Kardiológiai Intézetben. (*Dr. Lengyel Mária: Echo-cardiographia medicine*, 1978. 8. old.)

Már ekkor is feszítő gond volt a megfelelő intézeti háttér hiánya, a hosszabb intézeti ellátást – elsősorban ápolást-igénylő krónikus megbetegedésben szenvedők nagy száma miatt. Megjegy-

zem, ekkor még az ellátás gazdaságossági hatékonysága nem volt vezető szempont. Ezt a helyzetet próbálta valamelyest enyhíteni az MN EÜSZF 46/1980. számú intézkedésével, amely a „*hosszabb ápolást igénylő betegeknek az MN Szanatóriumaiban történő beutalásáról*” rendelkezett. Ez a teher főleg a kórházak aktív, azon belül is a bel-típusú osztályait nyomta, amelynek enyhítésére átmeneti megoldásnak gondolták az MN Szanatóriumaiban a hosszabb ápolást igénylő betegek ellátására szervezett részleget. Ezen részlegekbe csak az MN KKK és az MN 1. sz. KK utalhatott be kizárólag a „86/1978. (HK.1.) HM-EÜMIN számú együttes utasítás 3.§-ában meghatározott katonaegészségügyi ellátásra jogosult” beteget. Az MN 4. Szanatórium (Hévíz) „C” osztályán 14, az MN 5. Szanatórium (Balatonfüred) „A” és „B” osztályain 6-6 ágyon történt a feladat ellátása, funkcionális részlegként működtetve. Javaslatot a beutalásra az osztályvezető főorvosok tehettek. Döntéshozatal a kórházparancsnok vezetésével működtetett bizottság – főbelgyógyász, fősebész (MN 1. sz. KK-ban sebészet ov. főorvos) – feladata volt. Ha a beteg állapota a szanatórium részlegében súlyosra fordult, akkor visszaküldték a beutaló kórháznak, életveszélyben a legközelebbi polgári kórházba. Az 1980 augusztusában aláírt intézkedés 1980. október 1-jén lépett hatályba [21].

1980 augusztusa a fegyelem és az etikai helyzet szigorítása érdekében kiadott intézkedések jegyében telt el, gondolva az előző évben történetekre, és a tanulságok közreadására. Augusztus 5-én a 47/1980. MN EÜSZF-i intézkedés „*Az MN gyógyító intézeteiben folyó gyógyító- megelőző tevékenység szakmai ellenőrzéséről*” szöveget, de emellett a bevezetőben egyértelműsítette, hogy a címen túlmenően az ellenőrzések

célja az volt, hogy a „szervezési és etikai követelmények az érvényben lévő rendelkezéssel és elvárások szerint érvényesüljenek”. Az ellenőrzés alapvető feladatát képezte az, hogy az intézeti gyógyító-megelőző ellátás szakmai színvonaláról, szervezeti feltételeinek alakulásáról, a munka rendjéről, a betegellátással kapcsolatos etikai követelmények megvalósulásáról, a FÜV eljárások helyzetéről, illetve a gyógyító-megelőző tevékenységet szabályozó rendelkezések hatályosulásáról tárgyilagos információk álljanak rendelkezésre. Az ellenőrzések segítségével megfelelő időben fel kellett ismerni, illetve meg kellett előzni a rendelkezésekben foglalt követelményektől eltérő gyakorlatot, illetve magatartást. Osztályokig lemenően szabályozta a betegellátással kapcsolatos ellenőrzési feladatokat, és külön pontokban (7. és 8. pont) foglalkozott a nagyon érzékeny, és a bajt okozó felülvizsgálati tevékenységgel, annak kritikus pontjaival [21].

Augusztus 6-án az MN EÜSZF kiadta a 48/1980-as számú intézkedést „az MN egészségügyi szolgálata etikai helyzetének megszilárdítására” vonatkozóan, amely alapvetően az Egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény, valamint annak az MN-ben történő végrehajtását szabályozó 23/1974. számú HM utasításon alapult. Az intézkedésről – elsősorban a hadseregben belüli orvos-beteg kapcsolatról – már a bevezetőben idéztem. Az intézkedést áthatotta a felelősség szellemisége abban a tekintetben, hogy az elvárt elkötelezettséghez az egészségügy szakmai és gazdasági célkitűzései hozzájárulhattak az etikai helyzet javulásához. Külön szólt az egészségügyi káderek kiválasztásáról, a képzés, továbbképzés, tudatformálás fontosságáról, az információ tartásáról a beteg és orvos kapcsolatában, külön kiemelve a hálapénz elfogad-

hatatlanságát. A betegfelvétel területén csak a sorállományú betegekkel kapcsolatos csapatorvosi és kórházi kötelezettséget említette [21].

A 80-as évek elején a *népesedéspolitika kiemelt társadalmi feladatául a család- és nővédelmi ellátást* tűzte ki. Az MN-ben ennek külön hangsúlyt adott az elsősorban továbbszolgáló állományba felvételre került nők arányának a növekedése. Ezt a tendenciát elég ellentmondásosan kezelték, még a szolgálaton belül is, hisz míg a csapattagozatban speciális katonai és szakmai képzést szerveztek a számukra 1982-ben, addig a 80-as évek közepén az akkori MN EÜSZF limitálta a női orvostanhallgató ösztöndíjasok számát.

Az MN EÜSZF az 54/1980-as számú intézkedéssel „A *katona-egészségügyi ellátásra jogosultak család- és nővédelmi ellátását*” szabályozta csapatszinten és az intézeti tagozatban, a fő felelősként kijelölt 1. számú KK Szülészeti és Nőgyógyászati osztályát érintően [21]. Ez mind a két szinten egy komplex egészségnevelési feladatot jelentett, amely a központi tagozatban kiegészült a feltételek biztosításával is. Az *egészségnevelés és a gondozás* ekkor vonult be az egészségügyi szolgálat amúgy sem kevés feladatai közé. Elméleti kérdései is ekkor újulnak meg és kerülnek megismerésre. A tanácsadó szerv működését 1981. januárjától kezdte meg [21]. Személyes tapasztalatom szerint ez a tanácsadó inkább csak a központi tagozatban működött, hisz a csapattagozatban, a távoli helyőrségekből nem vállalták az 1. sz. KK-ba való felutazgatásokat, és inkább a kisebb helyőrségeket vagy a mellettük lévő kórházakat és terhes gondozást keresték fel, illetve részesítették előnyben. A csapattagozatban gyakorlatilag ez a feladat nem fordult elő. Az egészségnevelést azonban rendkívülien fontos kérdésként kezelték. A ún. „nem fertőző

betegségek epidemiológiája” ebben az évtizedben került a társadalom és még inkább az egészségügy látókörébe. A szűrővizsgálatok és felmérések, a lakosság, ezen belül az MN állományának egészségi állapota figyelmeztetett az egészséges életmód megismerésére, annak fontosságára. Az MN EÜSZF 55/1980. számú intézkedése, amely „Az MN Egészségügyi Szolgálatfőnökség Egészségvédelmi és Egészségnevelési Tanácsának létrehozásáról” szövege, igencsak frappánsan fogalmazta meg a célt és a rendeltetést. „Társadalmunk és az MN jelen fejlődési szakaszában jogos igényként jelentkezik a személyi állomány egészségének fokozott védelme, egészség károsodásoktól való megóvása, illetve egészségi állapotának tervszerű javítása. Figyelembe véve, hogy az MN személyi állománya körében az egészségtelen életmód (túlzott alkoholfogyasztás, helytelen táplálkozási szokások és esetenként következményes kóros elhízás, a dohányosok magas aránya), és a nem megfelelő testkultúra elterjedése észlelhető, továbbá lassú az előrehaladásunk az egészséges életmódra nevelés területén; a betegségek megelőzése, a szolgálat- és munkaképesség fenntartása érdekében fel kell lépni a helytelen táplálkozási szokások, az elhízás, a túlzott alkoholfogyasztás ellen, a dohányzás visszaszorításáért, s mindezek érdekében fejleszteni kell a személyi állomány egészséges életmódra nevelését, fizikai és pszichikai állóképességét. Végezni kell az MN-en belül az anya-, csecsemő-, és gyermekvédelmi népesedés- és nőpolitikai érdekek egészségügyi szempontból történő képviselését, továbbá elősegíteni az egészségügyi rehabilitációs tevékenységet” [21].

Az MN kiemelt feladata 1980-ban a *jubileumi díszszemle* volt, amelyben az egészségügyi szolgálat sok szinten és

nagy létszámmal vett részt. A szűrővizsgálatok, a védőoltások, ezred és zászlóalj szintű segélyhelyek működtetése, a folyamatos és állandó közegészségügyi járványügyi ellenőrzések, a szabad ágyak biztosítása, a begyakorlások állandó helyszíni támogatása, komoly szervezési munkát, nagy igénybevételt jelentett mind a központi, mind a csapattagozat számára [21].

Ebben az évben miniszterhelyettesi szinten (043/1980. MN HF sz. intézkedés) szabályozták a *vezetőállomány (magasparancsnoki) tagjainak szanatóriumi beutalását* és az MN gyógyító intézeteiben történő elhelyezését [21]. A magasparancsnoki beosztásokat még 1975-ben szabályozták (020/1975. HM sz. belső utasítás 3/a. pontja). Ez többek között tartalmazza, hogy a beutalásokat csak az 1. sz. KK állíthatja ki, a hozzátartozó is beutalható és miután a feltételek adottak voltak, a kiemelt elhelyezést (magasabb parancsnoki betegszoba) is biztosítani kellett [21].

A központi tagozatból egy intézménynél az MN 5. sz. *Szanatóriumánál került sor MN HF-i szemlére*, melyet személyesen *Stadler János* vezérőrnagy, az MN HF vezetett [21].

Az egyre növekvő *tábori technikai eszköztár* kiszolgálását a 08/1980. MN HF-i intézkedés tartalmazta, amelyből a kor igen modernnek számító egészségügyi berendezéseit ismerhetjük meg [6, 21].

Ezek az alábbiak voltak:

a) *Hazai gyártmányú eszközök*

- Tábori sterilizáló és vízdesztilláló készülék (AKVA)
- Kötöző gépkocsi
- Mozgó fogászati rendelő felépítményben
- Tábori műtő, konténerjellegű felépítményben

- Bakteriológiai, Szerológiai Laboratórium (BSL) felépítményben
- Higiénés-entomológiai Laboratórium (HEL) felépítményben
- Mozgó laboratórium (ML) felépítményben
- Toxikológiai Laboratórium (TL) felépítményben
- Kórbonctani Laboratóriumi (KBL) felépítményben
- Vírus Laboratórium (VL) felépítményben
- Vivárium (VIV) felépítményben
- Egészségvédelmi-Radiometriai Laboratórium (ERAL) felépítményben
- Infúziós Laboratórium felépítményben
- Demineralizáló-Sterilizáló Berendezés (DSB) felépítményben
- Mozgó Egészségügyi Javító Műhely (felépítményben, mechanikai)
- Mozgó Egészségügyi Javító Műhely (felépítményben, elektronikai)
- Medirönt-41 típusú tábori röntgen készülék

b) *Külföldi gyártmányú eszközök*

- Jéggyártó berendezés (JGB)
- Vérszállító gépkocsi (VSZ gk.)
- Tábori Fürdető-Fertőtlenítő Berendezés (PDP-2)
- Tábori Fürdető-Fertőtlenítő Berendezés (DDA-2)
- Tábori Fürdető-Fertőtlenítő Berendezés (DDA-66) [6].

Év végén *hatálytalanítottak egy sor, 1959 és 1960 között kiadott szabályzatot, illetve szakmai működési utasítást.* Így az Eü/52 Eü. biztosítás TÖPFE alkalmazásának körülményei között, a Mozgó Sebészeti Kórház (MSK), Mozgó Fertőző Kórház (MFK), Osztályozó-Kiürítő Állomás (OKÁ) és az Önálló Egészségügyi Osztag (ö.eü.o.) szakmai utasítását, az Eü/47 a Harckocsik víz-alatti átkelésének egész-

ségügyi biztosítása és az Eü/14. A Szárazföldi Csapatok háborús egészségügyi biztosítása című kiadványokat.

Az 1981-es esztendő kiemelkedő feladata az *V. ötéves terv lezárása és a VI. ötéves terv feladatainak és célkitűzéseinek a meghatározása* volt. Az V. ötéves terv egy sor tényt és hasznosítható adatokat tartalmazott, melyekből néhányat érdemes felsorolni [7]. Az alapokat itt is az előljárók e tárgyban kiadott intézkedései, direktívái jelentették (0085 HM direktíva, 0086 MN HF-i intézkedés és feladatterv, valamint az MSZMP Néphadseregi Bizottsága 1980. októberi állásfoglalása). Jelentős eredményekről számolt be az V. ötéves tervidőszak, de az értékelés előrebocsátotta, „*hogy a szükségletek és igények nagyobbak voltak (erőteljesebbek), mint a feltételek javulása*”.

Megkezdődött a 300 ágyas győri kórház építése. A csapatrendelők 35%-át felújították. A fejlődés a megbetegedési, illetve az egészségi állapotot jellemző mutatókban is tetten érhető, így:

- a gyakorlatilag egészségesek aránya 60,7%-ról 65,2%-ra nőtt,
- a kórházi gyógykezelést igénylő, illetve a megelőző gyógyüdülésre szoruló aránya 22,5%-ról 17,3%-ra csökkent,
- a behívhatók aránya 76,2%-ról 89,9%-ra nőtt,
- a korlátozásokkal alkalmatlanok aránya 5,7% lett 1979-ben (Az adatok az 1965-ös értékekhez viszonyítottak.)

A dokumentum kiemelte, hogy az orvosok 43%-a (országosan 16,4%) a szakdolgozók 13%-a (országosan 6,1%) tagja a pártnak.

Az egészségügyi tiszthelyettesek létszámára nem változott, továbbra is kedvezőtlen az öt év alatt végzett 157 fő ellenére. 1975 és 1980 között 117 fiatal csa-

patorvossal bővült a csapategészségügyi szolgálat, a feltöltöttség elérte a 85%-ot. 20% közülük kórházi beosztásba került. Változatlanul gondot jelentett a fogorvosi ellátottság. 10 000 főre csak az 1,6–1,7 fogorvos jutott az MN-ben, szemben az országos 2,8-as átlaggal. A katoniorvosi utánpótlás jelentős gondokkal küzdött. Az ösztöndíjasok 40%-a szerződést bontott, a többiek 3-4 éves csapatszolgálat után leszereltek. 1976–80 között 24 fő. *A békeidőszaki feladatokat a VI. ötéves tervben az alábbiakban, mint a „Béke egészségügyi ellátás fejlesztési program” határozták meg.*

„A társadalomban felerősödött egészségtelen életmód és a nem megfelelő testkultúra terjedése a hadsereg körében is észlelhető (túlzott alkoholfogyasztás, helytelen táplálkozás – 46 éven felüliek 8%-a elhízott –, dohányzás). Ennek érdekében az egészségnevelést kiemelt feladatként kell kezelni. Nagyon fontos az alap- és intézeti tagozat közötti integráció. Korszerűsíteni szükséges a kórház és rendelőintézeti struktúrát, annak felszerelését. Az alapellátás területén az első helyőrségi csapatrendelő és az összevont laktanya egészségügyi ellátás továbbfejlesztése kiemelt feladat. A csapattagozat fejlesztésénél az alapellátás hozzáférhetőségének megszilárdítására, az általános szakorvosi szint fokozatos és gyorsabb ütemű kibontakoztatására van szükség. A harckocsi ezred rendelőit kézi táskai diagnosztikai eszközzel (KTD) szerelik fel. Minden EKG tanfolyamot végzett orvost a csapatszinten is EKG készülékkel kell ellátni. A fogászati gépek korszerűsítésével javítsák a fogászati ellátás technikai feltételeit. Az intézeti tagozat fejlesztése során az intézmények fejlesztésével egybekötött rekonstrukcióval, illetve belső szervezeti átcsoportosításokkal a honvédelem egészségügyi feladatok

figyelembe vételével, szakmánként differenciáltan fejlesztést vagy fenntartást kell megvalósítani (1981. június 1.)” [7].

Az *V. ötéves tervet* a következő központi egészségügyi intézetek és seregest szintű hadrendi elemek fejezték be és vágta bele a *VI. ötéves terv* fentiekben felsorolt, igencsak nagy volumenű, sok szakmai területet érintő feladataiba:

- MN Egészségügyi Szolgálatfőnökség (MN EÜSZF-ség Budapest)
- MN KKK Budapest
- MN 1.sz. KK Budapest
- MN 2.sz. KK Kecskemét
- MN 3.sz. KK Pécs
- MN 4.sz. Szanatórium (Hévíz)
- MN 5.sz. Szanatórium (Balatonfüred)
- MN 6.sz. Katonai Kórház Előkészítő Törzs Parancsnokság (Győr)
- MN Egészségügyi Anyagellátó Központ (MN EÜAK)
- MN ROVKI Kecskemét
- MN Közegészségügyi-Járványügyi Állomás (MN KÖJÁL Budapest)
- MN KOKK Budapest
- MN Felülvizsgálati Bizottság (MN FÜV Budapest)
- Hátszágvédelmi Alakulatok Parancsnoksága M. Törzs
- Mozdó Kórházcsoport (MKCS) M. Törzs (Budapest)
- Eü. Tartalék M. Törzs (ET Budapest)
- 5. Hds.Egészségügyi Szolgálatfőnökség (Székesfehérvár)
- 3. Hdt. Egészségügyi Szolgálatfőnökség (Cegléd)
- 1. Ho.lé.hds.Egészségügyi Szolgálatfőnökség (Budapest)
- Hátszágvédelmi Alakulatok Egészségügyi Szolgálatfőnökség (Budapest)
- CSRP Egészségügyi Szolgálatfőnökség (Börgönd) [6-7].

A VI. ötéves terv feladatain túl egy sor szakmai feladat is jelentkezett. Még az előző évben, 1980 november 10–14. között, az 1.sz. KK-nál végrehajtott felüyeleti szemlén megállapították, hogy a kórház sebészeti beteganyaga hátrányosan befolyásolta a szakorvosi képzést, ezért 1981. februárjában az MN EÜSZF 8/1981. sz. intézkedésében elrendelte az MN KKK akut beteganyagának a beutalási területéről való betegátirányítást az MN 1. sz. KK sebészetre, valamint ugyancsak az 1.sz. KK Fül-orr-gége osztály ágynak kihasználatlansága miatt az üres ágyakra mozgásszervi betegek elhelyezését. Gyakorlatilag ekkor született meg az *első fekvőbetegeket ellátó Reumatológiai osztály a katona egészségügyben*. Ugyanebben az intézkedésben utasították az 1.sz. KK-t a már előző évnél említett „Családi- és Nővédelmi Tanács” létesítéséről szóló beszámolóra [25].

Új, IV. sz. *Belgyógyászati Osztály* kezdte meg működését az MN KKK-ban 1981 novemberében, amelynek érdekében a I. Bel osztály 90 ágycsát felezték meg, így két 45 ágycs belgyógyászati osztály létesült, természetesen eltérő szakmai profillal (39/1981. MN EÜSZF-i int.) [25].

Az év folyamán kiderült, hogy a sebészeti osztályok akut műtéteinek száma az igényjogosult és katona beteget figyelembe véve kevés. Ezért az MN EÜSZF 44/1981. sz. intézkedésében elrendelte a *katona kórházak sebészeti osztályain az akut általános sebészeti műtét számok növelését*, ami azt jelentette, hogy a traumatológiához hasonlóan engedélyzték, hogy a katona kórházak általános sebészeti osztályára, hetente egyszer, a kórház parancsnoka által meghatározott napon akut, általános sebészeti műtétet igénylő – katona-egészségügyi ellátásra nem jogosult (területi) – beteget vehessenek fel. Az ilyen ágyak számát a kórház parancsnok

határozta meg az MN Fősebsz javaslatának figyelembe vételével [25].

A *kórházak élelmezési ellátására* is kiterjedt a figyelem. Az MN HF 26/1981. sz. intézkedésében az MN kórházainak és szanatóriumainak a betegélelmezés helyzetének komplex vizsgálatát rendelte el, a betegélelmezés hiányosságának feltárása és az ellátás javítása érdekében. A vizsgálatoknak ki kellett terjednie az élelmezéstechnológiára, feltételekre, eszközökre, kiszolgálásra, beszerzésre és a dietetikára. Az 1981. március 3-án elrendelt vizsgálatot szeptember 30-ig kellett befejezni a tapasztalatok és javaslatok jelentésével [26].

Talán a pályántartás irányába ható elgondolásnak nevezhető az MN HF 90/1981. sz. intézkedése, „*Az MN állományába tartozó orvosok és fogorvosok nyilvántartásba vételéről*.” Ez egy 1960-ban kiadott szabályozást szüntetett meg. A különböző mellék- és másodállás vállalásokhoz az orvosok és fogorvosok részéről ebben az időszakban előfeltétel volt az „országos orvosi nyilvántartásban” való szereplés. Az intézkedés ezt engedélyezte. Ez alapján a hivatásos katonaorvos az orvosok országos nyilvántartásába való felvételét közvetlenül kérhette, ha az MN-en kívül orvosi, illetőleg fogorvosi oklevélhez kötött munkaviszony létesítésére – szolgálati viszonyon kívüli munkavállalásra vonatkozó rendelkezések szerint – érvényes engedéllyel rendelkezett [26].

Gyakorlatilag ez egy illegális helyzetet legalizált, hisz sok kis helyőrségben számos csapatorvos vett részt az akkor körzeti orvosnak nevezett polgári alapellátást biztosító munkakörben. Több, 1974-ben végzett csapatorvos leszerelésének pont ez a nyilvántartási hiány volt az oka (Rétság, Lenti, Mezőtúr, Orosháza, Kiskunfélegyháza, Nagyatád).

A központi tagozatban az év folyamán 1981. június 11-től 22-ig egészségügyi módszertani bemutató foglalkozás került végrehajtásra, „Tábori kórház égett sérültek szakosított szakorvosi ellátásnak lehetőségei tábori kórházakban” címmel [25].

Egy fontos szabályzat, az EÜ/18-as is megjelent, amely az „*Utasítás a katonai egészségügyi alkalmassági vizsgálatokra (I. rész)*” címet viselte. Ugyanakkor változás történt a szakorvosi szűrőcsoport parancsnoki beosztásában is. Dr. Béres László o. alezredest, Dr. Klucsár Tivadar o. alezredes váltotta fel [25].

Ebben az évben 1981 júniusában a központi tagozat egy intézete, az MN 4. Szanatórium (Hévíz) került „*felügyeleti szemlére*”, amelyen az MN HF 43/1982. sz. parancsa alapján „Kiváló” eredményt ért el [27].

Az évet egy igen fontos dokumentum zárta le, miszerint az MN HF 121/1981. sz. parancs alapján Dr. Vámos László orvos vezérőrnagyot az MN Egészségügyi Szolgálat főnökét a Honvédelmi Miniszter a 01040/1981. sz. parancsával 1982. január 1-jei hatállyal az MN Egészségügyi Szolgálat Főnökség állományából nyugállományba helyezte. Utódjául Dr. Németh István orvos vezérőrnagyot nevezték ki 1982. január 1-jétől. Ő az MN Főbelgyógyásza volt, nagyon gazdag csapattapasztalattal. Kinevezését mind a központi, mind a csapattagozat egészségügyi szolgálata kedvezően és örömmel fogadta. Tevékenységét azonban nem lehet értékelni, mivel 1982 márciusában máig sem ismert és tudott okok miatt az irodájában szolgálati fegyverével öngyilkosságot követett el.

Helyette megbízással Dr. Horváth István orvos ezredes – az MN Egészségügyi Szolgálatfőnök-helyettes – egy év időtartamra megbízott MN EÜSZF-ként látta el a beosztást.

Az 1982-es év két fontos intézkedés hatályba helyezésétől kezdődött, melyek jelentős többletmunkával jártak, főleg a csapattagozatban, viszont igen sok hasznos információhoz lehetett az alapellátás területéről jutni.

Az első ilyen intézkedés az MN EÜSZF-ség és REVA szolgálatfőnökének közös intézkedése, amely többéves kísérleti alkalmazás után került bevezetésre. Ez a személyi állomány megbetegedéseit érintő egységes számítógépes rendszer kialakítása volt. „Csapatgyengélkedő Naplót”, amelyben a megjelent betegek betegségével kapcsolatos összes írott anyag szerepelt, félévenként kellett zárni, és a létszámadatokat is figyelembe vevő és igazodó kódolt jelentést kellett szeptember, illetőleg március 05-ig minden korcsoportra, állománykategóriára vonatkozóan felterjeszteni [27].

A másik intézkedés a (37/1982. MN EÜSZF) már az előzőleg említett 1980. július 01-től a kórházakban működő általános szakorvosi rendelők működését és feladatkörét módosította. Új feladatként határozták meg:

- a nyugállományúak alapgonndozását;
- a nem igényjogosultak ellátás utáni további alapellátásra utalását;
- a hivatásos és sorállomány szűrését;
- a polgári alkalmazottak alkalmassági vizsgálatát;
- a gépjárművezetői alkalmasság elbírálását;
- és a védőoltások végrehajtását.

Tulajdonképpen a későbbi – foglalkozás egészségügyi rendelők – alapjait rakták le ekkor, kiegészítve a nyugdíjasok gondozásával [22, 27].

Ugyancsak ehhez a speciális szakterülethez tartozik, illetve sorolható az MN HF 5/1982. sz. intézkedése, a munkaköri alkalmasság orvosi vizsgálatáról és

véleményezéséről. Ez a katonai szervezet egészségügyi szolgálatfőnökének a munkaköri alkalmasság elbírálásában végzendő feladatait határozta meg. Az „Alkalmatlan”, „Nem Alkalmatlan” és az „Ideiglenes Alkalmatlan” minősítéseket vizsgálat alapján kellett meghoznia. A munkakörök veszélyességének eldöntésével a Katonai KÖJÁL/KÖJÁL Decentrum állásfoglalása volt a mérvadó. Az intézkedés részletesen szabályozta az egyes munkaköri területre vonatkozó előírt vizsgálatokat, a mérgező anyagokat (károsító tényezőket), veszélyes munkaköröket és az elvégzendő vizsgálatok gyakoriságát [27].

Az elmúlt évi 1. sz. KK sebészeti típusú osztályainak hatékonyabb működése érdekében meghozott döntések alapján 1982. május 1-jével megkezdte a működését a *Reumatológiai és Fizioterápiás Osztály – a Fül-orr-gégészeti osztály ágyainak terhére – 8 ágyon (21/1982. EÜSZF int.)* [27].

A VI. ötéves terv az alapellátás területén kiemelt jelentőségű feladatként kezelte a *Helyőrségi Csapatrendelő (HCSR, Nagykanizsa), illetve az összevont csapatrendelők működésének beindítását.* A helyőrségi csapatrendelő egyesítette a csapatrendelők és a kórházi rendelők feladatait. 1982. július 22-én adta ki az MN EÜSZF a 42/1982. sz. intézkedését, amely a létesítésről és szervezésről szóló 00133/90/1981. MN VKF Szervezési Csoportfőnökség intézkedésére hivatkozva szabályozta az intézmény szakmai működését. Meghatározta, hogy a kétszintű ellátást (alap- és szakellátás) hogyan egészíti ki a helyőrség egészségügyi kiképzési, egészségnevelési feladataival és a külön díjazással járó ügyeleti szolgálattal. A felügyelet kicsit bonyolultra sikeredett. A szakmai felügyeletet a 3. sz. KK látta el. A működéssel és a szervezéssel kapcsolatos feladatokat az MN EÜSZF-ség Gyógyító osztálya és az 5. Hadsereg

egészségügyi szolgálata végezte a kísérleti szakaszban, melynek célja a működési, illetve gyakorlati tapasztalat megszerzése volt.

A HCSR szakmai előjáró főnöke a 8. gl.ho. egészségügyi szolgálatfőnöke (Zalaegerszeg) volt és önálló alegységként a 14. gl. e.(Nagykanizsa) állománytáblájában szerepelt orvos parancsnok vezetésével [27].

Az év folyamán három jelentősebb – az egészségügyi állományt érintő – gyakorlat került végrehajtásra. Az egyik a már említett [15] április 15–24. között végrehajtott „M” parancsnoki és összekovácsolási gyakorlat, melynek tapasztalatai a későbbi szervezési változásokba kerültek beépítésre [27].

A másik a június 21–26. között végrehajtott „DUNA-82” hadgyakorlat egy magyar (11. hk.ho), egy csehszlovák (13. hk.ho CSN) és egy szovjet gépesített lövész hadosztály (245 gl.ho SZU) részvételével.

A májusi egészségügyi hadijátékot épphogy befejezte az 5. hadsereg egészségügyi szolgálata, amikor az alegységeiből erre a gyakorlatra a 91. (Nagykanizsa) és a 195. ö. eü. o.-k(Vác) jelölték ki 250 fő tartalékos állományú egészségügyi szakemberrel. Az értékelés alapján „Az egészségügyi osztagok jól begyakorolták a részlegek telepítését, a sérültek hátraszállítását és ellátást” [28].

A harmadik pedig a június 16–25. között egészségügyi módszertani bemutató gyakorlat levezetése volt, ahol sebészeti profilú tábori kórház került telepítésre, gyakoroltatásra és bemutatásra. (39/1982. EÜSZF-i pcs.) [27].

A VI. ötéves terv egyik fő feladata a kiürítés fejlesztése volt. Ennek érdekében – elsősorban a csapattagozatban – beszerzésre kerültek a LUAZ-967 *sebesültkihordó gépkocsik* a ZHS-k kiürítő

képességének minőségi és mennyiségi javítására [8].

A Zaporozsec motorral ellátott 2 fő fekvő sérült kiürítésére alkalmas, úszni és csörlőzni tudó eszköz a különböző bemutatók és gyakorlatok fő látványossága lett. Hibáira és sebezhetőségére a szovjet-afganisztáni háború során derült fény. Nem lehetett azonban azonnal igénybe venni, miután a kiképzők kiképzését befejezték az MN EÜSZF és az MN Páncélos és Gépjármű-technikai Szolgálat főnöke „tartósan betároltatta” a járműveket és harcckészültség esetén „hátahagyott” eszközként kezelte. (08/1982. MN EÜSZF és MN PCGJMŰ Technikai Főnök, 1982.12.09.) [8].

A későbbi beruházásokra, illetve fejlesztésekre előrevetítendően – egy intézkedés megjegyzéséből, amely eredendően ellátás, utalás módosításáról szólt – derült fény. Nevezetesen „Az 1. sz. KK tervezett rekonstrukciója szükségessé teszi az MN KEÜAR területe egy részének igénybe vételét”. Ezt a feladatot már egy megbízott vagy új parancsnok hajtja végre, mivel a központ parancsnokát *Megyeri György gy. alezredest* az Egészségügyi Minisztériumba vezényelték, magasabb beosztásba. Feladatát megbízással *Seres Károly gy. alezredest (Pk.h.), áruforgalmi osztályvezető vette át* (54/1982., 56/1982. EÜSZF-i pcs.) (MN EÜSZF 60/1982.) [27].

Az év végén jelent meg az új felülvizsgálati rendszer bevezetését meghatározó intézkedés, amely elsősorban szervezési feladatokat tartalmazott. Alkalmazását és végrehajtását 1983. január 1-jével kellett megkezdeni. Intézményenként, kórházanként *Elsőfokú FÜV Bizottságot* kellett működtetni. Az MN 2. fokú FÜV bizottsága Budapesten működött 3 fővel, esetenként a vidéki intézményekben a helyszínen is (kiszál-

lással) (71/1982. EÜSZF-i intézkedés) [27].

Még egy előremutató személyügyi parancsot érdemes ebből az évből megemlíteni. A HM Államtitkár (ÁT) 039. sz. parancsában 1982. augusztus 1-jei hatállyal kinevezte *Dr. Ónodi István* alezredest az MN 6. sz. Katonai Kórház [KK. (Győr)] parancsnokává [8].

Sajnálatos módon ez az év bővelkedett nagyon szomorú eseményekkel, aktív és vezető beosztású katonarvosok elhalálózásával:

Dr. Sugár Béla o. ezredes, az MN KKK parancsnoka július 3-án hunyt el, akinek beosztását megbízással, 1982. augusztus 1-től egy évig *Dr. Altmann István* o. ezredes látta el (01273. HM pcs.) [29].

Dr. Kovács Ottó o. alezredest, az MN 4. sz. Szanatórium parancsnokhelyettese március 21-én halt meg.

Dr. Piros Kálmán o. alezredest a Traumatológiai osztály intenzív részlegének megalakítója, a Jemeni Népi Demokratikus Köztársaság magyar Kórházában elsőként szolgáló és Etiópiában is egészségügyi feladatokat ellátó katonarvos május 22-én hunyt el. (43/1982., 32/1982. MN EÜSZF-i pcs.) [27].

Az 1983-as esztendő egy jelentős szakmai döntés meghozatalával kezdődött. Január 19-én a 9/1983. MH EÜSZF-i intézkedés rendelkezett a *MN KKK Műveke Állomásának* működéséről úgy, hogy az állomásnak szeptember 1-jétől működőképesnek kellett lennie [29].

Három fontos honvédelmi miniszteri, valamint VKF-i parancs, illetve döntés alapján szervezési feladatok kerültek meghatározásra, amelyet szolgálatfőnöki intézkedések szabályoztak és váltottak aprópénzre. A miniszter döntött, hogy az *MN 1. sz. KK-t és annak főépületét* az egyes szakmai funkciók korszerűsítése és

üzembiztonsága érdekében 1984. II. negyedévében *felújításra tervezzék*. Ennek érdekében 1983. október 01-ig az MN KKK VII. épületét ki kell üríteni. A Fertőző Osztályt a Fővárosi László Fertőző Kórházba, a Tüdőgyógyászati Osztályt – az ambulancia kivételével – az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézetbe helyezték át, ami a jövőt tekintve előrevetítette a két osztály lassú halálát, megszűnését is (49/1983. MN EÜSZF int.) [29].

Szintén a honvédelmi miniszter rendelte el még 1982-ben (90/1980. HM pcs.) a *Magyar Néphadsereg 1945-től 1980-ig eltelt időszaka történetének* teljes körű, átfogó kutatását, tapasztalatainak írásba foglalását „nyílt” jelleggel. A végrehajtásra 1983-ban intézkedett az MN EÜSZF. Célként határozta meg, hogy a kutatás során tárják fel az egészségügyi biztosítás törvényszerűségeit, hatékonysága fokozásának további lehetőségeit. Segítse a had- és történelemtudományt, katonai, társadalmi-gazdasági megítélésben. A feldolgozás során megbízható és hiteles képet, hasznosítható ismereteket kellett nyújtani a szolgálat számára. A teljesítési határidőt 1984. március 30-ában határozták meg. Konzulensként az MN Főgyógyszerészt, *Dr. Kurucz Tibor* gy. alezredest jelölték ki (80/1983. MN EÜSZF intézkedés) [29].

Az MN VKF a 0068/19/1982. sz. intézkedésében még szerepelt a Hadtáp Kiképző Központ „orvoskiképző” századának kiválása és diszlokálása. Az *orvoskiképző században* a sororvosok, fogorvosok és gyógyszerészek kiképzése 1983. augusztus 1-jétől az MN 3. sz. KK (Pécs) részéként folytatódott. A kiképzés ideje 12 hónap volt. Ebből 3 hónap bázisképzés (1 hónap újoncképzés, 2 hónap szakmai képzés) volt. Ezt követte a 9 hónapos csapatgyakorlat. A kiképzés évente négy

turnusban, csoportonként 100 fő részvételével zajlott. A kiképző század a pécsi tüzérezred laktanyájában került elhelyezésre, a sororvosok által „Bagolyvár”-nak elnevezett körletben. Az MN 3. sz. KK parancsnokának 1983. július 11-ére kellett a kiképzési programot elkészítenie. Az első oktatási és kiképzési turnust augusztusban kezdték meg. A kiképzés minőségi színvonala és hatékonysága érdekében tábori belgyógyászati, tábori sebészeti és egészségügyi anyagellátási szakkabinetet alakítottak ki. A csapatsegélyhelyek működési feltételei megismeréséhez egy gyakorló tábori ezredsegélyhelyet (ESH) biztosítottak. A kiképző század parancsnokává 1983. augusztus 1-jével az MN 3. sz. KK állományából *Dr. Ferencz Lajos* o. századost nevezték ki [17].

Az egészségnevelési munka fontosságát már többször említettem, de az egészségügyi szolgálat konkrét munkájához – *szekunder prevenció, gondozás* – szükséges adatok nem álltak rendelkezésre. A gondozáshoz, a rizikófaktorok megismeréséhez az *egész Néphadsereg állománya szűrővizsgálati rendszerének átalakítására* volt szükség. Utoljára 1971-ben szabályozták ezeket a vizsgálatokat. „A Magyar Néphadsereg tagjainak egészségi okból történő szolgálat alóli felmentéséről, és szűrővizsgálatáról, valamint gyógyüdültetéséről” szóló 18/1983. sz. HM utasítást az MN EÜSZF-e a 40/1983. sz. intézkedésében igen részletesen szabályozta. Ez alapján kötelezték az egységparancsnokot, illetve a vele azonos, vagy ennél magasabb beosztású vezető állományt az évenkénti, az I. félévben végrehajtandó szűrővizsgálatra. Sajnos az intézkedés nem tartalmazta a kockázati tényezők feltárását, melynek fontosságát *Dr. Ónodi István* o. alezredest által megírt kandidátusi értekezés is leírta, de az általa közreadott ötéves egészségi állapot fel-

mérés igazolta fontosságát, így az 1987-ben bevezetett „személyi szűrővizsgálati adatlap” már tartalmazta a kockázati tényezőket. A szűrővizsgálatokat az MN 1. sz. KK végezte nagy hozzáértéssel és rendkívüli szervezettséggel. A résztvevőket szigorúan ellenőrizték. A szanatóriumi kezelést és gyógyüdtetést a 45/1983. MN HF intézkedés szabályozta. Balatonkenese nyáron, Mátraháza egész évben, Buják pedig a jogosultakat fogadta [29].

Az év folyamán *három nagyszabású hadgyakorlatra* került sor. Januárt az 5. hadsereg által a szovje déli hadseregcsoporttal közösen vezetett és végrehajtott „DUNA-83” téli hadosztály gyakorlat nyitotta meg, amely az egészségügyi szolgálat számára sok munkával és felelősséggel zárult, miután súlyos rendkívüli események terhelték. A „0” pont közelében egy repeszszilánktól egy fő, a szovjet együttműködő repülőket találattévesztése következtében a marcali tüzérezred táborába csapódó lövedékektől négy fő sérült meg. A letragikusabb esemény január 21-én 22.00 órakor történt meg, amikor a később megkezdett rakodás és rosszul végrehajtott szerelvény összekapcsolás miatt a személyi állományt szállító vagonok elgurultak, és egy másik vonattal ütköztek Herend térségében. Ennek következtében az MN 60. műszaki dandár 100. önálló műszaki zászlóalj állományából (Szeged) 5 fő meghalt, 9 fő súlyos, 29 fő könnyebb sérülést szenvedett [28].

A nyár folyamán két gyakorlat került levezetésre. A „KUNSÁG-83” 1983. június 2–16. között a 7. gépesített lövészadosztály (gl.ho. Kiskunfélegyháza) Miniszteri Szemléjének zárógyakorlata volt, míg a másik „BAZALT-83” nevű gyakorlaton az előzővel közel egy időben, június 6–15. között, amelyen a 11. hk. ho. (Tata) vett részt. A két gyakorlaton több alakulat – köztük a hadseregek közvetlen 194.

ö.ü.o. (Kiskunfélegyháza) – teljes „M” állománnyal vett részt. A két gyakorlaton összesen 14 000 fő, 180 löveg, aknavető, 3 db indító állvány, 2800 gépjármű, 210 db harckocsi, 210 db PSZH, és BMP páncélozott szállító harcjármű, 6 db L-29 repülő és 15 db helikopter képezte a harcértéket. A 7. gl.ho. Miniszteri Szemléjének jelentésében az egészségügyi szolgálatról az alábbiak hangoztak el: „Az egészségügyi szolgálat jó színvonalú gyógyító tevékenysége biztosította a személyi állomány egészségének megőrzését. Javult csapatsegélyhelyeinek ellátottsága, felszereltsége, állaga. A hivatásos, továbbbbszolgáló személyi állomány 65,5%-a gyakorlatilag egészséges, 12,5%-a csapatorvosi, 7,8%-a ambuláns szakorvosi, 2,8%-a kórházi kezelésre szorul, FÜV elé állítandó 1,57%.” A jelentés megemlíti azt is, hogy a vizsgált időszakban 16 tiszt és 40 tiszthelyettes mondott le szolgálati viszonyáról. A közöttük lévő orvos tisztek – ismereteim szerint 4 fő, Kiskunfélegyházáról 2 fő, Mezőtúr és Kalocsa 1-1 fő – okként azt írták kérelmükben, hogy „gyógyító tevékenységet akarok folytatni”. Ahogy az említésre került, a gyakorlaton a hadseregek közvetlen alakulatokból részt vett a 194. ö.ü. osztagot – az 5. hds. 002061/1983. értékelő anyagában így minősítették: 70 fő imitált sérült ellátásával és kiürítésével jó szinten begyakorolták a sebesültek ellátását. Eredményes volt a gyógyító, közegészségügyi és járványügyi munka. (értékelés 31. oldal). A 7. gl.ho. 58. ü. zászlóalja (eü.z) „mivel 5 fővel vett részt a gyakorlaton, nem került értékelésre”. „A 194. ü. osztag tevékenységét »jónak« értékelem”. (értékelés 54. oldal) [11].

A MÁTRA-III szervezési feladattal az „M” feladatok szervezése, irányítása, ellenőrzése és végrehajtása egy új hadrendi elem felelősségi körébe, illetve szervezeti alárendeltségébe került [31]. Az

MN EÜSZF 0017/1983. sz. intézkedésében szabályozta ennek az új alakulatnak a **Magyar Néphadsereg Hátországi Egészségügyi Alakulatainak Parancsnoksága (MN HEAP) jog- és hatáskörét**. A hadrendbe lépés időpontja 1983. augusztus 1. volt. Gyakorlatilag az MN eü. szolgálatának valamennyi harckészültségi és mozgósítási feladatát a béke és háborús anyagellátást, ezek ellenőrzését az alakulat jogkörébe utalták [17].

Létrehozásának indokául az alábbiakat nevezték meg:

A Hátországi Egészségügyi Alakulatok Parancsnoksága (a továbbiakban: HEAP) létrehozásának kettős célja volt. Egyrészt szükségessé vált egy olyan apparátus, amely az állandó harckészültség időszakában – az MN EÜSZF-ség elvi irányítása mellett – összefogja és irányítja, illetve végzi a háborús feladatokra való felkészülést, a mozgósítás időbeni végrehajtását, az egészségügyi intézetek egészségügyi anyagokkal és egészségügyi technikai eszközökkel való ellátását.

A másik fő célkitűzés az volt, hogy háború esetén – az egészségügyi anyagi és egészségügyi technikai ellátás mellett – az MN Egészségügyiszolgálata rendelkezzen egy olyan tervező-szervező, irányító törzsszel, amely képes a hadműveleti területen keletkező sérültek hátraszállítását a tábori kórházakból irányítani, és ezen sérülteket elosztani a hátországi kórházakba. E feladatokon túlmenően biztosítani kellett a hátországban tevékenykedő csapatok sérültjeinek kórházi ellátását is.

E konkrét tevékenység-rendszeren kívül igen lényeges volt megteremteni az állami egészségügyiszolgálattal való szoros együttműködés szervezeti feltételeit. Ez úgy valósult meg, hogy a HEAP szervezetében létrejött 19 megyei és 1 fővárosi katona-egészségügyi összekötő csoport, valamint az Egészségügyi

Minisztérium vezetési pontján települő Operatív Csoport [36].

Az MN hadtápfőnöke (MN HTPF) *Szórádi Zoltán* vezérőrnagy az 1984. január 10-én megtartott HM KT ülésen azt jelentette, hogy a „MÁTRA–III” szervezési feladattal összefüggésben korszerűsítésre került, illetve újonnan megalakult hadtáp szervezeti elemek beálltak [30].

Az irányítási, alárendeltség, anyagellátás és harckészültségi feladatok ellátásán túl a legfontosabb szervezeti összetétel és megnevezés változás az volt, hogy a kórházbázisok helyett egészségügyi dandárok alakultak úgy, hogy gyakorlatilag csak a megnevezés változott a megalakító Béke szervezet összetételében néhány „M” szervezet létszámának 1-10 fő közötti növelése, illetve csökkenése mellett. Így az 1. sz. kórházbázisból az 1. sz. eü. dandár (1. sz. eü.dd.) lett és az MN KKK, a 2. sz. kórházbázisból 2. sz. eü.dd. alakult és a 3. sz. KK. (Pécs), míg a 3. sz. kórházbázis neve 3. sz. eü.dd-ra változott, és a 2. sz. KK (Kecskemét) alakult meg. A dandárok belső szakmai felépítése is közel azonos volt. A dandárok szervezetébe 10-10 TTSK, 5-5 TTBK, 2-2 TFK, 3-3 Könnyűsérült Kórház (KSK), 2-2 Osztályozó-Kiürítő Állomás (OKÁ), 1-1 Járvány-egészségügyi Osztag (JEO), 1-1 Szakorvosi Megerősítő Zászlóalj (SZMZ), 1-1 Sebesültszállító Század (sgk. szd) tartozott. Az 1. sz. dandár 2 ö.eü.o. és 1 á.eü.o., míg a 2. és 3. egészségügyi dd. csak 1-1 ö.eü.o.-al rendelkezett. A tábori kórházakon kívüli szervezetek (eü.o., JEO., á.eü.o.) az előző szervezet, a tábori hadtápfőnökség egyéb szervei közül kerültek áttemelésre. Változatlanul szerepelt az új szervezeti rendben is az „Egyesített Fegyveres Erők (EFE) közvetlen alárendeltségébe átadandó egészségügyi tartalék.” Ez 10 db tábori sebészeti (TSK), 2 db tábori belgyógyászati (TBK), 2 db TFK, 2 db

KSK és 1 OKÁ-ból, összesen 17 intézetből és 1797 főből állt.

Az MN HEAP parancsnokának közvetlen alárendeltségébe tartozott:

- MNMNKORI 1984-től (Kaszópuszta, Somogyszob)
- MN KEŰR
- 6 db ö.eü.o.
- 1 db á.eü.o. (83. sz.)
- 1 db EJO (105. sz.)
- 1 db OKÁ (248. sz.)
- 1 db sgk.sz.d. (326. sz.)
- 18 db sebesültszállító vonat (SV) (1-16, 252, 207. sz.)
- Mozgó kórházcsoport (MKCS), mely az 1. sz. KK. bázisán alakult meg az alábbi alakulatokkal:

- 1 kiszolgáló és ellátó század (kisz.ello.sz.d.) (65. sz.)
- 1 db(VEA)
- 2 db TTSK (242-245. sz.)
- 2 db TTBK (246-247. sz.)
- 1 db TFK (236. sz.)
- 1 db OKÁ (249. sz.)
- 1 db sgk.sz.d. (205. sz.)

Az MN HEAP parancsnoksága békében 85, mozgósítás idején 241 fővel látta el feladatait (9).

Ez a struktúra gyakorlatilag az évtized végéig nem változott. Az eü.dd.-k és az MN HEAP közvetlen szervek, valamint az MN EÜSZF-ség alárendeltségébe tartozó alakulatok és szervek összesített létszámadatait az alábbi ábrák tartalmazták:

Megnevezés	Tiszt	Tts.	Sor	Katona össz.	Polgári	Mindössz.
Béke	12	4	35	51	27	78
„M”-ben	737	922	2831	4490	–	4490

1. ábra. 1. sz. eü.dd. létszámadatai

(Készítette a szerző, az MN rendszeresített és meglévő személyi állomány 1981–1982–1984–1986-ig alapján HL:472d/729 öe.)

Megnevezés	Tiszt	Tts.	Sor	Katona össz.	Polgári	Mindössz.
Béke	10	6	30	46	20	66
„M”-ben	706	878	2740	4324	–	4324

2. ábra. 2. sz. eü.dd. létszámadatai

(Készítette a szerző, az MN rendszeresített és meglévő személyi állomány 1981–1982–1984–1986-ig alapján HL:472d/729 öe.)

Megnevezés	Tiszt	Tts.	Sor	Katona össz.	Polgári	Mindössz.
Béke	9	2	23	34	16	50
„M”-ben	706	878	2740	4324	–	4324

3. ábra. 3. sz. eü.dd. létszámadatai

(Készítette a szerző, az MN rendszeresített és meglévő személyi állomány 1981–1982–1984–1986-ig alapján HL:472d/729 öe.)

Megnevezés	Tiszt	Tts.	Sor	Katona össz.	Polgári	Mindössz.
Béke	65	4	35	104	192	296
„M ^p -ben	1087	694	2796	4577	3444	8021

4. ábra. MH HEAP parancsnokának alárendelt alakulatok összesített létszámadatai

(Készítette a szerző, az MN rendszerezített és meglévő személyi állomány 1981–1982–1984–1986-ig alapján HL:472d/729 öe.)

Megnevezés	Tiszt	Tts.	Sor	Katona össz.	Polgári	Mindössz.
Béke	457	22	228	707	2903	3610
„M ^p -ben	3557	3754	12181	19492	3444	22936

5. ábra. MNEÜSZF alárendeltségébe tartozó állomány (alakulatok) összesített létszámadatai

(Készítette a szerző, az MN rendszerezített és meglévő személyi állomány 1981–1982–1984–1986-ig alapján HL:472d/729 öe.)

A szervezési változások és egyéb okok miatt is az év személyügyi változások tekintetében nagyon izgalmasra sikeredett. A szolgálatfőnöki, az MN KKK, az MN 1. sz. KK, és MN HEAP parancsnoki, két főszakorvosi, illetve a szolgálatfőnökség osztályvezetői beosztásaiban történtek jelentős változások. Az 1982-ben a szolgálatfőnöki beosztással megbízott Dr. Horváth István o. ezredes helyett 1983. augusztus 1-jei hatállyal Dr. Hideg János o. ezredest, MN Repülő főszakorvosát (később 1984-től vezérőrnagy) nevezték ki főnökké [5].

Dr. Hideg János 1933. január 25-én született a Tolna megyei Kalaznón. Budapesten a Ciszterci Rend, majd Bencés Gimnáziumban végezte középiskolai tanulmányait, majd 1951-ben érettségizett. 1951-ben a Pécsi Orvostudományi Egyetemre jelentkezett, ahová felvették, de miután katonának is jelentkezett, így azonnal beiskolázták – akarata ellenére – az Egészségügyi Tiszti Iskolába az Orvostudományi Egyetem helyett. 1951. október 24-én lett katona. Az Egészségügyi Tiszti Iskolát 1 év alatt elvégezte és a Nyíregyházi Huszár Hadosztályhoz alhadnagyi rendfokozatban anyagi tisztnek nevezték

ki. Érdekes módon az akkori hadosztályvezető orvos Dr. Németh István o. főhadnagy a későbbiekben tragikusan elhunyt MN egészségügyi szolgálatfőnök volt. 1953-ban három főnek engedélyezték az orvostudományi egyetemre való visszatérést, akik közé ő is tartozott. Az orvostudományi egyetemet 1959-ben végezte el. Egyetemi éve alatt folyamatosan a kórélettani intézet tudományos diákkör tagja volt. 1957-ben lett honvédségi ösztöndíjas. Az egyetem elvégzése után Egerbe került ezred vezető orvosnak. Abban az időben 54 üres orvosi beosztás volt. 1960-ban a Gyáli úti Repülő-alkalmassági Vizsgáló Állomásra egyik elődjének, Dr. Vámos Lászlónak a helyére került. Állatkísérleteket végzett és részt vett a kecskeméti barokamra tervezésében, majd le is költözött Kecskemétre, ahol 1970-ig maradt. 1970-ben az Országos Légierő Parancsnokság (OLP) vezető orvosa lett. 1967–68 között orosz nyelvi előkészítőn, majd 1968–69 között a leningrádi KIROV Katonaorvosi Akadémián felső orvos vezetői képzésben vett részt. 1972-ben kettévált az OLP: Honi Légvédelmi Parancsnokságra és Légvédelmi Repülő Főnökségre. A repülőorvosi intézet átker-

rült az MN EÜSZF-ség alárendeltségébe, és így az MN Repülő Főszakorvosa lett 1983-ig, míg az MN EÜSZF-i beosztásba ki nem nevezték. 1978 és 1980 között – a program vezetőjeként – részt vett az első magyar űrhajós kiválasztásában. Kandidátusi és nagydoktori értekezését az űrhajós válogatás fiziológiai paramétereinek méréséből, a vizsgálati rendszerek elméleti és gyakorlati tapasztalatiból írta.

A szolgálatfőnöki kinevezés mellett, elhalálozás, tartalékállományba helyezés, nyugdíjas, illetve szervezési változások miatt az alábbi fontos beosztásokban történt még váltás, kinevezés vagy megbízás:

Az MN KKK parancsnoka *Dr. Sugár Béla* o. ezredes az előző évben elhalálozott. A beosztást megbízással ellátó *Dr. Altmann István* o. ezredes helyett a Honvédelmi Miniszter *Dr. Birkás János* o. alezredest (később ezredes, majd vezérőrnagy) nevezte ki 1983. augusztus 1-jei hatállyal [17, 29]. Az MN 1. sz. KK parancsnokát *Dr. Simon Pál* o. ezredest a Honvédelmi Miniszter 0770. sz. parancsával, kérelmére, nyugállományba helyezte és helyére kinevezte *Dr. Sultész József* o. ezredest 1983. augusztus 1-jével [17].

A már említett szervezeti változással létrejött MN HEAP parancsnokának szeptember 1-jei hatállyal az államtitkár *Dr. Törő István* orvos alezredest nevezte ki [17]. Szintén szeptember 1-jétől nyugállományba helyezték a 0731. HM sz. parancsral *Dr. Bíró György* orvos ezredest, az MN Főepidemiológusát. Beosztását megbízással a HM 01375. parancsa szerint *Dr. Kádár Pál* orvos ezredest látta el [17]. Az egészségügyi szolgálatfőnöknek kinevezett *Dr. Hideg János* orvos ezredes előző, repülő főszakorvosi beosztását szintén megbízással a 051. sz. HM ÁT parancsával 1983. december 1-jétől *Dr. Bognár László* orvos alezredest látta el 1984. november 1-ig [17]. Az MN KKK

parancsnokának kinevezett *Dr. Birkás János* alezredest helyett az EÜSZF-ség Szervezési és Képzési osztályvezetőjének *Dr. Villányi Ferenc* orvos alezredest neveztek ki 1983. december 1-jei hatállyal [17].

Két új parancsnok gyógyító helyettes is kinevezésre került: *Dr. Vohlner György* orvos alezredest az MN 1. sz. KK-ba, *Dr. Sedivi László* o. százados pedig az MN 4. sz. Szanatóriumába szeptember 1-jei hatállyal [17].

Az **1984-es esztendő** bővelkedett a különböző infrastrukturális beruházásokban, fejlesztésekben és az intézményrendszer számának növekedésében. Különösen fontos ezt hangsúlyozni azért, miután a polgári egészségügyhöz viszonyítva ez jelentős minőségi előrelépést jelentett. Az előző évben megtervezett és előkészített MN 1. sz. KK felújításának megkezdéséről az 1984. január 10-i HM KT ülésen döntöttek véglegesen, miszerint „Az MN Tiszti kórház február 9-ével a rendelőintézet kivételével bezár. A felújítás helyzetéről decemberben és 1985 júniusában kell jelenteni” [30]. A feladat végrehajtására az MN HTPF és az MN EÜSZF is intézkedett. Ezek alapján az első negyedévben megkezdődő rekonstrukció érdekében „a Gyermekgyógyászat, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem (SOTE) Gyermekklinikájára, a Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály és szakrendelés az 1. sz. Női Klinikára, a többi részleget – az általános szakorvosi Rendelő kivételével – és a parancsnokságot az MN KK-ba kell kitelepíteni”. „A teljes kitelepítést 1984. február 29-ig be kell fejezni.” (001/1984 MN HF intézkedés) [32].

A felújítás várható befejezésének időpontját 1986. első felében határozták meg. Az MN 1. sz. KK személyi állományának megoszlását az egyes intézetek között a felújítás időszakában a 6. ábra szemlélteti.

Megnevezés	MN KKK	1.sz. Női Klinika	1. sz. Gyer- mekklinika	1. sz. KK	Összesen
Orvos	61	9	7	3	80
Szakdolgozó	88	37	19	2	146
Egyéb	91	10	3	73	177
Összesen:	240	56	29	78	403

6. ábra. 1. KK személyi állományának megoszlása a felújítás időszakában

(Készítette a szerző, a 001/1984. MN EÜSZF-i intézkedés alapján)

Az év kiemelkedő eseménye az MN 6. sz. KK, (Győr) rendszerbe állítása volt. Az MN HF 027/1984. sz. intézkedése az MN 6. sz. KK béke és háborús szakfeladatairól, valamint működésének és gazdasági ellátásnak rendjéről az alábbiak szerint fogalmazta meg ezt a pillanatot. „A Honvédelmi Bizottság (HB) 00502/77. sz. határozatára a Győr-Sopron Megyei Tanács Kórházának fejlesztéséhez kapcsolódva – közös beruhásként – Győr helyőrségben 300 ágyas új katonai kórház létesült. Az MN VKF 05/151/1984. sz. szervezési intézkedésével a kórházat, mint az MN 6. sz. KK-t 1984. május 01-jei hatállyal hadrendbe állította...”

Háborús szakfeladatai érdekében „a később meghatározandó helyőrségben – polgári kórházra települve – 500 ágyat, ugyanakkor Győr helyőrségben továbbra is gondoskodik egy 300 ágyas kórházrészleg működtetéséről”, mely feladatokat 1986. január 1-jéig kellett végrehajtani. A kórház a gyógyító szakfeladatait 1984. november 1-jén kezdte meg [32]. Ezeket a feladatokat az MN EÜSZF a 010/1984. sz. intézkedésében határozta meg, az alábbiak szerint:

„3/a. A szakorvosi járóbeteg ellátás, a gondozás, szűrés és szakgondozás céljaira belgyógyászati (két munkahely [mkh]), általános sebészeti (1 mkh), égés sebészeti (1 mkh), ideg-elme (1 mkh), szemészeti (1 mkh), gégészeti (1 mkh),

fogászati (2 mkh), röntgen (1 mkh), és labor (1 mkh) szakrendeléseket;

b./ a fekvőbeteg kivizsgálás és kezelés céljára belgyógyászati (80 ágy), ideg (40 ágy), elme (40 ágy), általános sebészeti (40 ágy), baleseti sebészeti (40 ágy), idegsebészeti (40 ágy), és égési (20 ágy) osztályokat alakítsanak ki.

4. ...A 3. pontban nem szereplő szakrendeléseken és fekvőbeteg osztályokon (ortopédia, urológia, érsebészet, bőrgyógyászat, nőgyógyászat, gyermekgyógyászat, tüdőgyógyászat, onkológia, művese és egyéb speciális szakrendelések) történő szakellátásokat a megyei kórház szakrendeléseinek és fekvőbeteg osztályainak kell megszervezni.

5. A járó- és fekvőbeteg ellátáshoz szükséges – a megyei kórházban működő valamennyi – diagnosztikus (rtg-, klinikai-, izotóp-, endoszkópiás-, kardiológiai-, audiológiai-, labor- stb.) kivizsgálásokat és kezeléseket (fizioterápia, intenzív ellátás, sugárkezelés stb.) a megyei kórházzal együttműködésben kell biztosítani.”

Az 1. sz. melléklet alapján a

- személyi állomány feltöltését 1984. július 30-ig.
- az üzembe helyezési szakfeladatokat 1984. augusztus 1-ig
- a kórház működőképességének az elérését 1985. július 30-ig
- a nővérszálló üzemeltetését 1985. március 31-ig kellett befejezni [32].

Részben új intézményként került a rendszerbe a Kaszópusztán létesített „MN Kondicionáló és Regeneráló Intézet”. „M” elrendelése után gyógyító-utókezelő feladatok ellátása volt a feladata, és az MN HEAP közvetlen alárendeltségébe került. A békeidőszaki feladatait – pilóták kondicionálása, a többi nem egészségügyi feladat kivételével – az MN EÜSZF határozta meg. Szakmai felügyeletét az MN ROVKI látta el. Működőképességét 1984. szeptember 1-jén érte el [32].

Az 1983 augusztusában hadrendbe állított MN HEAP működőképességét az év elejére érte el. Emiatt a megalakításakor meghatározott feladatokat (0017/1983. sz. MN EÜSZF intézkedés) kiegészítették [17]. A feladatait a vezető, irányító és ellenőrzési tevékenységének szabályait a 0011/1984. sz. intézkedés az alábbiakban határozta meg

HKSZ, „M” és háborús felkészítés területén:

1. Vezesse és irányítsa az egészségügyi intézetek HKSZ-„M” és háborús felkészítés területén végzendő munkáját. Negyedévente ellenőriztesse és egyeztessen a HKSZ és „M” terveket...

2. Folyamatosan és tervszerűen ellenőriztesse az „M” eü. anyagi bázisokat, a hadrafoghatóság és a háborús anyagok tárolása, csoportosítása szempontjából.

3. Minden év negyedik negyedévében a tárgyévben végrehajtott összekövácsozó és „M” parancsnoki kiképzések összegzése és a hiányosságok megszüntetése céljából vezessen le egynapos konferenciát az eü.dd.-ok, az MKCSF-ség és az eü. tartalék parancsnokai és „M” törzs parancsnokai részére.

4. Szervezze meg és irányítsa az egészségügyi intézetek sorállományának lebiztosítását, alapkiképzését.

5. ...Gyűjtse, értékelje és összesítse az egészségügyi intézetekről és „M” törzsektől felterjesztett jelentéseket...

Béke és „M” egészségügyi anyagellátás területén:

6. Az MN EÜSZF által átruházott jogkörben az MN HEAP parancsnoka:

a./ Hajtsa végre a HM közvetlen katonai szervezetek (csapatok, intézetek, kórházak, szanatóriumok) egészségügyi anyagellátásának szakmai irányítását.

b./ Önálló jogi személyként – a meghatározott jog- és hatáskörben – kötelezettséget vállalhat, jogokat szerezhet – (szerződés-kötés és felbontás, megrendelés és lemondás, áralku, kötbér igény érvényesítésének kezdése, stb.). Tartson kapcsolatot a népgazdaság termelő, kereskedelmi és szolgáltató szervezeteivel.

d./ Hajtsa végre az állami egészségügyi tartalék ellenőrzését, az MN EÜSZF-ség irányításával, az MN EÜSZF által elrendelt, valamint a saját éves terve szerinti téma és céll ellenőrzéseket.

e./ ...jogvívás ügyekben polgári jogi szerveknél biztosítsa a szolgálat képviselőt...

f./ Az MN EÜSZF által jóváhagyott terv és felhatalmazás alapján szakmai-gazdasági ellenőrzéseket hajtson végre az önálló gazdálkodást folytató csapatoknál, intézeteknél, egyéb katonai szervezeteknél.

Béke egészségügyi ellátás területén:

7. Hajtsa végre – a katonai kórházak és szanatóriumok kivételével – a HM közvetlen katonai szervezetek egészségügyi ellátásának szakmai felügyeletét, illetve egészségügyi szolgálatainak szakmai irányítását.

8. A 6/a. pontban jelölt katonai szervezetek szakmai ellenőrzéseit az MN EÜSZF-ség gyógyító osztályával együtt-

működve szervezze. Az ellenőrzések során működjön együtt az MN KÖJÁL-lal.

9. Fogadja és dolgozza fel a csapat-egészségügyi szolgálat eü. helyzetjelentéseit, az évi szűrővizsgálatokról felterjesztett jelentéseit, valamint a megbetegedési statisztikai jelentéseket; ezek alapján összegező, értékelő jelentést terjesszen fel évente október 01-ig az MN EÜSZF-ség gyógyító osztályára.

10. A 6/1982 (HK.5.) MN EÜSZF és MN REVA SZF sz. együttes intézkedésben elrendelt megbetegedési statisztikai jelentés pontos elkészítését és az MN HEAP-nak határidőre történő felterjesztését a jelentésre kötelezett csapategészségügyi szolgálatoktól követelje meg, s a beérkezett jelentéseket a fenti intézkedésnek megfelelően az adatfeldolgozó központnak, illetve az MN REVA intézet által megküldött eredménytáblákat a jelentőknek továbbítsa” [32].

Az MN HEAP hadrendbe állításával az MN intézeti és csapat háborús egészségügyi biztosítása az alábbiak szerint valósult meg:

„A Magyar Néphadsereg csapatai egészségügyi biztosításának megszervezéséhez a várható feladatok nagyságához igazodó egészségügyi erők és eszközök állnak rendelkezésre. Mindezek alapján tekintsük át azokat az egészségügyi szervezeteket, melyek MN szinten a szakosított ellátás biztosításának szolgálatában állnak.

A Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatfőnökség szakmai irányítása alatt álló, az úgynevezett központhadtáp alárendeltségében levő egészségügyi szervezeteknek két nagy csoportja különíthető el. Az első csoportba a *Központ Hadtáp Előretolt Lépcső (KHEL)* közvetlen irányítása alá tartozó egészségügyi

szervezetek tartoznak, melyek a hadműveleti területre elvonuló, alapvetően szárazföldi csapatok szakosított szakorvosi ellátását végzik. A KHEL alárendeltségében három egészségügyi dandár összesen hatvan gyógyító intézete közel 20 000 ágyon biztosít a csapattagozatból beérkező sérültek szakosított szakorvosi ellátásának személyi és tárgyi feltételeit. A három eü. dd. gyógyító intézeteinek zökkenőmentes tevékenységét további, mintegy 10 szervezet (alegység) segíti és hangolja össze. Az egészségügyi dandárok kiemelten fontos szerepét támasztja alá az is, hogy állományukban több mint 1500 orvos tevékenykedik. Az egészségügyi intézetek és szervezetek második csoportjába a központhadtáp háterszági szerveihez tartozók alkotják. Meghatározott harckészültségi fokozat elrendelését követően az addig közvetlenül a Magyar Néphadsereg egészségügyi szolgálatfőnökének alárendelt katonakórházak, szanatóriumok és intézetek a *Magyar Néphadsereg Háterszági Alakulatok Parancsnokságának* utaltságába kerülnek át. A megalakításra kerülő sebesültszállító vonatok más, ugyancsak ebben az időszakban mozgósított szervezetekkel egészíti ki a Magyar Néphadsereg Háterszági, Egészségügyi Alakulatok alárendeltségébe tartozókat.

Közvetlenül a Magyar Néphadsereg egészségügyi szolgálatfőnök alárendeltségébe tartozik – tartalékként – a *Mozgó Kórházcsoport (MKCS)*, melynek állományába több tábori gyógyító intézet tartozik, mintegy 2000 ágygal. Az MKCS felhasználására az egészségügyi szolgálatfőnök közvetlenül intézkedik, vagyis a hadműveleti területen és a Magyar Népköztársaság területén egyaránt sor kerülhet alkalmazására.

Természetesen mindenki előtt világos, hogy állandó kórházaink és szana-

tóriumaink háborús körülmények között megnövelt ágykapacitása a felmerülő igényeknek csupán töredékét képes kielégíteni. A reális szükségletek biztosítására az Egészségügyi Minisztérium – a megalapodások értelmében – további kórházi ágyakat bocsát rendelkezésünkre, melynek egy része katonai kiürítő kórházakban, további része pedig szükség (kiegészítő) kórházakban kerül felállításra.

A központhadtáp tagozat jellemzett két nagy csoportjának nagyságára utal, hogy személyi állományának létszáma meghaladja a 20 000 főt és feladataikat mintegy 5000 gépjármű, illetve önjáró technikai eszköz igénybevételével oldják meg.

Szolgálatunk vezetésének felelősségteljes feladata, hogy a haditechnikai fejlesztések (újabb fegyvertípusok megjelenése, korábbiaktól eltérő harceljárások kimunkálása stb.) alapján a várható sérültszámhoz, valamint sérülési típusok ellátásához igazítsa ennek a tagozatnak is az ellátó kapacitását, felszereltségét” [37].

Az egészségügyi szolgálat vezetése egészségügyi történelmi szempontból is fontos szabályzókat vezetett be, illetve szüntetet meg ebben az évben.

A vércsoport és Rh faktor meghatározásával az MN VKF 06/1984. sz. intézkedésében elrendelt új mintájú személyi igazolványokban feltüntették ezeket az adatokat, amely a sorköteles katonától a hivatásos és továbbszolgáló állományig mindenkire vonatkozott. (05/1984. MN EÜSZF int.) [32].

Az MN katonai kórházaiban egyre több külföldi – elsősorban az akkor „harmadik világnak” nevezett országokból, úgy, mint Jemen, Bissau Guinea, Vietnám stb. – állampolgárságú beteget vizsgáltak ki és gyógykezelték. Ezeknek a betegeknek a magas szintű, közmegelegedést szolgáló kivizsgálását, gyógykezelését és ápolását fontos feladatnak érez-

ték és mindenki megelegedésére látták el. Az intézkedés a jelentési rendet szigorította, és követhetőbbé tette a beteg útját és állomásait (27/1984. sz. MN EÜSZF intézkedés) [33].

Az ENSZ Egészségügyi Világszervezetének (WHO) ajánlása alapján 1984. február 1-től a himlő elleni kötelező védőoltást (karcolás, skarifikáció) megszüntették, valamint a 19/1974. MN EÜSZF-i utasítás erre vonatkozó 2. sz. mellékletét hatálytalanították (1/1984. MN EÜSZF-intézkedés) [33].

Ebben az évben is kellett kellemetlen szakmai döntéseket hozni. Az MN 3. sz. KK-ban 1983-ban súlyos szakmai hiányosságok fordultak elő, főleg az ún. ügyeleti és hétfégi időszakokban. A feltárás és kivizsgálás után a 28/1984. MN EÜSZF-i intézkedés határozta meg azokat a feladatokat, amelyek a kórházban folyó szakmai tevékenység színvonalának emelése érdekében kellett végrehajtani, ún.:

- „• ügyeleti szolgálat szigorítása,
- ügyeleti időben a labor és röntgen vizsgálatok elvégzése,
- orvosi kar és szakdolgozók továbbképzése, különös tekintettel az ügyeleti akut ellátás és szövődmények korai felismerésének kérdéseire,
- az intézet valamennyi orvosa három évenként orvostovábbképző intézeti tanfolyamon való, illetve más szakmai továbbképzéseken való részvétele,
- folyóirat referátumok és referálás kötelezővé tétele,
- kliniko-patológiai értekezlet az 1983-ban bekövetkezett események elemzésére,
- ügyeleti rendszer bővítése,
- orvostikai előadássorozat elrendelése és kötelezővé tétele,
- és minderről a kórházparancsnok elemezze a történeteket, vonja le a következtetéseket és jelentsen róla” [33].

Az 1983. évben lezajlott szolgálatfőnöki, kórház parancsnoki, főszakorvosi és egyéb beosztásokban bekövetkezett változások egyenes következménye volt a tudományos munkát, szakmai irányok meghatározását és a kutatásokat koordináló és szervező legfőbb tudományos tanács, a **Magyar Néphadsereg Orvosi Tudományos Tanács (MN OTT) 1984. július 1-jével történő átalakítása**, és mint újdonság, a különböző szakterületek működtetésére elgondolt ún. *szakosztályok* létrehozása. Ezek a következők voltak:

- Eü. szervezés és harcászat,
- Belgyógyászat,
- Sebészet,
- Toxikológia,
- Ideg-elmegyógyászat,
- Sugárbiológia,
- Repülőorvostan.

A tagok felsorolásából kiderült, hogy egy-két kivételtől eltekintve 1980-hoz képest a Tanács teljesen kicserélődött. Ezzel együtt a tudományos minősítéssel rendelkezők száma is jelentősen csökkent. Az új tagokból csak hatan (*Dr. Hideg János, Dr. Horváth István, Dr. Novák János, Dr. Manninger Jenő, Dr. Magyar István, Dr. Birkás János*) rendelkeztek tudományos fokozattal, professzori címmel ebben az időszakban.

Az újjáalakult Tanács

ELNÖK:

Dr. Hideg János o. ezds., MN EÜSZF

HELYETTESEK:

Dr. Horváth István o. ezds. MN EÜSZF H

Dr. Farkas József o. ezds. MN KKK parancsnok tudományos helyettese

Dr. Novák János o. ezds. MN Égés-plasztikai főszakorvos

TITKÁR:

Dr. Rékai Miklós o. őrgy. NOTT titkár

HELYETTES:

Dr. Bokor Tamás o. hdgy. NOTT szervező főorvos

TAGOK:

Prof. Dr. Manninger Jenő o. vőrgy. MN fősebész

Dr. Medveczki Pál o. ezds. MN 2. sz. KK pk., majd MN EÜSZF H

Dr. Hajdu Béla o.

ezds. MN főbelgyógyász

Dr. Magyar István o. ezds. MN főideg-elmegyógyász

Dr. Bagi János ao. ezds. MN főállatorvos

Dr. Birkás János o. ezds. MN KKK pk.

Dr. Kádár Pál o. ezds. MN mb. főepidemiológus

Dr. Varga István o. ezds. MN EÜSZF-ség Gyógyító Osztály, osztályvezető

Dr. Gelencsér Ferenc o. alez. MN Labor főszakorvos

Dr. Villányi Ferenc o. alez. MN EÜSZF Szervezési Osztályvezető

Nagy Dénes gy. alez. MN főgyógyszerész

Dr. Bognár László o. alez. MN mb. repülő főszakorvos

Dr. Remes Péter o. alez. MN ROVKI pk.

Benkő György gy. alez. tudományos főmunkatárs

Dr. László Imre o. őrgy. MN EÜSZF-ség kiképző főorvos [33].

Az egészségügyi szolgálatot – a háborús feladatokhoz hasonló eljárási és ellátási elvek alapján – a katasztrófák egészségügyi következményeinek felszámolásába is bevonták. A 0070/1984. MN HF intézkedése az MN érintett csapatai és intézetei hadtáp biztosítására a Paksi Atomerőműben esetlegesen előforduló üzemzavar esetében az alábbiakat határozta meg:

„2.A feladatok végrehajtása során keletkező sérülteket és betegeket a csapatok saját járműveikkel az első orvosi ellátás után – az állapotuktól függően –, a dunántúli részen tevékenykedő csapatok, Pécs 3. KK, a Duna-Tisza között tevékenykedők Kecskemét 2. KK-ba adják le. Tömeges sérülések és megbetegedé-

sek esetén a lakosság mentésére kijelölt egészségügyi osztagok végezzék a sérültek és betegek ellátását és kiürítését. A mentési munkára kijelölt csapatok működtessenek segélyhelyet, az ehhez szükséges fogyó és nem fogyó egészségügyi anyagokat a »30 napos« készletből vigyék magukkal. A mozgósítás útján megalakuló egészségügyi és járványügyi osztagok teljes egészségügyi anyagi készleteikkel vonuljanak el. A felhasznált készleteket – ha az elrendelt készletek 50%-ra lecsökkentek – a központi egészségügyi anyagraktárból soron kívül vételezzék.” A feladathoz kijelölt erők az egészségügyi szolgáltatótól: az érintett csapatok segélyhelyei „M” állománnyal, valamint a központi tagozatból a 202. és 218. ö.eü.; 105.ejo, valamint a 2. és 3. KK [32].

A szárazföldi haderő két hadosztálya is „miniszteri” szemlére került. Az 5. hadsereg 8. gl.ho. (Zalaegerszeg) 59. eü. zászlóalját (Nagykanizsa) *Bácsai Lajos* őrgy. „M” törzsfőnök vezetésével „jő”-ra, a 3. hadtest 15. gk. lövész hadosztály (Nyíregyháza) 55. eü. zászlóalját (Nyíregyháza) pedig *Oravecz András* őrgy. „M” törzsfőnök irányítása alatt „megfelelő”-re értékelték (001/1984. és 0014/1984. HM pcs.) [34].

Három vezetői beosztásba történt ki nevezést érdemes megemlíteni.

Dr. Kovács Máté o. ezredest 1984. március 01-től a HM AT 09. sz. parancsával az MN KKK parancsnokhelyettesévé;

Dr. Király Margit o. alezredest 1984. május 01-től a HM AT 018. sz. parancsával az MN KKK parancsnok gyógyító helyettesévé nevezi ki [32];

Dr. Giacinto Miklós orvos ezredest az MN KOKK parancsnokát a 01467. sz. HM parancssal nyugállományba helyezték, helyette december 1-jével a beosztás

ellátásával *Dr. Gelencsér Ferenc* orvos alezredest bízták meg (HM AT 067. sz. parancs) [33].

Az 1985-ös év elején *Oláh István* vezérezredest, honvédelmi miniszter január 25-én megtartott előző év értékelését és az 1985-ös év feladatait tartalmazó *feladatszabó vezetői értekezletén* elhangzott előadói beszéde előre vetítette, hogy az egészségügyi szolgálatra, mind a háborús feladatokra való felkészülés, mind az intézetek infrastrukturális fejlesztése, működéseinek beindítása, valamint az egészségnevelés területén jelentős kihívások várnak. Csak néhány kiemelt mondat a beszédből, amely alátámasztotta a fentieket:

- „• 1985-ben folytatjuk-befejezzük a VI. ötéves tervet! (19. old.)
- Az *alkoholizálás* elleni küzdelem is fontos, a parancsnoki példamutatás (12–13. old.)
- Szozuz–84, Duna–84, Pajzs–84 szárazföldi; Gránit–84, Zengő–84, Tigris–84 honi légvédelmi gyakorlatok jól szolgálták a háborús feladatokra való felkészülést, melyeket 1985-ben a Dráva–85 és Duna–85 szárazföldi, a Gránit–85, Zengő–85 és Sztrelba lövészetet a honi légvédelmi csapatok részvételével fogják végrehajtani.
- A *hadtáp gyakorlatokból* kiemelkedik az *Orion–85 egészségügyi* és a *Tranzit–85 közlekedési rendszergyakorlat*, amelyeken a hátsó ország védelmi alakulatok is részt vesznek (22. old.)”

A beszéd megemlítette az 1984-ben átadott 6. sz. katonai kórházat (Győr), amely „hozzájárult a kórházi ágyak számának növekedéséhez” [38].

Az értékelő és feladatszabó értekezlet után két héttel, az MN Egészségügyi Szolgálat eddigi történetének egyik legjelentősebb és a későbbiekben is kiemelt

fontosságú rekonstrukció, illetve fejlesztés elgondolása került előterjesztésre a HM KT elé.

A címe „*Elgondolás az MN Központi Katonai Kórház rekonstrukciós fejlesztéséről*” volt. (Nyt.sz.: 096/1985. MN EÜSZF-ség) [39].

Úgy gondolom, hogy az indoklás kivonatosa leírása visszaadja a kor hangulatát, a katona-egészségügy helyzetét, kapacitásait, valamint a betegellátás fekvő- és járóbeteg adatait, a polgári egészségüggyel való kapcsolatát. Az ehhez az indokláshoz kapcsolódó 1980–84. közötti, az MN egészségügyi szolgálatának központi tagozata ágystruktúráját, járó- és betegforgalmi adatait az 1. sz. melléklet tartalmazza. Az indoklásból az alábbiak emelhetők ki: az „elkövetkezendő évtizedekben is, mint sokprofilú, bővített szakmai lehetőségekkel rendelkező kórháznak alkalmasnak kell lennie a magas szintű gyógyító-, szakmai kiképző-továbbképző, tudományos-kutató és szakirányító feladatok korszerű ellátására. A rekonstruált kórháznak rendelkeznie kell mindazon szakmai profilokkal és diagnosztikus funkciókkal, amelyeket az orvostudomány jelenlegi állása és a reálisan prognosztizálható jövőbeni fejlesztés tendenciái megkívánnak. Ugyanakkor nem mellőzhető a szakmai ellátást és a betegek gazdasági ellátását szolgáló korszerű szállítási, információs technológiák alkalmazása sem”.

A fenti alapvető célkitűzések figyelembe vételével, a kórház központi szerepének megfelelően, a katona-egészségügyi ellátásra jogosultak – mintegy 300 000 fő – szükségletei indokolták, hogy az akkori szakmai profilok mellett új profilként ér-, kéz-, ortopéd- és szepitikus sebészeti, reumatológiai és mentálhigiénés osztály létesüljön. Az új profilok létesítése mintegy 250 ágyas bővítést je-

lentett, amely az intenzív és a krónikus (lábadozó), valamint a központi felvételi osztály fejlesztését is magában foglalta.

A tervezésben alapvető feladatnak tartották, hogy a rekonstrukció során a pavilonrendszert kombinált, azaz tömbösített pavilonrendszer váltsa fel; a szétszórt sebészeti és belgyógyászati profilokat megfelelően csoportosítsák; a nagyszámú osztályos műtők számát jelentősen csökkentsék és új központi műtőblokkot alakítsanak ki.

A rekonstruált kórházban korszerű, a távlati szakmai fejlesztés lehetőségeit is biztosító szak- és üzemviteli technológia alkalmazását tervezték.

A korszerű üzemviteli funkciók mellett biztosítani kellett az MN szintű szakmai képzés és továbbképzés, valamint a tudományos-kutatói munka elhelyezési és eszköz feltételeit annak érdekében, hogy a KKK perspektívájában a Fegyveres Erők és a Fegyveres Testületek országos vezető intézeteként – egyetemi szinten – alkalmas legyen az Országos Orvos-továbbképző Intézet katonaeorvosi fakultásaként is működni. Ezzel hazai és egyben nemzetközi tekintetben több évtizedes szakmai lemaradásunkat pótolni.

Ez év végén befejeződött az MN 1. KK rekonstrukciója. Az 1. KK a Központi Katonai Kórházzal funkcionális egységben vett részt az MN egészségügyi (kórházi fekvő- és szakorvosi járóbeteg) ellátásban.

A rekonstruált MN 1. KK biztosította a zavartalan betegellátást a Központi Katonai Kórház rekonstrukciója alatt, valamint továbbra is ellátta a MN KKK-ra nem tervezett alábbi funkciókat:

- a teljes igényjogosult állomány, ezen belül elsősorban a budapesti helyőrség szülészeti-nőgyógyászati, családvédelmi és gyermekgyógyászati kórházi és szakorvosi járóbeteg ellátását;

- a HM vezető állománya, a magas parancsnoki és a területileg utalt pk.-i állomány rendszeres szakorvosi szűrővizsgálatát, gondozó-megelőző ellátását;
- a MN KKK-val egyeztetett módon részt vett Budapest Helyőrség és a területileg utalt igényjogosultak szakorvosi járó- és fekvőbeteg ellátásában;
- a MN KKK-val közösen biztosította a munkásmozgalom veteránjai és hozzátartozóik szakorvosi, járó- és fekvőbeteg ellátását.

Az MN 1. KK Sebészeti és Belgyógyászati osztályai a funkcionális egységből adódóan – a MN KKK lehetőségeit is figyelembe véve – szakosodtak. A rekonstrukció idején – a *beruházás I. ütemében* – az új építmény a KEÜAR területén szanált épületek helyén került megvalósításra. Ebben az időszakban – a KKK meglévő funkcióinak lényeges beszűkítése nélkül – fenntartható volt az üzemelés.

A rekonstrukció előtti helyzethez viszonyítva javulást jelentett az 1. KK visszaköltözése és a korábnál lényegesen kedvezőbb feltételek közötti működése.

A győri MN 6. KK felfutásával lehetőség nyílt elsősorban a sorállományú beteganyag egy részének átcsoportosítására. Az így kialakult helyzet lehetőséget biztosított arra, hogy a kórházi *rekonstrukció II. ütemében* a meglévő betegosztályokat befogadó épületeket felújításra az építőknek átadják. A II. ütemben elképzelésünk szerint egyes kórházi osztályokat rövidebb-hosszabb időtartamra (a pavilonok rekonstrukciójának idejére) a Fővárosi Tanács intézeteibe helyezük ki. A II. ütem megkezdéséig ehhez megfelelő idő állt rendelkezésre.

Az elgondolás megemlítette, hogy a MN KKK diagnosztikai és gyógyító esz-

közparkjának 21%-a korszerű, 38%-a használható, 41%-a korszerűtlen, elavult állapotú” [39].

A honvédelmi miniszter február 11-én engedélyezte az anyag HM KT elé való terjesztését. Igen sok kritikával illeti, de engedélyezi, hogy a február 19-i KT ülésen megtárgyalják azt. A kritikák kézenfekvőek, egyszerűek, és logikusak. Érdemes belőle néhányat felsorolni:

„Szerintem egy ilyen nagy vállalkozás a jelenlegi helyzet *alaposabb, elemzettebb* bemutatását, s a koncepció jobb, szakosított megalapozását igényli!

Ezért *szóban* próbálja meg a két érdekelt (BFF és EÜSZF) pótolni ezt.

Továbbá:

A KT kapjon, lásson egy áttekinthető makettet az ülésen.

Hol, mikor, kik terveznek más szocialista országban tapasztalatot szerezni? (pl. Prága, Belgrád) Kikkel (szakemberek) konzultáltak?

Sováynak látszik ez az indoklás, éppen a kórházi jelleg, követelmények oldaláról. De az épületek állagát sem érzékelteti ez a jelentés eléggé! A helyzet mindkét vonatkozásban tarthatatlan ugyanis!

Miért épp ennyi?

Ez új hadrendi elem?

Ezeket (s más) követelményeket szakosítottan kellene érzékeltetni.

Én ezt nagyon hosszú időnek tartom!

Elképesztően elhúzódó építkezés lenne! Ez közel 13 év.

Ez is fontos szempont! De az még fontosabb, hogy mielőbb megfelelő kórházunk legyen.”

A KT ülésen elhangzó kiegészítések néhány, az előbb felsorolt, a miniszter által feltett kérdésekre adott válaszok konkréttá tették a számokat és nem utolsó sorban a bekerülési költségeket. Ezek alapján a 977 ágyas kórház 1220 ágyra nő. A főépületben 478 betegágyat,

15 műtőt, 2 osztályos műtőt, 3000 adagos étellemezési központot, központi laboratóriumot, betegfelvételi osztályt, központi gyógyszerértéket, oktatási központot, Katonai Kutató Központot, vérellátó központot és a prospektúrát terveztek elhelyezni.

A meghagyásra tervezett betegpavilonokban összesen 742 beteget gondoltak elhelyezni.

A *rekonstrukció* becsült teljes költsége az első árvajavaslat alapján 1984. évi árszinten 4,260 millió Ft volt (I. és II. ütem együtt).

A I. ütemre: 1986–1992 között 4,380 millió Ft-ot,

a II. ütemre: 1992–1996 között 1,140 millió Ft-ot terveztek.

A 11 év rekonstrukciós időszakra prognosztizált költség 5,520 mFt volt. Az I. ütem költségeit figyelembe véve a kritikus összeg a VII. ötéves tervben 3,7 mFt-tal jelentkezett, ugyanakkor 1990-ig már több jelentős építési feladat végrehajtásában is döntés született.

Egy harmadik változat is javaslatba került, melynek alapján:

Az I. ütem 1987. évi kezdéssel és 1994. évi befejezéssel 4,670 mFt-tal, a II. ütem 1994. évi kezdéssel és 1998. évi befejezéssel 1,290 mFt-tal mindösszesen 5,960 mFt-tal szerepelt.

1985. április 12-én a február 19-i KT ülés határozatának a szellemében és az akkor megszabott feladatoknak megfelelően az MN HF és MN Beruházási és Fenntartási Főnökség (BFF) a Honvédelmi Bizottság(HB) elé terjesztette tervezetét, az egyeztetéseket végrehajtotta, és azt a 0129/1985. MN BFF-ség számú anyagában előterjesztette a KT-nak.

A kórház tervezett kapacitásának indoklására – az egyik fontos nyitott kérdésre – a jövő lehetőségeit vázolták fel, miszerint 11 új orvosi profilt létesítenek,

és még lehetőséget láttak arra, hogy az ezredforduló után a betegágyak számát 3-400-zal növeljék. Ugyanez vonatkozik a műtőkre és a diagnosztikai részre is.

Az egyeztetéseknél is kapott kritikákat az előterjesztés.

Az *Országos Terv Hivatal (OTH)* részletesebb vizsgálatokat kért az építési költségekről. A Pénzügyminisztérium és az Állami Fejlesztési Bank eltéréseket vett észre a műszaki és egészséggazdasági részadatokban. A HB viszont alkalmasnak tartotta az előterjesztést a megvalósításra.

Az Egészségügyi Minisztérium a szubintenzív ágyak számát 10-zel, a műtők számát 2-vel kérte csökkenteni, továbbá kifogásolta, hogy miért vannak ezek az új épülettömbben. Az Építési és Városfejlesztési Minisztérium kérte, hogy a kivitelezéssel, a „Középület Építő vállalatot” bízzák meg.

A BFF egy másik előterjesztésében (0128/1985. MN BFF) kérte, hogy az MN KKK rekonstrukciót „Nagyberuházással” minősítsék [39]. Az MN BFF a VII. ötéves terv építési tervének elgondolásának előterjesztésében tükröztette az egészségügyi szolgálat infrastrukturális és fejlesztési feladatait, azok nagyságrendjét. „Az egészségügyi ellátás feltételei – terveinket meghaladóan – mind képességben, mind színvonalában számottevően javultak.”

A kórházrekonstrukcióra 1986-90 között 1,4 mrd Ft-ot javasolt az előterjesztés [39].

Az 1986-os kezdéshez azonban területre van szükség. Az elgondolásnak megfelelően az első kapavágást az MN KEŰAR Róbert Károly körúti objektumában teszik meg. Ennek érdekében az MNHF intézkedik az MN KEŰAR áttelepítésével kapcsolatos feladatokra még az év végén (068/1985. MN HF sz. intézke-

dés 1985.okt.08.). A fent említett objektumból az anyagraktárnak 1986. január 20. és február 1. között kellett átköltöznie a Budapest X. kerület, Zách u. 6. szám alatti új elhelyezési körletbe. Az áttelepülés befejezését 1986. március 01-ig határozták meg [42].

Ugyanezen a február végi Katonai Tanácsülésen jelentett az MNHF az MN üdülői kihasználtságáról, és javaslatokat tett annak növelésére. Az elő-utószezonon 75-77%-os kihasználtság mellett a főszezonon 78%-os volt, amely az előző öt évben soha nem mutatott ilyen alacsony szintet. Az előterjesztő okként az ötnapos munkahét bevezetését, a rövidülő nyári szünetet, a háromszor 6 hónapos kiképzést, a gyakorlatok nyári időszakokra történő esését jelölte meg. Megjegyzendő: az üdültetési költségek emelkedése is szerepet játszott a kihasználatlanság kialakulásában. A miniszterhelyettes bejelentette, hogy a már előző évben beharangozott MN Kondicionáló és Regeneráló Intézet (MN KORI) tevékenységét 1985. április 15-től tervezi megkezdeni [39]. Az egészségügy szakmai feladatait az MN EÜSZF intézkedése szabályozta (27/1985. MN EÜSZF sz. intézkedés). A csapatrepülő alakulatok hajózó- és repülőcsapatok ejtőernyős állománya kondicionáló sportképzésére, a kórházi kezelést követő utókezelésre szoruló állományról volt szó. Az előzőeket az MN csapatrepülő pk., az utóbbiakat a gyógykezelést végrehajtó kórház gyógyító helyettese volt jogosult beutalni. A gyógyító turnusok időbeosztását az MN EÜSZF-ség gyógyító osztályvezetője határozta meg, a férőhelykeretet az MN 1. KK parancsnok gyógyító helyettese tartotta nyilván. A kondicionálásra, illetve utókezelésre a gyógyító osztály, a repülő főnökség és a ROVKI állományból vezényeltek az MN KORI-ba orvo-

sokat. Utókezelésre a következő betegségcsoportba tartozó betegeket lehetett beutalni:

- a) Belgyógyászat: pszichoszomatikus betegségek, krónikus légzőszervi betegségek (kivéve az asztmát), beállított hyperthyreosis,
- b) Ideggyógyászat: kifáradásos állapotok,
- c) Sebészet: általános sebészeti műtétet követő rekonvaleszcencia,
- d) Szemészet és Fül-orr-gégészet: műtétek utáni rekonvaleszcencia és a gonдозottak [40].

1985. áprilisának végén egy újabb, a jövő szempontjából is fontos jelentés került az MN KT elé. „A csapatorvosi utánpótlás fejlesztésének lehetőségeire, módszereire, az orvostisztek erkölcsi, anyagi megbecsülésének javítására” című előterjesztés hű képet ad az akkori egészségügy human erőforrás helyzetéről. (0278/1985. Eü.sz.) [39].

Az előterjesztésnek két oka is lehetett. Az egyiket vehetjük kötelezőnek, amelyet a bevezetőben írnak le. „A Politikai Bizottság 1982. június 08-i határozata és a végrehajtására készült HM „Feladatterv” előírja javaslat kidolgozását a csapatorvosok szükséglet szerinti utánpótlásának módjaira, anyagi ösztönzésük szakmai előmenetelük javítására.” Az e tárgyban végrehajtott vizsgálat és a megállapítások, valamint a javaslatok jelentése az egyik ok [40], a másik az 5. hadsereg egészségügyi szolgálat főnökének cikke a „Hadtápbiztosítás” című folyóiratban, amely a csapatorvoslás akkori helyzetéről, állapotáról és eredményességéről ad számot. Ez többek között megemlítette, hogy „A legfontosabb és legtöbb gondot okozó feltétele a csapat-egészségügyi szolgálatnak az orvostiszti feltöltöttség helyzete. 1979–80 óta egy fokozottabb

kiáramlási és egy alacsonyabb szintű beáramlási tendencia miatt 1984. évre 50% alá esett a csapatorvosi feltöltöttségi arány seregtestünknel. Ez évben a fenti arány a kiáramlás csökkenésével, a beosztások feltöltésének az előljáró által biztosított lehetőségén túl, polgári orvosok hivatásos állományba vételével elérte az 55%-ot. Örvendetes, hogy a kiáramlás okai között nem a szolgáltatási viszonyról való lemondás a domináló – főleg az utóbbi 2-3 évben – hanem a szakmai továbbképzést és továbblépést biztosító kórházba helyezési kérelmek elutasítása. Emelkedett az orvos tisztek között a nők száma. 41 feltöltött beosztásból 17 az orvosnők száma. Az egészségügyi tiszthelyettesi állomány feltöltöttsége 86%-os, jónak ítéhető meg” [41].

Az előterjesztés a tapasztalatok összegzésével nyíltan feltárta a kiáramlás okait és a megoldásra is elfogadható javaslatokat adott. Így megismerhettük a képzés lehetőségeit, feltételeit, a leszerelés okait. „A Néphadsereg orvos tiszti utánpótlását közel két évtizede alapvetően a HM ösztöndíj rendszer keretein belül a hazai orvostudományi egyetemeken, valamint az Szovjetunióban folytatott orvoscépzéssel biztosítjuk. Az Egészségügyi Minisztériummal történt megállapodás alapján, az orvostudományi egyetemeken az MN részére évente 50 fő HM ösztöndíjas jelentkezett és a felvételi vizsgán megfelelt fiatal beiskolázása biztosított. A Szovjetunióban 1969–1974-ig folyamatos beiskolázással 1976 és 1980 közötti időben 55 fő szerzett orvosi diplomát.”

A két képzési rendszer együttes eredményeként a csapatok hivatásos orvosi feltöltöttsége 1976-1980 között jelentős mértékben javult és elérte a 80-85%-ot (az egészségügyi intézeteké a 92-95%-ot).

1979-től kedvezőtlen változás következett be, melynek eredményeként a

csapatorvos feltöltöttség 1985-re 62%-ra csökkent. Ez seregtestenként különböző, pl. az 5. HDS-nél 55% és vannak olyan helyőrségek, ahol valamennyi ht. orvosi hely (pl. Nagyatádon 6) betöltetlen. Ennek egyik oka, hogy a Szovjetunióban az orvoscépzés 1980-ban – a leningrádi Kirov Katonaorvos Akadémia férőhely problémái miatt – ideiglenesen megszakadt. Az új szerződés 1983 évtől újból 10 fő beiskolázását tette lehetővé évenként. A másik oka, hogy a hazai egyetemeken megnőtt az ösztöndíj szerződés bontások száma. A tanulók 50–70%-a bontotta fel szerződését. Ezek közül az alsóbb évfolyamosok főleg tanulmányi elégtelenség, a 4–6. évfolyamosok (18–20 fő) viszont a polgári életben kínálkozó kedvezőbb – kórházi, rendelőintézeti, körzeti és üzemi orvosi állásokba történő – elhelyezkedési lehetőségek miatt távoztak a szolgálatból.

Az utóbbi 5 évben a csapatorvosok között is felerősödött a leszerelési tendencia. (1979–1984 között 54 fő). A csapatorvosi beosztások 38%-át sorkatonai szolgálatot töltő, frissen végzett tapasztalatlan orvosokkal voltak kénytelenek betölteni, ami számottevően csökkentette a csapattagzatban az orvosi ellátás színvonalát. Évente 400 orvos került behívásra sorkatonai szolgálatra, akik 12 hónapos tartalékos tiszti kiképzésben részesültek. Közülük 180-200 fő folyamatosan – 9 hónapig – a csapatoknál teljesített szolgálatot. További kedvezőtlen jelenség, hogy az orvosi pálya elnöiesedése a katona-orvosi utánpótlás terén is egyre inkább előtérbe került, s ez bizonyos határon túl rontotta az alapellátás színvonalát. Az 1980-84 között végzett 85 orvos 41,17%-a volt nő, míg ugyanebben az évben 1984. október 1-ig az orvosegyetemeken tanuló 259 hallgató 49,42%-a volt hölgy.

Országos tapasztalat, hogy a pályakezdő orvosok közvetlenül a végzés után főleg kórházi munkakör elnyerésére pályáznak. Az Egészségügyi Minisztérium és a tanácsai szervek a helyzet ellensúlyozására több intézkedést adtak ki (lakás, másodállás, mellékfoglalkozás, pótlékrendszer), főként a körzeti- és üzemorvosok élet- és munkakörülményei javítására. Ennek hatására 20%-kal emelkedett ezen orvosi munkakörök feltöltöttsége. A HM ösztöndíjasok is – annak ellenére, hogy a csapatorvosi szolgálatot váltalták – hasonló igényekkel lépnek fel és a szakorvosi képesítés minél gyorsabb megszerzése érdekében az egyetlen elvégzése után kórházi beosztást szerettek volna kapni. Ez nem egyezett a Néphadsereg érdekeivel.

Az 5-6 éves csapatszolgálattal rendelkező katonatorvosok többsége viszont már körzeti- és üzemorvosi beosztásba törekedett. Elhatározásukat befolyásolták:

- azok az anyagi lehetőségek, amelyek fizetésen felüli jövedelem többletet biztosítanak,
- a csapatorvos és a körzeti orvos munkája közötti eltérések, a csapatorvos kevesebbet foglalkozik gyógyító munkával, laktanyai elfoglaltságai (értekezlet, törzsfoglalkozás, ellenőrzés, stb.) elvonják az orvosi munkától.

Megoldási javaslatként jelentették, hogy „közbenjárásunkra az Egészségügyi Minisztérium 1984-ben lehetővé tette, hogy a csapatorvosok meghatározott időtartamú csapatszolgálat és kórházi vezénylest követően az eddigi 4 mellett (általános orvostan, közegészség-tan-járványtan, repülőorvostan, társadalomorvos tan) 13 féle (üzemorvostan, reumatológia-fizioterápia, belgyógyászat, bőrgyógyászat, neurológia, radiológia, sportorvostan, klinikai laboratóriumi vizsgálatok, pszichiátria)

szakorvosi képesítést szerezhessenek csapatszolgálatuk időszakában.

1983-ban ismét beindították a katonatorvos képzést a Szovjetunióban. A korábbi években Leningrádban végzett orvosaink munkájával és helytállásával kapcsolatban pozitív tapasztalatokat szereztek.

A kialakult helyzet szükségessé teszi, hogy a meglévő lehetőségek jobb kihasználásával hatékonyabbá tegyünk a HM ösztöndíj rendszeren alapuló katonatorvos utánpótlást, az ösztöndíjasok és csapatorvosok kiáramlásának mérséklését, szakmai fejlődésük elősegítését, élet- és munkakörülményeik javítását” [39].

Egy új szakmai specialitás alapjainak lerakása is megtörtént ebben az évben. Az MN EÜSZF megbízta Dr. Bognár László orvos alezredest - aki ekkor a Tanulmányi Módszertani Osztály vezetője és megbízott repülő főszakorvos - 1985. február 15-vel az MN KKK pszichológiai laboratóriumának szakmai igazgatásával. Egyben feladatul kapta az MN és az MN KKK főideggyógyászokkal együttműködésben az MN KKK rekonstrukciós tervével összhangban, hogy alakítsa ki az egészségügyi szolgálat pszichofiziológiai bázisát, mentálhigiénés laboratóriumát, valamint dolgozza ki a Mentálhigiénés osztály létrehozásának elgondolását. (10/1985. sz. MN EÜSZF int.) [40].

Ugyancsak a kórház rekonstrukcióval összefüggő *bontási és költözési feladatok* is végrehajtásra kerültek az év folyamán. Lebontásra került az óvoda, a pszichiátriai osztály oldalépülete, raktárak és barakképületek. Befejeződött a FÜV Bizottság, a Tanulmányi Osztály, a KOKK és a HEAP átköltözése is a kórház üzemviteli épületébe [46].

A Sugárhematológia osztály 1985. november 1-jén *szűnt meg*, és még ebben az évben az *andrológiai járóbeteg* rendelés kezdte meg a működését [45].

A Tudományos Minősítő Bizottság a tudományos fokozatra felkészítésen résztvevők témavédésének helyéül az MN KKK-t, mint az MN egészségügyi szolgálata tudományos kutató és oktató központját jelölte ki. (61/1985. MN EÜSZF sz. int.) [40].

A honvédelmi miniszter év eleji beszéde visszaköszönt az Egészségvédelmi és Egészségnevelési Bizottságok létrehozásával és a munkahelyi programok elkészítésével kapcsolatos, az MN HF által kiadott parancsban. (83/1985. sz. MN HF pcs.) Ezeket a bizottságokat a „mértéktelen alkoholfogyasztás visszaszorítására irányuló honvédelmi minisztériumi program részeként” kellett létrehozni. Irányadóként az MN Egészségvédelmi és Egészségnevelési Tanács (MN EET) 1983–85. évi munkaterve 1. pontját és az MN Első Egészségvédelmi Konferenciáján elfogadott (a HM által jóváhagyott) „A honvédelmi minisztérium programja a mértéktelen alkoholfogyasztás visszaszorítására” anyagban lefektetetteket kellett tekinteni [40].

Az év három jelentős rendezvényében részben, illetve rendkívüli módon kivette a részét a szolgálat.

Az 1985. évi jubileumi díszszemle egészségügyi biztosítása – a többi érintett szolgálattal és fegyvernemmel együttműködésben – jelentős feladat volt. Az előszűrési vizsgálatoknál kiemelt szerepet kapott a fizikai és idegi kondíció, az állóképesség (állástűrés), a vegetatív idegrendszer, az alsóvégtag és a gerinc, valamint a vérnyomás vizsgálata. A közegészségügyi-járványügyi rendszabályok azonosak voltak az előző díszszemlénél leírtakkal. Az MN KKK-nak 30 bel- és 15 sebészeti típusú ágyat kellett folyamatosan tartálékolnia. A résztvevő állomány helyszíni fogászati ellátására az elhelyezési körletekben (Budapest Nemzetközi Vásár (BNV) és a központi él-

mezési raktár (KÉRA)) fogászati gépkocsikat biztosítottak.

A fekvőbetegeket az MN KKK belgyógyász és sebész szakorvosokból álló „szakorvosi brigád” ellenőrizte [42].

Az év legkiemelkedőbb rendezvénye, illetve az egész egészségügyi szolgálatot megmozgató eseménye az 1985. június 18–28. között megrendezett „Orion–85” Egészségügyi Rendszergyakorlat volt. (043/1985. MN Hadtáp TÖF sz. pcs.) Az előkészületekről és annak terveiről a HM KT ülésen jelentett az MN HF. Jelentése alapján „Az Orion–85 gyakorlat előkészítése az előzetes terveknek megfelelően folyamatban van” [43]. A gyakorlatról – amely a korszak tábori és háborús egészségügyét legjobban és legobjektívabban értékelte – az arról készült, és a Hadtápbiztosítás folyóiratban az MN EÜSZF-ség Szervezési osztályvezetője, Dr. Villányi Ferenc o. alezredes által megírt cikk adta. Ebből a gyakorlathoz kiemelendő, hogy:

„Az 1985. június 18–28. között levezetett »ORION–85« egészségügyi együttműködési komplex rendszergyakorlat tudatos folytatása volt az 1970-es években megkezdett egészségügyi rendszergyakorlatoknak. Ezek a gyakorlatok – méretüket, a feldolgozandó kérdéseket illetően – fokozatosan szélesedtek, általában az adott öt éves tervidőszakot zárták le és megalapozták a következő öt éves tervidőszak fejlesztési és háborús feladatokra történő felkészítési elveit, gyakorlati módszereit.

Az első »ORION« gyakorlaton tanulmányoztuk a katonae egészségügyi ellátási rendszer hátszágai tagozatának feladatait, problémáit, az állami egészségügyi szolgálattal történő együttműködés kérdéseit a hadművelési területről a hátszágba szállított sérültek ellátásának megszervezése érdekében.”

A következő „ORION” gyakorlaton az elvonuló szárazföldi hadsereg egész-

segügyi biztosítása érdekében működő gyógyító-kiürítő ellátási rendszer korszerű összetételének vizsgálata volt az alapvető célunk. Vizsgáltuk a vegyes kórház bázisok és a hátszági ellátási rendszer egymáshoz kapcsolódó működését, valamint a tábori kórházak és hátszági szükségkórházak szervezeti felépítése egységesítésének lehetőségét.

A távlati fejlesztési célok pontosítása érdekében tanulmányoztuk az állami és katonai egészségügyi szolgálatok összehangolt vezetés-irányítási rendszerének kialakítását is.

Az ezt követően „ORION-79” gyakorlat célja volt felmérni a honi területen működő katonai kiürítő és szükségkórházak szervezetének működési feltételeinek, valamint anyagi-technikai ellátási eszközeinek meglétét. Ezen a gyakorlaton sikerült olyan kísérleti szervezésű egészségügyi alegységeket, segélyhelyeket kialakítani a csapattagzatban is, amelyek jobban megfelelnek a korszerű háború követelményeinek.

A fentiekből látható, hogy az „ORION-85” egészségügyi komplex rendszergyakorlat előtt levezetett három gyakorlat méretét tekintve nem fogta át teljes vertikumában az MN és az állami egészségügyi szolgálat valamennyi ellátó tagozatát, a háborús csoportosítás felvétele a védelmi és a támadó hadművelet időszakában. Továbbá nem került elemzésre az országhatár közelében diszlokáló és megalakuló katonai és polgári kórházak kitelepítésének megszervezése, a tömeges, hagyományos, illetve a tömegpusztító fegyverek által keletkezett nagyszámú sérült ellátásának, a veszteséget szenvedett egészségügyi szervezetek pótlásának lehetőségei és rendszere.

A levezetett három gyakorlat tapasztalatai, valamint a harcászati, hadműveleti és hadászati elvek továbbfejlődése felve-

tette egy olyan komplex együttműködési egészségügyi rendszergyakorlat levezetésének gondolatát, mint az „ORION-85”, amely teljes vertikumában – a harcmezőtől a hátszágig – az egészségügyi szolgálat valamennyi ellátó tagozatát átfogja.

E gyakorlat keretében olyan kérdések feldolgozását tűzték ki célul, amelyek eredményeként értékes tapasztalatokat szerezhettünk:

- az MN Egészségügyi Szolgálatfőnökség, az Egészségügyi Minisztérium, az MN Hátszági Egészségügyi Alakulatok Parancsnoksága, a Polgári Védelem Országos Parancsnoksága és a Központhadtáp Előretolt Lépcső egészségügyi vezető és középírányító szervei feladataival, együttműködési rendjével és módszereivel kapcsolatban a Magyar Népköztársaság és az MN mozgósításának, az MN csapatai és intézetei háborús csoportosítása felvételének időszakában;
- az egészségügyi csapatok és intézetek mozgósításában, összekovácsolásában, háborús csoportosítása felvételének megtervezésében és végrehajtásában;
- az összpontosítási körletekben tartózkodó csapatainkra az ellenség által mért csapások következményeinek felszámolásában;
- a Magyar Népköztársaság területén, koalíciós front kötelékében, az MN csapatai által vívott védelmi hadművelet időszakában keletkezett sérültek ellátásának megszervezésében, valamint a támadó hadművelet végrehajtása során keletkezett sérültek ellátásában;
- a hadműveleti területen települt segélyhelyek és intézetek tevékenységének, a sérültek különböző típusú szállítóeszközökön történő nagytávolságú hátraszállításának megtervezésében, megszervezésében és végrehajtásában;

- az egészségügyi csapatok és intézetek mindenoldalú biztosításának megtervezésében és végrehajtásában;
- az egészségügyi dandárok alkalmazásában, a határbiztosítás, a védelmi és támadó hadműveletek végrehajtásának időszakában;
- az MN Hátországi Egészségügyi Alakulatok Parancsnoksága helyének, szerepének és feladatainak meghatározásában;
- a biztosítási övben diszlokáló és „M” útján megalakuló egészségügyi intézetek kitelepítésének megtervezésében;
- a tömeges hagyományos és a tömegpusztító fegyverek csapásaitól keletkezett nagyszámú sérült ellátásának megszervezésében;
- a járványos megbetegedések továbbterjesztésének megakadályozásával, a járványgócok felszámolásával kapcsolatos feladatok megszervezésében;
- a felhasznált egészségügyi anyagok tömeges utánpótlásának megtervezésében és megszervezésében;
- az MN egészségügyi csapatok és intézetek, továbbá a középírányító szervek vezetésének megszervezésében és végrehajtásában;
- a hátországban tevékenykedő csapatok segélyhelyei, illetve az egészségügyi intézetek maximális leterheltségének vonatkozásában;
- az egészségügyi csapatok és intézetek pártpolitikai munkájának megtervezésében és végrehajtásában.

Az „ORION–85” gyakorlat levezetésére a VI. ötéves tervidőszak utolsó évében akkor került sor, amikor alapvetően befejeztük a katona-egészségügyi szolgálat erőinek és eszközeinek átszervezését és korszerűsítését. A gyakorlat végrehajtása után, ma már bizvást állíthatjuk, hogy

a végrehajtott korszerűsítések alapvetően sikeresek voltak, kiállták a gyakorlat próbáját.

A szervezeti korszerűsítések eredményeként valamennyi tagozatban növekedett a kiürítő, a sérültellátó kapacitás, javultak a működtetés, a vezetés, a – hadműveleti tagozatban – a fentiekben túlmenően az oszthatóság, a manőverezés, a mindenoldalú biztosítás feltételei. A hátországi (hadászati) tagozatban, javultak az Egészségügyi Minisztérium és az MN csapatai és intézetei egészségügyi szervezetei közötti együttműködés feltételei, jobban volt összekapcsolható az állami és a katona-egészségügyi szervek tevékenysége a közös feladatok megoldása érdekében.

Mindezek már ezen a gyakorlaton is bizonyították eredményességüket és jó alapot szolgáltatottak a gyakorlat elé tűzött célok sikeres megvalósítására.

Összességében megállapítható: a gyakorlat az alapvető célját elérte. A gyakorlaton értékes tapasztalatokat szereztünk az egészségügyi csapatok és tisztek HKSZ, M és összekovácsolási feladatainak megtervezésében, megszervezésében és végrehajtásában, a mindenoldalú biztosítás feladatainak feldolgozásában, a nagytávolságú menetek előkészítésében. Szélesedett látókörünk a „Számítási Év” tervébe betervezett egészségügyi anyagi igények gyártási és átvételi lehetőségeivel kapcsolatban.

Növeltük felkészültségünket és jár-tasságot szereztünk az ország területén folyó védelmi harctevékenység egészségügyi biztosításában, ezt megelőzően a biztosítási övben diszlokáló és „M”-kor megalakuló egészségügyi intézetek kitelepítésében, együttműködve az állami egészségügyi szolgálat szerveivel.

Tovább fokoztuk felkészültségünket a védelemből indított támadó hadművelet

egészségügyi biztosítási kérdéseinek feldolgozásában.

Egyeztettük elképzeléseinket a Magyar Néphadseregen belül és az MN, valamint az Egészségügyi Minisztérium vonatkozásában mind a hagyományos, mind a tömegpusztító fegyverektől keletkezett nagyszámú sérült ellátásával kapcsolatban.

Ismereteket szereztünk az MN egészségügyi erőinek és eszközeinek a Magyar Népköztársaság lakossága körében keletkezett tömeges sérültek ellátásában való közreműködés kérdésében.

Tisztázásra kerültek az Egészségügyi Minisztériummal kapcsolatos együttműködés területei és ezek megvalósításának lehetséges változatai.

Előreléptünk a sebesültszállító vonatok többirányú felhasználásával kapcsolatos kérdések feldolgozásában.

Kirajzolódtak a kontúrjai a Vegyes Kórház Bázisokon belüli vezetés-irányítási, ellátási rendszernek és az ezekkel kapcsolatos további feladatainknak.

Meggyőződünk arról, hogy a VI. ötéves tervidőszakban végrehajtott szervezeti változások, melyek kapcsán rendszerbe állítottuk az egészségügyi ezredet, az egészségügyi dandárokat és az MN Hátszági Egészségügyi Alakulatok Parancsnokságát, indokoltak voltak.

Az Egészségügyi Minisztériumi, és a megyei egészségügyi operatív csoportok igazolták létfontosságukat, de tevékenységük értékelése egyben arra is felhívta a figyelmet, hogy az Egészségügyi Minisztériumban dolgozó, az MN érdekeit képviselő operatív csoportot hivatásos állományú orvosokból célszerű létrehozni. A vezetés-irányítás és működés feltételeit tekintve a gyakorlat igazolta az újonnan kialakított összefegyvernemi típusú szervezeteink nagy előnyét a régebbiekkel szemben. Az egységek és intézetek törzsei

az újonnan kialakított szervezetek előtt álló feladatokat alapvetően megismerték, kezdeti jártasságot szereztek szakfeladataik végrehajtásában. A tartalékosok felkészítési rendszerének tökéletesítése terén azonban további feladatok voltak. A megyei operatív csoportok hatáskörét ki kellett terjeszteni a megye területén tartózkodó alakulatoktól minden típusú polgári kórházba érkező saját és szövetséges sérült, beteg nyilvántartására, továbbirányításuk vagy felülvizsgálatuk intézésére.

A bemutató ráirányította a figyelmet arra, hogy tovább kell fokozni erőfeszítéseinket a Szakorvosi Megerősítő Zászlóalj és egyes tábori intézetek funkcionális részlegeinek korszerűsítésére, egyes egészségügyi-technikai eszközök rendszerbe állítása terén.

A hátszági rendeltetésű csapatoknál keletkezett sérültek ellátását vizsgálva, olyan kérdések vetődtek fel, hogy a jövőben nagy jelentőségű lehet a gyógyító intézetek 150-200%-os leterheltségre való felkészítése.

Az Egészségügyi Minisztériummal és a megyei egészségügyi szervekkel folytatott közös munka lehetőséget nyújtott arra, hogy a tervezésben, szervezésben és irányításban együttműködésünk minden lényeges kérdését feltárjuk és az eddig megoldatlan gondok, problémák többségére választ találjunk. Mindkét részről megnyilvánult a további közös együttműködés, együttgondolkodás igénye, mind a felkészítés mind a fejlesztés terén” [44].

A harmadik, immáron nemzetközi rendezvény a *Varsói Szerződés Tagállamai Katona-egészségügyi szolgálata vezető állománya részére technikai bemutatóval is megfűszerezett XV. Koordinációs értekezlet 1985. október 09-18. közötti megrendezése.* (0012/1985. MN EÜSZF sz. int.) [42].

Azt, hogy milyen technikai eszközöket mutattak be, a 039/1985. számú, az MN Fegyverzeti és Technikai Főcsoportfőnöke és az MN HF együttes intézkedése 1. számú mellékletéből tudhatjuk meg. Ez a paletta az alábbi lehetett:

- DDA-66 fürdető-fertőtlenítő gépkocsi
- PDP-2 fürdető-fertőtlenítő berendezés
- AKVA
- DSB (demineralizáló-sterilizáló berendezés)
- Sebesültszállító gépkocsi
- LUAZ 967 sebesültkihordó gépkocsi
- Kötöző gépkocsi
- Műtő egység felszerelés konténerben
- Mozgó laboratóriumi gépkocsi
- Fogászati gépkocsi
- Bakteriológiai-szerológiai laboratóriumi gépkocsi
- Egészségvédelmi radiológiai laboratóriumi gépkocsi
- Kórbonctani laboratóriumi gépkocsi
- Toxikológiai laboratóriumi gépkocsi
- Vivárium gépkocsi
- Egészségvédelmi laboratórium
- Infúziós laboratórium
- Univerzális sebesültszállító hordágy rögzítő
- Tábori röntgen egység
- Autómaxos fertőtlenítő
- Extenziós készülék asztallal
- Égési asztal
- Sebesültszállító targonca [42]

Ez az év sem volt mentes kiemelkedő rendkívüli eseménytől. A kecskédi – az 1. sz. eü.dd. megalakításához „MZ” (mozgósítás esetére zárolt) anyagokat tároló-raktárbázison, a zárolt készletekből eltűntek az egyszerűhasználatos ampullákból a kábítószert tartalmazók. Ez a rendkívüli esemény újraszabályoztatta a kábítószer tárolására vonatkozó eddigi utasításo-

kat. Ettől kezdve az egészségügyi „MZ” készletekben lévő kábítószereket eredeti csomagolási helyükről kiemelve külön, segélyhelyenként összevontan, erősfalú ládában kellett tárolni. A ládákat két lakattal látták el. Az egyik lakat kulcsát az anyagkezelő, a másikat pedig az egészségügyi szolgálatfőnök (ha nem volt, akkor a parancsnok által kijelölt személy) őrizte. „M” bázisokon az egyik lakat kulcsát az anyagkezelő, a másikat a bázis parancsnoka őrizte. (54/1985. MN HF sz. int.) [42].

Ez az év bővelkedett elhalálozás, nyugdíj, betegség, vagy új szervezeti elem beléptetése miatti vezetői kinevezésekben, megbízásokban. *Dr. Varga István o. ezds. az MN EÜSZF-ség Gyógyító osztályvezetője* rokkantsági nyugállományba vonult (01500/1985. HM sz. pcs.), helyére *Dr. Fekete István o. alezredes* kerül [40]. *Prof. Dr. Manninger Jenő* orvos vezérőrnagyot, az MN fősebesét 1985. szeptember 1-jével nyugállományba helyezték (0944. sz. HM, 42/1985. MN EÜSZF sz. pcs.) [40], és helyére ugyanettől az időponttól *Dr. Farkas József* orvos ezredest nevezték ki. (0943. sz. HM pcs., 011/1985. MN EÜSZF sz. pcs.) (42) *Dr. Kádár Pál* orvos ezredest felmentették az MN KÖJÁL parancsnoki beosztásából és kinevezték 1985. július 1-től az MN főepidemiológusának. (033. HM ÁT, 015/1985. MN EÜSZF sz. pcs.) (42) *Dr. Maklári György* orvos alezredest 1985. július 1-jével kinevezték az MN KÖJÁL parancsnokává (033. sz. HM ÁT, 09/1985. MN EÜSZF sz. pcs.) (42) *Dr. Túry Károly* orvos ezredest 1985. február 15-től az MN Főszemésztévé (0119. HM, 04/1985. MN EÜSZF sz. pcs.), *Dr. Remes Péter* orvos alezredest ugyanettől az időponttól az MN repülő főszakorvosává nevezték ki. (04. HM ÁT, 04/1985. MN EÜSZF sz. pcs.) (42) A késő nyár folyamán elhalálozott 4. sz. Szanatórium parancsnoka *Dr. Renczész Alajos* orvos ezredest helyére 1985. dec-

ember 1-jével *Dr. Sedivi László* orvos őrnagyot nevezték ki. (083. MN HF HMH, 014/1985. MH EÜSZF sz. pcs.) (42) *Dr. Kovács Máté* orvos ezredest 1985. augusztus 1-jével nyugállományba helyezték (0845. HM és 41/1985. MN EÜSZF sz. pcs.) (40) és helyére *Dr. Rékai Miklós* orvos őrnagyot az MN KKK parancsnok-helyettesévé (067. HM ÁT, 013/1985. MN EÜSZF sz. pcs.), míg *Dr. Tóth József* orvos alezredest az 1. sz. KK parancsnok-helyettesévé (017. HM ÁT, 06/1985. MN EÜSZF sz. pcs.) 1985. március 15-től helyezték beosztásba. Ez utóbbi helyére az MN EÜSZF szervező főorvosának (ov.h.) *Dr. László Imre* orvos alezredest nevezték ki. (07/1985. MN EÜSZF sz. pcs.) [42].

Az 1986-os év fő feladatait már az újonnan kinevezett *Kárpáti Ferenc* honvédelmi miniszter által jóváhagyott „Munkaterv” konkrétan meghatározta. A személyi állomány ellátása és szolgálati körülményeinek javítása érdekében elkészített terv a szolgálat részére az alábbi területeket ítélte fontosnak:

„1./ A gyógyító-megelőző munka magasabb színvonalon történő ellátása érdekében üzembe kell állítani a felújított MN 1. Katonai Kórházat és az MN KKK részét képező önálló rehabilitációs osztályt Verőcemaroson.

A személyi állomány egészségvédelmét szolgáló, a mértéktelen alkoholfogyasztást visszaszorító „HM Program” megvalósítása érdekében elő kell készíteni és végre kell hajtani az MN Egészségvédelmi Napot. Létre kell hozni az egészségvédelem aktív hálózatot az MN-ben és biztosítani kell annak hatásos működését. Az Egészségvédelmi Nap tervezett időpontja október 1–15. között került meghatározásra. A csapatorvosi utánpótlás fejlesztésének lehetőségeire és módszereire az orvostisztek anyagi és erkölcsi megbecsülésének javítása érdekében a hazai és NDK

egészségügyi főiskolán a képzés beindításának kezdeményezése a csapatorvosi továbbképzési rendszer bevezetésére javaslat kidolgozása a fő feladat.

a) A Varsói Szerződés Tagállamai katonaegészségügyi szolgálatai vezető állománya XV. Koordinációs értekezlete ajánlásainak feldolgozása, a kutatási témák szekcióban való meghatározása, amely a következő területeket foglalta magába:

- sérültek és betegek rehabilitációjának kérdései háborús körülmények között,
- kórházbázisok (front) vezetési módszerek számítógép alkalmazásával,
- áthatoló sugárzás elleni egészségügyi védőeszközök kidolgozása,
- személyi állomány pszichés és fizikai munkavégző képességének növelésére gyógyszerkészítmények előállítására,
- új módszerek a hajózó állomány pszichofiziológiás munkavégző képességének emelésére.”

A munkaterv mellékletei tartalmazták az MN KKK rekonstrukció folyamatos végzését és felújításként a verőcemarosi Betegotthon felépítési munkáinak befejezését, az MN 1. sz. KK teljes felújításának befejezését, illetve az MN 3. sz. KK főépületének a felújítását. (0057/1986. MN HF nyt.sz. munkaterv) (47).

Ugyancsak visszaköszöttek ezek a feladatok az „MN Hadtáp fejlesztésének főbb irányai és feladatai az 1986–1990 közötti időszakban” című intézkedésében. (0091/1986. MN HF sz. int.) (48) Az intézkedés értékelte az előző 5 év teljesítményét is. Ezek alapján az egészségügyi szolgálat „növelte segélynyújtó és kiürítő kapacitását, szervezeti korszerűsítéssel javította háborús biztosítása lehetőségeit”.

Tovább korszerűsítették a béke egészségügyi ellátás tárgyi feltételeit, ez azonban részben a hivatásos orvosok, másrészt a

követelménytámasztás hiánya miatt nem eredményezett lényeges javulást a csapatok ellátásában. *A kórházak, rendelőintézetek fejlesztésével* a korábbiaknál lényegesen kedvezőbb betegellátási feltételek alakultak ki. Eredményes munkája mellett a szolgálatot technikai beszerzési gondok, „M” bázisaik működési, irányítási rendelkezései, a felülvizsgálati, szanatóriumi beutalási rendszer korszerűtlensége terhelték. Az elkövetkezendő 5 évben is fő feladatul az elvonuló és hátországi egészségügyi szervezetek további korszerűsítését, az első orvosi és szakorvosi segélynyújtó kapacitás növelését szabták meg. További anyag és technikai eszközfejlesztést határoztak meg a háborús egészségügyi biztosítás érdekében.

A békeidőszaki egészségügyi ellátás feladatairól az alábbiakat gondolták el:

„Minden tagozatban növelje a béke egészségügyi ellátás színvonalát. Kiemelten végezze a megelőző és rehabilitációs tevékenységet, növelje a meglévő szakmai kapacitások kihasználtságát. Kutassa a személyi állomány egészségi állapotának alakulását, döntően meghatározó főbb betegségcsoportokat, és ezek leküzdésére dolgozzon ki szakmai célprogramokat. Minden szinten növelje az egészségvédelmi munka szervezetségét, a szűrés és gondozás eddiginél szervezetesebb, módszerében korszerűbb megvalósítását. Hatékonyabban és szakszerűbben foglalkozzon az egészséges életmódról neveléssel. A csapatsegélyhelyeken növelje a végleges ellátásban részesülők arányát. Gazdaságos megoldásokkal fejlessze a laktanya- és helyőrség szintű ellátást, biztosítva az egyes részfunkciók (fogászati ellátás, szűrés-gondozás, sürgősségi ellátás, fekvőbeteg ellátás) szervezeti, technikai, elhelyezési feltételeit. Folytassa tovább a polgári egészségügyi intézmények szakmai lehetőségeinek ki-

használását, a csapatorvosi ellátásban a szak-konzíliáriusi rendszer kifejlesztését a területi kórházak felügyeletével.

Folytassa az egészségügyi intézetek szervezeti korszerűsítését. Biztosítsa az építés-beruházási feladatok szakirányítását, kiemelten az MN KKK rekonstrukciója szakmai segítségét. Kezdje meg a területi kórházak felújításának tervezését. Az intenzív ellátás fejlesztésével, krónikus ellátó osztályok (részlegek) szervezésével, illetve új profilok kialakításával tökéletesítse az érintett tagozat progresszív ellátási rendszerét.

Dolgozza ki és vezesse be az MN-ben a mentálhigiénés szolgálatot, teremtsen meg annak szervezeti feltételeit.

Biztosítsa az egészségügyi intézetek orvosi gép-, műszerparkjának folyamatos üzemeltetését – az anyagi lehetőségek függvényében –, korszerűsítését és fejlesztését. Folyamatosan szervezze és koordinálja a repülő-hajózó és repülő-műszaki, valamint a földalatti munkahelyen dolgozó állomány rendszeres gyógy-üdültetését.

A szolgálat káder tevékenységében különös gondot fordítson a vezető szakkaderek utánpótlására, a csapatorvosi helyek betöltésére.

Átfogó elgondolás alapján folytassa a gyógyító-megelőző ellátást segítő számítógépes rendszer programok bevezetését” [48].

A már évekkel korábban előre jelzett, és az éves munkatervben szereplő krónikus ellátásra szoruló betegek számára a „Bakony-1” szervezési feladatokból *előrehozták az MN KKK szervezetébe* újonnan belépő Szociális Betegotthon (Verőcemaaros) rendszerbe állását [48]. Az MN KKK Betegotthonának alaprendeltetéséről, működésének rendjéről és a beutalásról az MN HF intézkedett (77/1986. MN Hadtáp F. sz. int.)

„A fokozatos (progresszív) betegellátás elvének megfelelően gondoskodjon az aktív kórházi kezelést nem igénylő, de hosszabb (vagy végleges) időtartamú intézeti szakápolásra, rehabilitációra és általános orvosi felügyeletre szoruló betegek ellátásáról.”

„Az MN KKK kihelyezett szervezi elemeként, Verőcsemaros községben működik. Vezetését az MN KKK parancsnokának közvetlen szolgálati és szakmai alárendeltségébe tartozó parancsnok (osztályvezető főorvos) látja el.”

A beutalásokat az MN KKK parancsnok gyógyító helyettese által elnökölt, a kórház fősebészből és főbelgyógyászból álló „Beutaló Bizottság” bírálja el. Egyszer három, illetve újbóli három hónapos hosszabbítást a betegotthon parancsnoka és az illetékes főszakorvos, hat hónapot meghaladó időtartamot pedig az MN EÜSZF volt jogosult eldönteni, illetve engedélyezni [49]. Működését **1986. augusztus 1-jével** kezdte meg.

Az MN KKK rekonstrukciója kapcsán új helyre költözött az MN Központi Egészségügyi Anyagraktár (KEÜAR). 1986. áprilisától a budapesti Zách utcában kezdte meg az újbóli működését. (23/1986. MN EÜSZF sz. int.) [50]

Az MN HF szigorú hangvételű intézkedést ad ki a *gyógyintézetek, illetve orvosok a lött sérülésekkel kapcsolatos jelentési kötelezettségéről. Az intézkedésből kiderült, hogy az érintettek sokszor nem tesznek eleget a jelentési kötelezettségeknek. A lött sérüléseket a hadművelleti ügyele-tesen keresztül az ügyészségnek kellett jelenteni. (65/1986. MN HF sz. int.) [49].*

1986. május 1-jével újból átalakult a Magyar Néphadsereg Orvosi Tudományos Tanács (MN OTT).

ELNÖK:

Dr. Hideg János o.vörgy.

HELYETTESEI:

Dr. Farkas József o.ezds.

Dr. Novák János o.alez.

TAGJAI:

Dr. Horváth István o.ezds.

Dr. Medveczky Pál o.ezds.

Dr. Hajdú Béla o.vörgy.

Dr. Magyar István o.ezds.

Dr. Birkás János o.ezds.

Dr. Gelencsér Ferenc o.ezds.

Dr. Bagi János ao.ezds.

Dr. Kádár Pál o.ezds.

Dr. Fekete István o.alez.

Dr. Villányi Ferenc o.alez.

Dr. Nagy Dénes gy.alez.

Dr. Remes Péter o.alez.

Dr. László Imre o.alez.

A 16 főből már „csak” 7 fő rendelkezett tudományos minősítéssel, illetve fokozattal. (191/1986. MN EÜSZF sz. int.) [50].

Új bizottságot hoztak létre az *egészségügyi szolgálat történetének megírására* Dr. Medveczky Pál orvos ezredes, az MN EÜSZF első helyettesének vezetésével. A kidolgozási határidő 1987. december 15., az anyagok értékelése 1988. I. félévére került meghatározásra. (61/1986. M EÜSZF sz. int.) [50].

A minőségi szakmai munka érdekében a *szívinfarktuson átesett katonák egészségügyi rehabilitációja* érdekében kiadásra került az MN Főbelgyógyászatának 1/1986. számú direktívája, amely az akkor korszerű WHO (Világ Egészségügyi Szervezet ENSZ) ajánlásai alapján készült el. (60/1986. MN EÜSZF sz. int.) [50].

Ebben az évben készítette el az MN Egészségügyi Szolgálat az egyik legkiemelkedőbb és legjelentősebb előterjesztését a *HM KT számára: „az MN személyi állománya béke egészségügyi ellátásnak helyzetéről és fejlesztésének főbb irányairól”*. Az előterjesztés az utolsó ilyen jellegű jelentés időpontjától, 1979-

től 1986. októberéig terjedő időszak béke egészségügyi ellátásáról szól, tehát a korszakot jelentősen átfogó és azt objektívan bemutató, adatokkal bőségesen ellátott dokumentum. (00179/30/1986. MN EÜSZF sz. előterjesztés) [51].

Az információkban igen gazdag áttekintést gyakorlatilag szó szerint érdemes megörökíteni, hisz összehasonlító epidemiológiai kutatások során kiemelkedő értékkel és jelentőséggel bírhat. Így néhány sor kihagyásával a következők írhatók le a szolgálati akkori helyzetéről, eredményeiről, a személyi állomány egészségi állapotát jellemző adatokról és állapotokról:

„**A hivatásos és továbbszolgáló állomány** korösszetételében – 15 éves periódusra visszatekintve – az elmúlt években növekedett a 21-40 éves korcsoportba tartozók aránya (1970-ben 59%, 1985-ben 64%). Ez a változás kedvező és összességében a hivatásos állomány átlagéletkorának csökkenését (megfiatalodását) eredményezte. A 41-50 éves korcsoportba tartozók létszámaránya csökkent (35%-ról 20-21%-ra). Az 51 év feletti idősebb korosztályok százalékos aránya (5-6%-ról 15-16%-ra) növekedett. Ez utóbbi változás az egészségügyi ellátás iránti igények szükségszerű növekedését eredményezte.

A megelőző-gyógyító tevékenység hatékonyabbá tétele érdekében az elmúlt évek során rendszerré vált a hivatásos állomány évenkénti kötelező szűrővizsgálata. A vezető állomány meghatározott kategóriáinál (mintegy 1200 fő) a szűrést a katonai kórházak szakorvosai, az egyéb állománykategóriáknál a csapatorvosok végzik. A szűrővizsgálatokban évente mintegy 25 000 fő vesz részt.

A szűrővizsgálatokon a megjelenés megfelelő (88-92%-os). Az eredményeket értékelve a hivatásos állomány egészségi állapota az elmúlt öt évben gyakorlati-

lag nem változott. Átlagosan az állomány közel 65%-a gyakorlatilag egészséges és a csapatorvosi gondozást igénylőket is ideszámítva az állomány mintegy 85%-a szolgálatképes. A szűrési adatok azt is tükrözik, hogy az életkor és a vele együtt járó szolgálati évek növekedésével a gyakorlatilag egészséges minősítésűek számaránya gyors ütemben csökkent. Így 46 év felett az MN átlag felére, 51 év felett pedig annak harmadára redukálódott. A leggyakrabban előforduló megbetegedések sorrendje: mozgásszervi (9,8%), szív-érrendszeri (8,1%), emésztőrendszeri (6,8%), és idegrendszeri betegségek (6,7%).

Az MN vezető állomány részvétele a szűrővizsgálatokon megfelelő (92-95%-os). Az állomány 47,4%-a gyakorlatilag egészséges, 45,1%-a igényel rendszeres szakorvosi gondozást, kórházi kivizsgálásra, gyógykezelésre 7% szorul, egészségügyi alkalmasságát – évek óta – 0,5%-nak kell felülvizsgálni. A gondozottak valamivel több, mint kétharmada igényel regeneráló pihentetést, illetve szanatóriumi ellátást, mivel a vezető állomány körében a szív-érrendszeri és a mozgásszervi megbetegedések aránya az MN átlagát jelentősen meghaladja. Egészségi állapotuk rendszeres ellenőrzésével, folyamatos gondozásukkal, egészségügyi rehabilitációjukkal szolgálatképes arányuk tartósan 90% felett van.

A szűrési rendszer korszerűsítése céljából az MN ROVKI-ban modell-kísérleteként szakorvosi szűrővizsgálatot végeztek az MN Légvédelmi és Repülő Parancsnokság repülést kiszolgáló mérnök-műszaki, a rádiótechnikai csapatok nagyfrekvenciás sugárzásnak kitett hivatásos- és földalatti harcálláspontok hivatásos és polgári állománya (összesen mintegy 2000 fő) körében. Az orvosi vizsgálatokat kiegészítették a hazánkban leggyakoribb halálozást okozó szív-érrendszeri betegségek koc-

kázati tényezőinek vizsgálatával. A kockázati tényezők előfordulásának gyakorisági adatait, a vizsgálatba bevontak száma (1650 férfi, 334 nő) alapján MN szinten modellnek tekintjük. A vizsgálatok eredményei azt bizonyítják, hogy a vizsgáltaknak 40%-a szív naponta több mint 20 cigarettát, emelkedett vérnyomásértékek 25%-ban, EKG eltérések 10%-ban, vérsír és vércukor szint emelkedés 20, illetve 5%-os gyakorisággal fordult elő. A 10% feletti testsúlytöbblet gyakorisága 15–20% körül van. Ezek a tényezők amellet, hogy hajlamosítanak a szív-érrendszeri megbetegedésre, más betegségek kialakulásában is szerepet játszanak, így a dohányzás a tüdőrák, az elhízás a kőbetegségek (epekö, vesekő), illetve a cukorbetegség kialakulását segítik elő.

Kérdőíves módszerrel vizsgálták a gyógyszer és alkoholfogyasztást. Értékelhető eredményt nem kaptak, mert ezeket a kérdéseket a vizsgáltak többsége nem válaszolta meg. A kockázati tényezők előfordulási gyakorisága az életkor előrehaladtával nőtt, ugyanígy növekedett azok száma is, akiknél halmozottan (3 vagy több kockázati tényező) fordul elő. A kockázati tényezők feltárása és megszüntetése több krónikus megbetegedés megelőzésének leghatékonyabb eszköze. Ezen tényezők vizsgálata a szűrővizsgálatok további korszerűsítését is jelenti.

A katonai kórházakban kezelt hivatásos állomány megbetegedési adatait elemezve megállapítható, hogy a leggyakrabban előforduló betegségcsoportok közül sorrendben az emésztőszervi (18–20%), a szív-érrendszeri betegségek (17–19%), az idegrendszer működési zavarai (11–13%), a balesetek (9–12%), és a mozgásszervi elváltozások (8–11%) szerepelnek. Évente kórházainkban mintegy 3000 hivatásos katonát kezeltek, ez a teljes állomány 12%-át tette ki.

Az egy betegre eső szolgálatmentes napok száma 25 napról 18,2 napra csökkent. Ennek ellenére a betegek számszerű növekedése miatt az összlétszámra vonatkoztatva az egy főre eső egészségi okból a szolgálatból kiesett napok száma 2,6-ról 3,5-re emelkedett.

Az MN polgári alkalmazotti állomány megbetegedési statisztikájával nem rendelkezünk. A KKK-ban a polgári alkalmazottak táppénzes helyzete, az MN ROVKI-ban a szűrt nők adatainak vizsgálatai alapján 34,1%-uk gyakorlatilag egészséges. Kezelést nem igénylő betegségben szenvedett 9,9%; csapatorvosi gondozásra 13,5%; szakorvosi ellátásra 31,7%-a szorult. Kórházi ellátást igényel 24,3%-uk. A táppénzes % (12,2–13,8) igen magas, azonban mintegy fele gyermekápolás címén keletkezett. A kedvezőtlen tendenciák részletesebb feltárás és megfelelő intézkedést igényelnek.

A sorállomány egészségi állapotát jellemző megbetegedési adatok struktúrájában az elmúlt években jelentős változás nem következett be. Első helyen a heveny légúti 24,5%, a második helyen a sérülések 22,2%, a harmadik helyen az emésztőszervi betegségek (7,8%), a negyedik helyen a különböző funkcionális idegrendszeri kórképek (5,5%) álltak. A bevonuló sorállomány fogászati helyzete továbbra is kedvezőtlen. Hosszú idő óta 97%-uk valamilyen fogászati ellátásra szorul (2. melléklet).

A sorállomány kórházi kezelést igénylő betegségei sorrendben: balesetek (17–20%), emésztőszervi (15–18%), légzőszervi betegségek (10–13%), működési jellegű idegrendszeri (10–12%), valamint érzékszervi (10–11%) károsodások (2. sz. melléklet). Kórházaink évente mintegy 11 000 sorkatonát kezeltek, ez a teljes állomány 16%-a. Az éves összkiképzési napokból betegség miatt kiesett napok

aránya az elmúlt évben 2,5–2,6% körül mozog. Az egy betegre jutó szolgálatmentes napok száma ezen idő alatt 16,9-ről 14,8-ra csökkent. Ez azt jelenti, hogy az enyhébb lefolyású, rövidebb ideig tartó megbetegedések kerültek előtérbe.”

„A **közegészségügy és járványügy** területén a Néphadseregben általában kedvezőbb a helyzet, mint a polgári életben. Ebben a hadseregben belül érvényesülő nagyobb szervezettség és fegyelem mellett szerepet játszik az is, hogy a parancsnokok tisztában vannak a közegészségügyi veszélyeztetés, különösen a járványos, fertőző megbetegedések közvetlen hatásával a csapatok harckészültségére. Mindezeknek és az egészségügyi szolgálat hatékony megelőző tevékenységének köszönhetően az elmúlt években a harckészültséget veszélyeztető járvány nem fordult elő. A tömegesen fellépő fertőző megbetegedések aránya az országos gyakoriság 20-30%-át érte el.

A korábbi időszakban az elhelyezés, az élelmezés és munkakörülmények terén elért higiénés fejlődés a kedvezőtlen gazdasági körülmények következtében az utóbbi 2-3 évben érzékelhetően stagnált. A közművek karbantartási problémái fokozódnak, ez kedvezőtlenül növeli a potenciális közegészségügyi-járványügyi veszélyeztetést.

A katonai KÖJÁL és a kecskeméti KÖJÁL decentrum, illetve az ezek bázisán működő csapattagozatban felállított közegészségügyi-járványügyi felügyeleti rendszer alaprendeltetésű feladatait hatékonyan látta el. A többi területi kórház bázisán tervezett újabb KÖJÁL decentrumok létesítése anyagi feltételek hiányában nem valósult meg. Erre a fejlesztésre feltétlenül szükség van, létrehozásukat jelen tervidőszakban tervezzük.” A jelentéshez csatolt, az állomány szűrővizsgálatáról, a járóbeteg szakrendelésen

megjelentekről, illetve kórházi ápolásról, valamint a sorköteleseket jellemző mutatókról a 2. sz. mellékletben lehet adatokat és információkat gyűjteni. Az előterjesztésben említett és az MN ROVKI-ban már *kikísérletezett szűrővizsgálati módosításokat a 63/1986. sz. intézkedés valósítja meg*, mellyel az eddig érvényben lévő – és már akkor is korszerűnek tartott – 39/1983. MN EÜSZF sz. intézkedést pontosították. Ennek lényege az orvosi titoktartás erősítése és egy új összesítő mellékletnek, a rizikófaktoroknak (dohányzás, testsúly, cukorbetegség, zsírsanyagcsere zavar, életmód, magas vérnyomás) felmérésének az elrendelése volt. Ez az intézkedés rendelte el 1988. január 1-jei határidővel az *aktív gondozói munka általános és speciális szakmai irányelvének kidolgozását is [50]*.

A *minőségi szakmai munka támogatását jelentette*, hogy az MN KKK-ban – az országban akkor harmadikként – egy *harmadik generációs CT* került telepítésre, amelyet néhány év múlva *UH diagnosztikus berendezés* is követett. *Rendszerszervezési és számítástechnikai osztály alakult 6 fővel. A Mellkas sebészeti osztály megszüntetése után az érsebészeti osztály önálló állománytáblát kapott [45]*.

December 1-jén az MN 1. sz. KK-ban *befejezték a felújítás utáni átadás-átvételt*. A nyár folyamán az Állami Egészségügyi Szolgálattal együttműködésben végrehajtott *„Balaton–86” egészségügyi törzszervezési gyakorlat* jó szinten került lebonyolításra [48].

Az *előző éveket összefoglaló „Tájékoztató jelentés”* amelyet az MN VKF Anyagtervezési és Közgazdasági Csoportfőnökség terjesztett elő júniusban a HM KT elé, az egészségügyi szolgálatról az alábbiakat jelenti:

„Az egészségügyi ellátás létesítményfeltételei terveinket meghaladó mértékben

javultak. Üzembe helyezésre került a győri 300 ágyas kórház, a nagykanizsai helyőrségi rendelő, a kecskeméti rendelőintézet, a pécsi rendelőintézet és befejeződött a pécsi kórház bővítése. (00226/11/84. MN VKF ATCSF) [43].

Nagyobb jelentőségű személyi váltásra, illetve kinevezésre csak az Egészségügyi Szolgálatfőnökség állományában történt. *Dr. Horváth István o. ezds-t az MN eü. szolgálatfőnök első helyettesét* 1986. február 01-től más fontos állami beosztásba – az egészségügyi minisztérium szervezési főosztály vezetőjének – került. (48) *Dr. Fekete István o. alez-t a 01725/1985. HM sz. pcs-al* 1986. január 1-től a Gyógyító osztály, míg *Dr. László Imre o. alez-t* pedig a 0785/1986. HM sz. pcs-al 1986. augusztus 1-től a *Szervezési osztály osztályvezetőjének* nevezték ki [52].

Az **1987-es esztendő** ugyanazzal az eseménnyel kezdődött, mint amivel az előző év befejeződött, nevezetesen az *MN 1. sz. KK átadása utáni visszaköltözésével*. Január 2–4. között az MN KKK-ban működő valamennyi járóbeteg szakrendelés, a felvételi iroda és a kartonozó települt vissza. A Mentőrezsleg január 2-án, a I–II. Belgyógyászati osztály január 3-án, az Ideggyógyászat január 8-án, a műtéti osztályok (sebészet, fül-orr-gége, szülészet-nőgyógyászat, intenzív és gyermekosztály, valamint a központi sterilizáló) február 28-ig települt vissza. Az egész év, annak ellenére, hogy az áttérés időpontja 1987. március 01., gyakorlatilag – főleg a csapatoknál – költözésekből és diszlokációkból állt, hiszen megkezdődött az előző évben jóváhagyott Bakony–II hadiszervezetei megalakítási tervének végrehajtása, azaz az *ezred-hadosztály struktúráról a dandár-hadtest szervezetre való áttérés*.

A központi egészségügyi szervek diszlokációjában is történtek változások, és a csapatok csoportosításhoz alkalmazko-

dó területen helyezték el őket, illetve készenléti idejüket a biztosítandó erők mobilitásához pontosították.

Háborúban az MN eü. szolgálatfőnökség alárendeltségében lévő, 1. sz. eü.dandár (eü.dd) [1.dd.pság, 222. sz. híradó század (hír.sz.d.), 201 sz. műszaki század (mű.sz.d.) 209. sz. kiszolg.elló.zl., 232. sz. VEA, 110, 111, 112, 129, 132, 143, 70, 71, 144, 191. sz. TTSK, 80, 81, 82, 169. sz. TTBK, 69. sz. tábori többprofilú belgyógyászati repülő kórház (TTBRK), 88, 147, 159. sz. KSK, 84, 184.sz. TFK, 86, 149. sz. OKA, 99. sz. EJO, 234. sz. SZMZ, 151. sz. sgk.sz.d. 120, 196. sz. eü.o., 239. sz.áei.o.], az Oroszlány–Tata–Tatabánya–Kisbér–Zánka–Balatonfüred–Balatonalmádi és Balatonkenese körletében az Észak-Dunántúlon alakult meg. Készenléti ideje M-1-24.00 lett.

A 2. eü.dd. [dd.pság, 223. sz. hír.sz.d., 205. sz. műsz.sz.d., 216. sz. kiszolg.elló.zl., 223. sz. VEA, 77, 145, 99, 100, 113, 114, 104, 105, 157, 158. sz. TTSK, 165, 171, 174, 175. sz. TTBK, 176. sz. TTBRK, 200, 151, 253. sz. KSK, 146,181.sz. TFK, 150, 227. sz. OKA, 119. sz. EJO, 235. sz. SZMZ, 93.sz. Sgk.sz.d.] Komló–Vasas–Szentlőrinc–Sásd–Szekszárd–Bonyhád és Mecseknádasd körletében a Dél-Dunántúlon alakult M-1-24.00 készenléti idővel.

A 3. eü.dd. [dd.pság, 237.sz.hír.sz.d., 208.sz. műsz.sz.d., 238sz.. kiszolg.elló. sz.d., 107. sz. VEA, 136, 137, 138, 139, 125, 126, 127, 128, 153, 154. TTSK, 115, 172, 83, 166. sz. TTBK, 167. sz. TTBRK, 185, 271, 293. sz. KSK, 178, 182. sz. TFK, 190, 219. sz. OKA, 208. sz. EJO, 92. sz. SZMZ, 206. sz. sgk.sz.d., 211.sz. eü.o.], Örkény–Dabas–Kerekegyháza–Ópusztaszer–Kiskundorozsma–Kakucs–Lajosmizse körletében a Duna-Tisza közben, Közép-Magyarországon alakult meg. Készenléti ideje M-3 24.00 óra volt.

A 18 db sebesültszállító vonat (sv) [1-16, 152, 157.sz. sv.] Maglód, Mór,

Dunaharaszti, Taksony, Dömsöd, Kun-szentmiklós, Fülöpszállás, Pusztavám, Bodajk, Ajka (2), Oroszlány, Alsóörs, Csengőd, Ágasegyháza, Zánka–Köveskál, Soltvadkert állomásokon alakultak meg M-3-5 napos készenléti idővel.

Az egészségügyi tartalék, amely a szovjet Déli-Hadsereg Csoport parancsnok át-alárendeltségébe átadásra került [74, 75, 76, 101, 103, 121, 122, 123, 124, 133.sz. TSK, 164, 116. TBK, 179, 180. sz. TFK, 148, 102. sz. KSK, 87. sz. OKA], Dömsöd-Dunavarsány-Taksony körletében helyezkedett el, a készenléti ideje M-2-24.00 óra volt.

Háborúban a MN HEAP alárendeltségében lévő, csapatok és kórházak az alábbi elrendezésben diszlokáltak, szintén készenléti idő pontosítással.

Mozgó kórház csoport [MKCS főnökség, 65.kiszolg.elló.sz.d., 241. sz. VEA, 242, 243, 244, 245. sz. TTSK, 246, 247. sz. TTBK, 236. sz. TFK, 249.sz. OKA, 205. sz. sgk. sz.d.], Acsa–Jászkísér–Jászberény–Ráckeve-Bugyi körzetében alakult meg és M-1-M-3-24.00-ás készenléti szervezetek voltak.

A békében meglévő kórházak számára a háborús időszakban ikerkórház szervezetet, illetve hadi helyőrséget is kijelöltek. Így:

Az MN HEAP

parancsnokság

MN KKK

1.rlg.

2.rlg.

Betegotthon

1. KK

1. rlg.

2. KK

1. rlg.

3. KK

Kihelyezett rendelő

1. rlg.

6. KK

1. rlg.

4. . sz. Szanatórium

5.sz. Szanatórium

1. rlg.

MN ROVKI

MN KORI

MN KEÜAR

– Kirendeltség

– Kirendeltség

– Kirendeltség

– Kirendeltség

Bugyi

Kalocsa (hadihelyőrségek)

Budapest

Hatvan

Verőcemasos

Balatonkenese (hadihelyőrségek)

Budapest Királyhágó u.

Hódmezővásárhely (hadihelyőrség)

Kecskemét

Harkány (hadihelyőrségek)

Nagykanizsa

Pécs

Győr

Győr

Hévíz

1. rlg. Hévíz SZOT üdülő

Balatonfüred

1. rlg.

Kecskemét

Kaszópuszta

(Somogyiszob) (Somogyiszob)

Budapest

Acsa

Jászberény

Békéscsaba

Békéscsaba

Esztergom (hadihelyőrségek)

Hévíz (hadihelyőrségek)

Balatonfüred, Horgász u (hadihelyőrségek)

Balatonfüred

Hódmezővásárhely (hadihelyőrségek)

1. rlg. Kecskemét

Kaszópuszta (hadihelyőrségek)

Jászberény (hadihelyőrség)

Acsa

Debrecen (hadihelyőrségek)

Békéscsaba

Békéscsaba

Az egészségügyi osztagok (201, 202, 217, 218, 219, 220. sz.) a 83. sz. áeü.o., a 105. sz. EJO, a 248. sz. OKA és 326. sz. sgk. sz.d. A Mór–Vértesacsa–Balatonakarattya–Balatonfüred–Zánka–Ráckeve–Nyárapát–

Acsa helyőrségekben alakultak meg, illetve érték el alkalmazási készségüket.

Az előző évi szakmai fejlesztések következtében, megkezdődött az érbetegek ellátása az önálló érsebészeti osztályon [45].

A Klinikai laboratórium 2 főorvosa kidolgozta az ország és a hadsereg első klinikai laboratóriumi konténerét, amely békében és katasztrófa körülmények között egyaránt működőképes volt [45].

Dr. Záborszky Zoltán o. ezds. az MN KKK Traumatológiai osztály osztályvezető főorvosa a Debreceni Orvostudományi Egyetem újonnan megalakult Traumatológiai Tanszékének első professzora lett [45].

Az év végén, december 9-én az MN egészségügyi szolgálatfőnök referátumában – melyet az MN hadtáp vezetői állománya részére a gazdasági-társadalmi kibontakozás feladatait meghatározó értekezletén mondott el – összefoglalta az előző, továbbá az 1987. évben elért eredményeket, és előrevetítette a jövőre vonatkozó elgondolásokat.

Sok helyen visszaköszönnek az elmúlt évi, Katonai Tanács elé terjesztett anyagkal kapcsolatos döntések végrehajtásának eredményei, úgy, mint a csapatorvosok pályántartása érdekében megtett lépések, a szűrővizsgálatok előzetes kísérletek és próbák utáni bevezetése 1988-ban, a csapattagozat személyi feltételnek biztosítása az 1. sz. KK-ban és Verőcemasoros rendszerbe állításának kedvező hatásai az ellátás minőségi fejlődésére.

Az új diagnosztikai eszközök beszerzése – rtg., automata labordiagnosztika és intenzív terápiás fejlesztés, komputertomográf üzembe helyezése 60 mFt értékben – szintén a fenti célokat szolgálták.

Megjelentek a gazdaságosságra való törekvés első jelei. Először lehetett hallani az „egyes betegre vonatkozó költség-számolásra” való felkészülésről.

Az MN KKK rekonstrukcióhoz kapcsolódó feladatok – érsebészeti és mentál-higiénés osztályok rendszerbe állítása – kiemelten kerültek kezelésre.

A szanatóriumi beutalási rendszer módosítása, illetve szigorítása révén a 100

000 fő jogosultra Hévízen 3 400, Balatonfüreden 1 500 fő kezelését hajtották végre. A káderutánpótlás javításával – a Kirov Katonaorvosi Akadémián újból orvosképzés beindításával – az 5. hadsereg igényeit majdnem sikerült kielégíteni, amelynek eredményeként az 1. és 2. hadtest alárendeltségébe tartozó valamennyi dandár hivatásos orvossal rendelkezett. A referátum nem ítélte kedvezőnek a férfi és női orvosok arányát, és bejelentette, hogy a további elnöiesedés megakadályozása érdekében 1987-től csak fiúk jelentkezését fogadták el a HM ösztöndíjra. Az ekkor beiskolázásra került 46 főből – egyedi elbírálás alapján, és kizárólag katonaszülők gyermekeként – 3 fő volt a leány.

A Pécsi Orvostudományi Egyetemen a katona-orvosi fakultás beindítására előkészítő tárgyalásokat folytattak, amely egy új ösztöndíj rendszer kialakítását tette volna lehetővé. Lényege az volt, hogy a leendő hallgatók más karra ne tudjanak átmenni.

A háborús felkészítés érdekében az év folyamán vérszállító gépkocsi és sebesültszállító vonatok kerültek rendszeresítésre és fejlesztésre, 80 millió Ft értékben pedig az MN lejáratos gyógyszereit frissítették.

A jelentés végén az MN egészségnevelési tanácsának fontosságáról tett említést, hisz ezzel sikerült látható módon is a kormány egészségmegőrző programjához csatlakozni [53].

A vezető állományból 1 fő, Dr. Kurucz Tibor gy. ezds. az MN főgyógyszerésze a 024/1988. sz. HM paranccsal került szolgálati nyugállományba 1987. december 1-jei hatállyal [54].

Az 1988 évi feladatokat az MN hadtápfőnökség 1988. évi munkaterve körvonalazta. Az előző év értékelésében a terv külön foglalkozott azzal, hogy a nehézségek ellenére folytatták az MN KKK rekonstrukcióját.

Elrendelték, hogy az év folyamán ki kell dolgozni, a egyes kórház bázisoknál (VKB) a katonasérültek és betegek dokumentációját, valamint azokat a polgári kórházaknak át kell adni.

Ugyancsak el kellett készíteni a katonasérültek és betegek háborús normák szerinti járandósági biztosítási rendszerét [55].

A szűrővizsgálatok rendszerének átdolgozása is megtörtént, amelyet mind a munkaterv, mind pedig az előző évi egészségügyi szolgálatfőnöki referátum is indokolt [53, 54, 55].

Ez alapján minden állománykategóriát 3 évenként kellett szűrni. A hivatásos és továbbszolgáló katonák teljeskörű vizsgálatát 1991-ben kellett végrehajtani. Az 1988-ról elmaradtak szűrését 1989-ben kellett pótolni. A kinevezett polgári (Ki.pa.) állomány teljeskörű szűrővizsgálatát 1989-ben szervezték meg, kötelező tették a nők nőgyógyászati rákszűrését is. (46/1988. sz. MN EÜSZF-i int. az MN ht. és tsz. állomány gondozásáról szóló 39/1983. sz. MN EÜSZF int. módosításáról és kiegészítéséről) [54].

Az egészségügyi tisztképzést – az orvostudományi egyetemek egészségügyi főiskolai karán – szeptember 1-jével indították be [55].

A kardiológiai gondozás és rehabilitáció MN szintű végrehajtását is kidolgozták, melyekhez MN főszakorvosi direktívák kidolgozására és pontosítására is szükség volt [55].

Felülvizsgálták és újra szabályozták a tényleges állomány egészségügyi felmentésének és a *Ki.pa. állomány táppénzbe* (keresőképtelen állományba) vételi szabályait [55].

Az MN HEAP feladatait az MN HF jogkörében újraszabályozták [55].

Az előző év beszerzései nyomán rendszerbe állt az MN KKK laboratóriumában a VKM vércsoport meghatározó

és az összeférhetetlenség kimutatására szolgáló műszer [55].

Az Országos Hematológiai és Vértranszfúziós Intézet sokirányúan segítette a Vérellátó osztály működését [45].

Az MN KKK Baleseti sebészeti osztályán új röntgen, ambuláns műtő és sokktalanító került kialakításra. Az „M”-bázisok tevékenységének szabályozására az előző években már említett visszaélési és szabálytalan tárolásból eredő nagy összegű anyagi károk megelőzésére szolgáló követelményrendszert adtak ki, amely a kórházparancsnokok felelősségét jelentősen megnövelte. (07/1988. sz. MN HTPF pcs.) [56].

Ugyancsak megszigorították a szanatóriumi beutalás, felvétel rendjét. Így olyan beteg, akinek akut ellátásra van szüksége, nem kerülhetett beutalásra. Az Elsőfokú Egészségügyi Felülvizsgáló Bizottság (FÜV) és a Repülő Orvosi Bizottság (ROB) negyedévenkénti ülésekre és a katonabetegek külön nyilvántartására lettek kötelezve. A vezető állomány kéréssel az MN EüSzF-ség Gyógyító osztálya rendelkezett. Egyes osztályvezető főorvosokat részleges előjegyzési jogkörrel ruháztak fel. Az indokolatlanul beutalt betegeket haza (vissza) kellett küldeni. Az intézkedés mellékletében külön szabályozták az abszolút javallatokat és ellenjavallatokat [54].

Tovább folytatták az MN KKK és a csapatsegélyhelyek rekonstrukcióját, illetve korszerűsítését. Véglegesen kialakult az MN KEÜAR a Zách utcában [55].

A VSZ tagállamainak főbészei 1988. december 6–7-én megtartott értekezletén képviseltette magát a szolgálat.

Ebben az évben nagyon kevés volt a személyügyi változás. Dr. Kádár Pál o. ezds. az MN főepidemiológusa 1988. július 01-jei hatállyal került nyugállományba (0327/1988. sz. HM pcs.) (54), helyette a feladattal Dr. Maklári György o. alez. az

MN KÖJÁL parancsnoka került megbízásra (029/1988. sz. HM AT pcs.) [57].

1988. szeptember 1-jén *Dr. Szalkai Iván* o. alez-t kinevezték az MN 3. sz. KK parancsnokhelyettesévé (041/1988. HM AT pcs.) (57), míg *Frolyó Imre* alez-t az MH HEAP törzsfőnökévé (079/1988. sz. MN HTPF pcs.) [57].

Az év végére teljességgel kialakult az MN egészségügyi szolgálata kórházi és intézeti vezetőinek végleges névsora, amelyet érdemes megörökíteni az utókoroknak.

Dr. Hideg János o.vörgy. MN EÜSZF

Dr. Medveczky Pál o. ezds. MN EÜSZF .h.

Dr. Villányi Ferenc o. alez. MN EÜSZF-ség Szervezési osztályvezető

Dr. Fekete István o. alez. MN EÜSZF-ség Gyógyító osztályvezető

Dr. Birkás János o. ezds. MN KKK parancsnok

Dr. Rékai Miklós o. alez. MN KKK pk.h.

Dr. Király Margit o. ezds. MN KKK pk.gy.h.

Dr. Bellák Ervin o. alez. MN KKK pk.tud.h.

Haraszi György alez. MN KKK pk.agi.h.

Dr. Maklári György o.alez. MN KÖJÁL pk., mb.főepidemiológus

Dr. Túry Károly o.vörgy. MN főszemész

Dr. Magyar István o. ezds. MN főideggyógyász

Dr. Novák János o. ezds. MN égési főszakorvos

Dr. Farkas József o. vörgy. MN fősebész

Dr. Hajdú Béla o. vörgy. MN főbelgyógyász

Dr. Kádár Pál o. ezds. MN főepidemiológus 1988. július 1-ig

Dr. Remes Péter o. ezds. MN repülő főszakorvos (MN ROVKI pk.)

Dr. Bagi János áo. ezds. MN főállatorvos

Dr. Hangai Géza gy. örgy. MN főgyógyász

Dr. Sepsey Szabolcs o. ezds. MN Közp. FÜV bizottság elnök

Dr. Sultész József o. ezds. MN 1. KK pk.

Dr. Tóth József o. alez. MN 1. KK pk.h.

Dr. Vollner György o. alez. MN 1. KK pk.gy.h.

Dr. Polgár József o. ezds. MN 2. KK pk.

Dr. Szedresi István o. alez. MN 2. KK pk.h.

Dr. Oláh Lajos o. alez. MN 2. KK pk.gy.h.

Dr. Csengeri Attila o. alez. MN ROVKI pk.h.

Dr. Pozsgai Attila o. örgy. MN ROVKI pk.tud.h.

Dr. Aracsi László o. ezds. MN 3. KK pk.

Dr. Bene Ambrus o. alez. MN 3. KK pk.gy.h.

Dr. Ferencz Lajos o. örgy. MN 3. KK pk.h.

Dr. Törő István o. ezds. MN HEAP pk.

Dr. Pintér Attila o. örgy. MN HEAP pk.h.

Keserű György gy. alez. MN HEAP pk.ag.h.

Mózes Gábor alez. MN HEAP TÖF

Lefler László örgy. MN HEAP pk.pol.h.

Dr. Ónodi István o. ezds. MN 6. KK pk.

Dr. Lehoczky Miklós o. örgy. MN 6. KK pk.h.

Dr. Hidvégi Tibor o. alez. MN 6. KK pk.gy.h.

Dr. Sedivi László o. örgy. MN 4. Szanatórium pk.

Sándor János alez. MN 4. Szanatórium agi.pk.agi.h.

Dr. Kovács Kálmán o. alez. MN 4. Szanatórium pk.gy.h.

Dr. Gyökössi József o. ezds. MN 5. Szanatórium pk.

Dr. Galambos Aladár o. alez. MN 5. Szanatórium pk.h.

Dr. Kálóczy József o. alez. MN 5. Szanatórium pk.gy.h.

Dr. Vittek László o. ezds. MN főanesthesiológus (05/1988. MN EÜSZF sz. pcs.) [57].

Az 1989-es év is szervezési változásokkal kezdődött: a „Bakony-III” szervezési feladat I. ütemének a végrehajtásával.

Ennek keretében megszüntették az MN Központi Sorozó Bizottságát, valamint az MN 1. sz. Sorozó Központot (Budapest), állományát és eszközeit a Pest megyei, az MN 2. sz. Sorozó Központot (Veszprém), állományát és eszközeit a Veszprém megyei, az MN 3. sz. sorozó központot (Debrecen), állományát és eszközeit a Hajdú-Bihar megyei Hadkiegészítési és Területvédelmi Parancsnokságok szervezetébe sorolva. Az MN KKK szervezetét „Felsőfokú Orvosi Sorozóbizottság” beállításával módosították [58].

Az életet ezt követően inkább a várható, nem kisléptékű változások előszel irányította. A szolgálat mindenestre figyelemmel kísérte az eseményeket, és ugyanúgy, mint az ország, így a Magyar Néphadsereg állománya is nem egyöntetűen és egyforma megítéléssel követte a változásokat. *A szakmát tulajdonképpen a kórházrekonstrukció folytatása jelentette, amelynek jegyében 1989-ben a Pszichiátriai osztály ágylétszáma fokozatosan 60-ról 31-re csökkent. Egyidejűleg megalakult a Mentálhigiénés osztály. Az elsőként elkészült és újonnan átadott előadó teremben a Röntgen osztály megrendezte a Magyar Neuroradiológus Társaság 1. kongresszusát [45].*

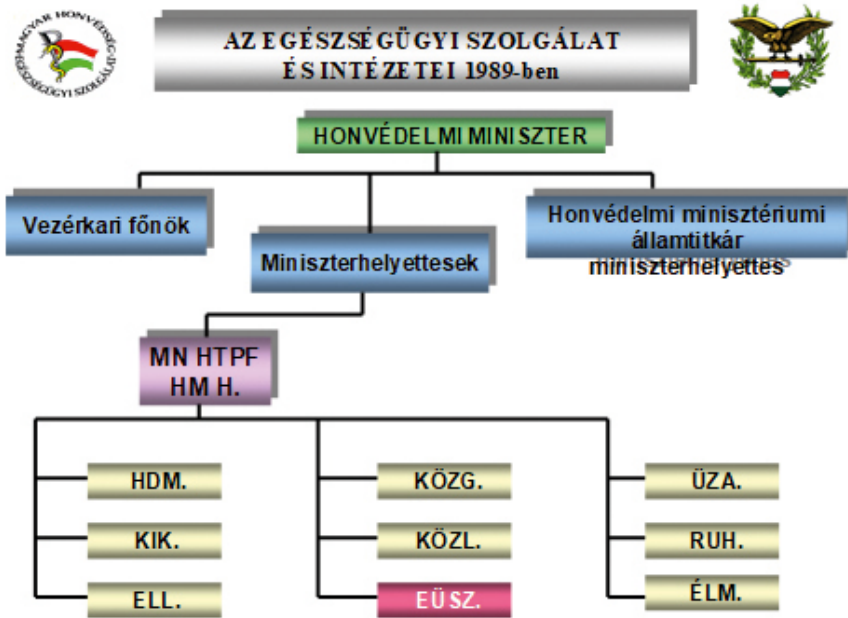
A már említett változások során olyan kihívásoknak kellett az MN állományának megfelelnie, amelyek teljesen új gondolkodási mód kialakítását is igényelték.

Az akkori katonai vezetés a hadsereg politikai semlegességének megőrzése, az ország honvédelemmel kapcsolatos gazdasági megterhelésének csökkentése és egyéb megfontolások alapján dolgozta ki és terjesztette a Minisztertanács elé a *Honvédelmi Minisztérium szervezetiének és vezetési rendjének átalakítására vonatkozó javaslatot*, amelyet a Minisztertanács az 1989. november 30-án kelt

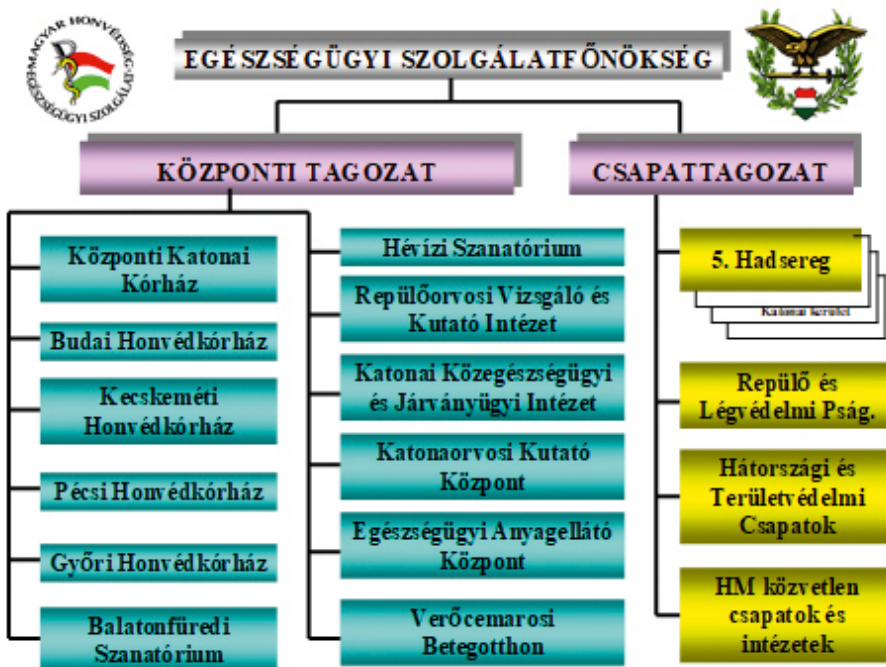
344/1989. sz. határozatával jóváhagyott. A szervezeti átalakítás a Honvédelmi Miniszter 00107/89. sz. parancsával lépett érvénybe. A parancs alapján az irányítás és a katonai vezetés szétválasztásra került. Ennek következtében az irányítási - főleg közigazgatási - funkciókat végző Honvédelmi Minisztérium mellett, létrehozták a katonai felsőszintű vezetési feladatokat ellátó Magyar Honvédség Parancsnokságát (MHP). Ezzel teljes egészében leválasztották a katonai szervezeteket a Honvédelmi Minisztériumról, így már 1989. december 1-jétől a 135 fős Honvédelmi Minisztérium közvetlen katonai vezetési jogkörök nélkül (a Magyar Köztársaság 13 minisztériumának egyikeként), közigazgatási közhatalom jogosítványokkal irányította a Magyar Néphadsereget, majd 1990. március 15-től a Magyar Honvédséget (MH) [59].

Az MN, illetve MH első parancsnokává 1989. december 1-től az akkor 50 éves *Lőrincz Kálmán* vezérezredest nevezték ki. Az átalakítások előtti és az utána következő alá- és fölérendelési változásokat az egészségügyi szolgálatot illetően a 7., 8 valamint a 9. ábra mutatja.

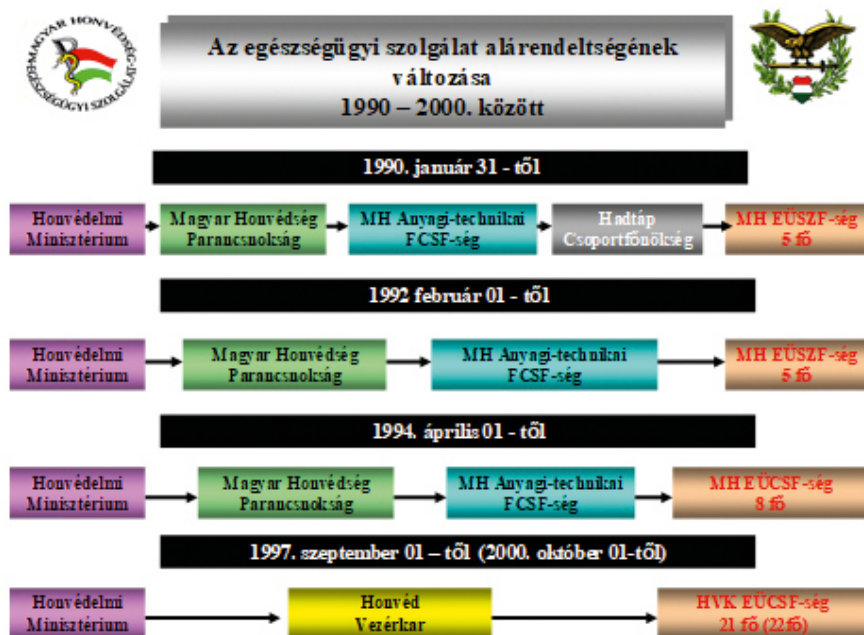
Az anyagi és technikai szolgálatok 1987–89 között végrehajtott integrációja – melynek kiteljesedése az MHP megalakulásával következett be – a vezető szervek csökkentését célzó változások az egészségügyi szolgálatnak soha nem látott pozícióvesztést okoztak. A homogenitás elvét figyelembe véve az egészségügyi szolgálat mindenütt az anyagi-technikai szolgálatfőnök alárendeltségébe került, az MHP-ság kivételével, ahol az egészségügyi főnökség a hadtáp csoportfőnök alárendeltségébe került mindösszesen 5 fővel. Ekkor hozták létre az MN majd MH **Egészségügyi Intézetek Főigazgatóságát** (MN majd MH EIF), mint az intézeti tagozat előljáróját.



7. ábra. Az MN EÜ.szolgálat alárendeltsége 1989 december 1-ig



8. ábra. Az MN Eü. szolgálat alárendelt kórházai és intézetei a rendszerváltás időszakában



9. ábra. Az MN EÜ.Szolgálat alárendeltsége 1990 január 31-től

(*A 7–9. ábrákat készítette a szerző a Magyar Katona- és Katasztrófa-orvostani Társaság 2000 őszi kongresszusán elhangzott „A MH Egészségügyi Szolgálatának átalakítása az elmúlt évtizedben” című előadása alapján

Parancsnoka Dr. Villányi Ferenc o. ezds. lett. (EIF alapító határozat MN VKF 00330/1989. sz. int. 1989. augusztus 1.)

A szolgálatfőnökség jogosítványa gyakorlatilag a tanácsadás, követelmény-támasztás, feltételbiztosítás, ellenőrzés és irányítás funkcióiból állt. Nyilvánvalóan ennek a megmaradt 5 fővel lehetetlen volt eleget tenni.

Az intézeti, illetve a központi tagozat lejtőn való elindulásának kezdőpontja 1989. december volt, mikor is az intézetek megmaradása érdekében az akkor naivan jónak hitt Országos Egészség-biztosító Pénztár (OEP) finanszírozás bevezetésével kapcsolatos szerződést aláírták.

A több hibás pontot is tartalmazó szerződés aláírására nyilvánvalóan a túlélés miatt került sor. Ettől az időponttól

kezdve a szolgálat mindennapjait nem a szakmai kihívásoknak, hanem a gazdasági szempontoknak való megfelelésre történő törekvés jellemezte. Fejlesztésről és kiképzésről a folyamatos átszervezések miatt nem lehetett szó.

A csak tartalékosokkal gyakoroltatott háborús intézeti rendszer hatékonyságát az 1989. decemberi romániai forradalom eseményei, illetve az akkor újszerűen jelentkező feladat, nevezetesen a humanitárius segély biztosítása mutatta meg. Az akkor megajánlott sebesültszállító vonat összeállítása és felszerelése rendkívül hosszadalmasan, igen sok problémával valósult meg. Mire a felkészülés középeig elértünk, addigra az osztrák egészségügyi szolgálat már Romániába küldte vonatát, amelyet azután igénybe sem vettek [2].

1. számú melléklet

**Az MN Eü. Szolgálat Központi (intézeti) tagozatának ágysztruktúrája,
az MN KKK és az 1. sz. KK betegforgalmi mutatóinak alakulása 1980. és 1984. között**

[Készítette a szerző a 096/1985 sz. MN EüSzF-ségi Előterjesztés (39) fénymásolásával.

A Hadtörténelmi Levéltár tulajdona.]

MAGYAR NÉPHADSEREG
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT
FŐNÖKSÉG

1. sz. melléklet a 096/1985 számhoz

AZ MN GYÓGYÍTÓ INTÉZETI ÁGYELLÁTOTTSÁGA 1986-IG

Ellátandó állomány: 300 000 fő

Fsz.	SZAKMAI PROFILOK	ÁGYAK SZÁMA								
		KÖZPONTI TAGOZAT					TERÜLETI TAGOZAT			
		KKK	1. KK	4. Szan.	5. Szan.	Beteg otthon	2. KK	3. KK	6. KK	Össze- sen
A. BELGYÓGYÁSZATI										
1.	Belgyógyászat	143	70	–	–	–	80	70	80	443
2.	Rheumatológia	–	6	80	–	–	–	–	–	86
3.	Toxikológia	30	–	–	–	–	–	–	–	30
4.	Tüdőgyógyászat	40	–	–	–	–	–	–	–	40
5.	Bőrgyógyászat	60	–	–	–	–	–	–	–	60
6.	Fertőző	90	–	–	–	–	–	20	–	110
7.	Gyermekgyógy.	–	50	–	–	–	–	–	–	50
8.	Művese	5	–	–	–	–	–	–	–	5
9.	Hosszú ápolású	–	–	–	–	100	–	–	–	100
A.	Összesen:	368	126	80	–	100	80	90	80	924
B. IDEG – ELME										
10.	Ideggyógyászat	50	30	–	–	–	30	30	50	190
11.	Psychiátria	50	20	–	–	–	20	10	30	130
B.	Összesen:	100	50	–	–	–	50	40	80	320
C. SEBÉSZET										
12.	Általános	124	60	–	–	–	40	45	40	309
13.	Baleseti	90	–	–	–	–	40	55	40	225
14.	Ideg	40	–	–	–	–	–	–	40	80
15.	Plasztikai	50	–	–	–	–	–	–	–	50
16.	Száj	20	–	–	–	–	–	–	–	20
17.	Égési	18	–	–	–	–	–	20	20	58
18.	Urológia	40	–	–	–	–	–	–	–	40
19.	Szül.-nőgyógy.	–	60	–	–	–	–	–	–	60
20.	Fül-Orr-Gége	50	20	–	–	–	20	30	–	120
21.	Szemészet	55	–	–	–	–	20	–	–	75
C.	Összesen:	487	140	–	–	–	120	150	140	1037

Fsz.	SZAKMAI PROFILOK	ÁGYAK SZÁMA								
		KÖZPONTI TAGOZAT					TERÜLETI TAGOZAT			
		KKK	1. KK	4. Szan.	5. Szan.	Beteg otthon	2. KK	3. KK	6. KK	Össze- sen
D.	<u>INTENZÍV</u>									
22.	Központi Int.	–	6	–	–	–	5	7	5	23
23.	Órzó	22	6	–	–	–	6	–	10	44
D.	Összesen:	22	12	–	–	–	11	7	15	67
	<u>REHABILITÁCIÓ</u>									
	Általános	–	–	60	50	–	–	–	–	110
	Mozgásszervi	–	–	60	–	–	–	–	–	60
	Szív-érrendszeri	–	–	–	50	–	–	–	–	50
	Összesen:	–	–	120	100	–	–	–	–	220
	MINDÖSSZESEN:	977	328	200	100	100	261	287	315	2568

MAGYAR NÉPHADSEREG
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT
FŐNÖKSÉG

Az MN KKK Betegforgalmi statisztikája (1980–1984)

Év	Igényjogosult								Nem igényjogosult			Mindösszesen	
	Ht. tsz.		Sorállomány		Kpa. Pa.		Egyéb*		Összesen			Össz.	Bp.
	Össz.	Bp.	Össz.	Bp.	Össz.	Bp.	Össz.	Bp.	Fő	%	Bp.		
1980.	2214	726	7829	2502	2690	1824	720	600	5316	28,3	4278	18769	9930
1981.	2093	810	7804	2766	2575	1860	760	742	5425	29,1	4458	18657	10636
1982.	2018	1026	8070	2712	2386	1974	724	695	5707	30,2	4188	18905	10595
1983.	1764	570	6837	2262	2355	1938	753	739	5733	32,8	3834	17442	9343
1984.	1512	744	6600	2556	3414	2208	1341	1265	5806	31,1	3396	18675	10169

* Megjegyzés: az egyéb kategóriába tartoznak a családtagok, a pártveteránok, a más fegyveres testületek tagjai, valamint a szerződés alapján ellátottak és a külföldi betegek.

MAGYAR NÉPHADSEREG
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT
FŐNÖKSÉG

MN 1. KK Betegforgalmi statisztikája (1980–1984)

Év	Igényjogosult								Nem igényjogosult			Mindösszesen	
	Ht. tsz.		Sorállomány		Kpa. Pa.		Egyéb*		Összesen			Össz.	Bp.
	Össz.	Bp.	Össz.	Bp.	Össz.	Bp.	Össz.	Bp.	Fő	%	Bp.		
1980.	741	528	96	36	2683	2568	827	790	1704	28,1	954	6051	4876
1981.	660	564	73	30	2456	2314	1054	952	1628	27,7	912	5871	4772
1982.	600	546	21	18	2444	2358	948	875	1960	32,8	1074	5973	4871
1983.	601	498	43	12	2190	2094	1084	962	2019	34,0	996	5937	4562
1984.	360	306	25	11	1038	852	745	734	306	12,4	306	2474	2209

* Megjegyzés: az egyéb kategóriába tartoznak a családtagok, a pártveteránok, a más fegyveres testületek tagjai, valamint a szerződés alapján ellátottak és a külföldi betegek.

MAGYAR NÉPHADSEREG
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT
FŐNÖKSÉG

**Az MN KKK járóbetegforgalmának adatai
(1980–1984)**

Év	Igényjogosult				Nem igényjogosult		Mindössze- sen
	Ht. tsz.	Sorállomány	Kpa. Pa.	Egyéb	Fő	%	
1980.	35540	56865	23909	18093	27140	16,8	161547
1981.	28743	59993	23290	15035	20341	13,8	147402
1982.	27895	56373	21793	17725	21503	14,8	145289
1983.	35638	62366	24375	22190	23534	14,0	168103
1984.	36008	70588	24956	27095	19608	11,0	178255

MAGYAR NÉPHADSEREG
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT
FŐNÖKSÉG

**Az MN 1. KK járóbetegforgalmának adatai
(1980–1984)**

Év	Igényjogosult				Nem igényjogosult		Mindössze- sen
	Ht. tsz.	Sorállomány	Kpa. Pa.	Egyéb	Fő	%	
1980.	22413	695	17491	78671	26415	18,1	145685
1981.	21998	1389	24340	74274	23105	15,9	145106
1982.	21913	1384	22768	72334	22254	15,8	140653
1983.	18017	2346	19459	73955	22032	16,2	135809
1984.	7215	145	7236	19455	8312	19,6	42363

MAGYAR NÉPHADSEREG
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT
FŐNÖKSÉG

Az MN-ben EÜ. ellátásra jogosultak katonai kórházi utaltság szerinti megoszlása

Kórházak megnevezése	Ellátásra utaltak száma (fő)
MN Központi Katonai Kórház	150 000
MN 1. Katonai Kórház	40 000
MN 2. Katonai Kórház	55 000
MN 3. Katonai Kórház	40 000
MN 6. Katonai Kórház	23 000
Összesen:	308 000

2. számú melléklet

Az MN személyi állományának szűrővizsgálati, megbetegedési és betegforgalmi adatai 1980–1985. között

[Készítette a szerző a 00179/30/1986 sz. MN EüSzF-ségi „Előterjesztés” (51) fénymásolásával.
A Hadtörténelmi Levéltár tulajdona.]

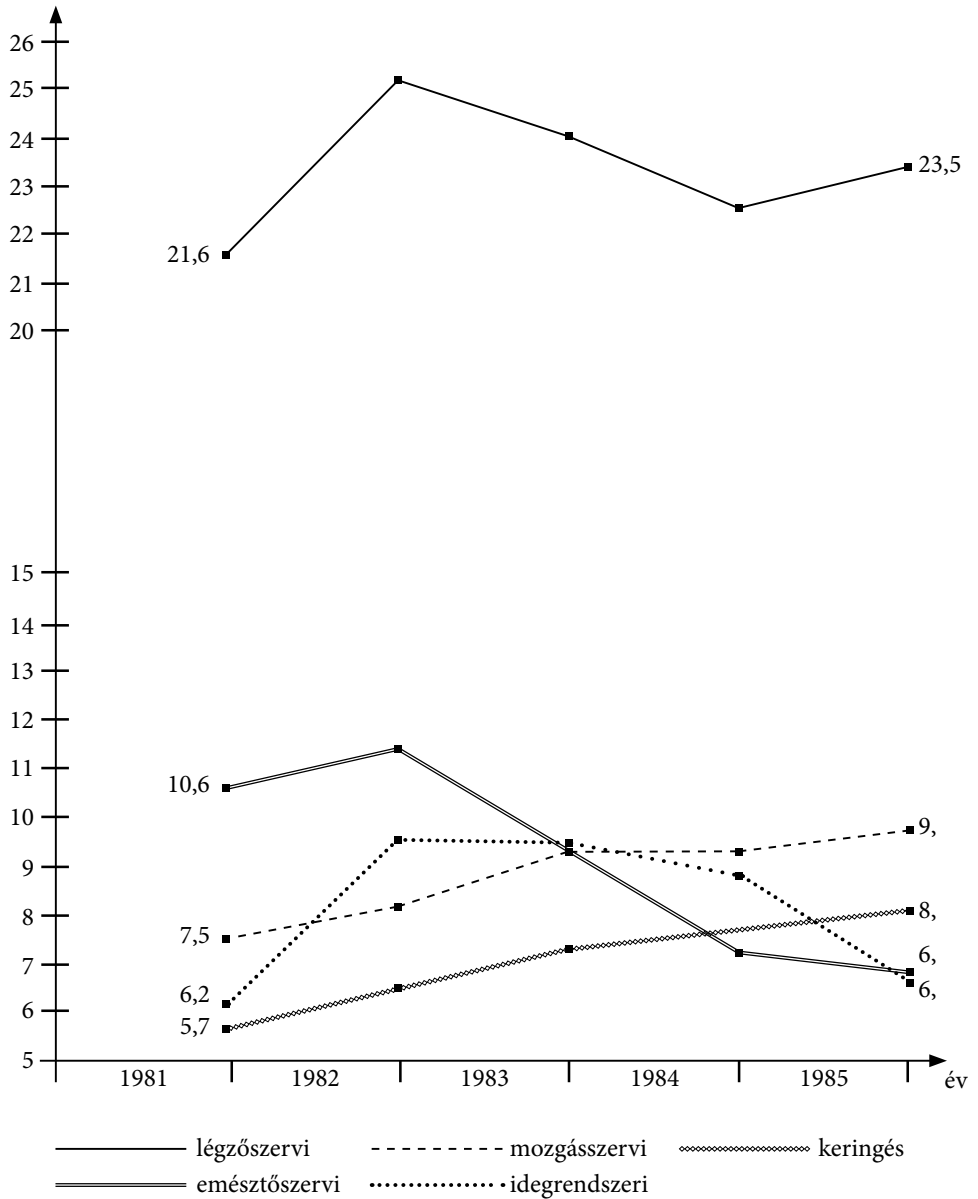
Az MN HT (hivatásos) állomány éves szűrővizsgálati adatai EÜ. minősítés szerint (MN szintű összesítés)

Fsz.	EÜ. minősítés		1980	1981	1982	1984	1985
1.	Gyakorlatilag egészséges	fő	12 870	13 426	12 457	12 355	12 678
		%	63,5	61,5	69,2	63,1	62,6
2.	Gondozásra szorui	fő	4 667	5 358	4 227	4 551	4 674
		%	23,0	24,5	21,7	23,3	23,1
Ebből:	Gyógyüdülés javasolt	fő	1 436	1 837	900	1 102	1 341
		%	7,1	8,4	4,6	5,6	6,6
	Szanatórium javasolt	fő	355	485	454	495	302
		%	1,7	2,2	2,3	2,5	2,5
1–2.	Szolgálatképes	fő	17 537	18 784	16 684	16 906	17 352
		%	86,5	86,0	85,9	86,4	85,7
3.	Szakorvosi kezelés javasolt	fő	2 028	2 362	2 068	1 950	2 176
		%	10,0	10,8	10,6	10,0	10,7
4.	Kórházi kezelés javasolt	fő	482	468	466	492	508
		%	2,4	2,1	2,4	2,5	2,5
5.	FÜV. javasolt	fő	213	251	217	221	223
		%	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1

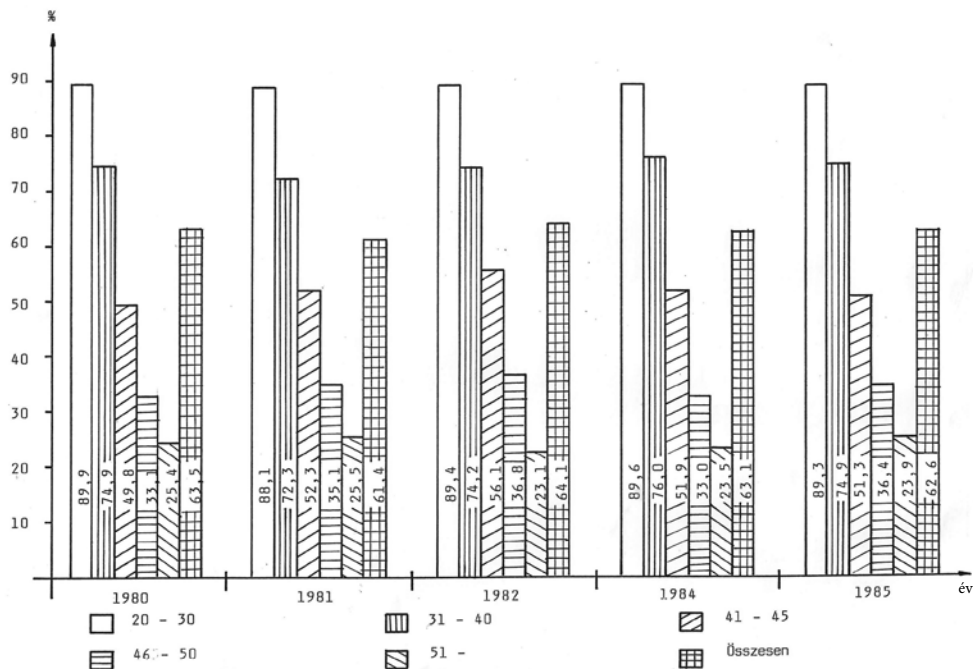
Alkalmatlanságot okozó főbb betegségek az MN sorállományánál sorozáskor és a katonai szolgálat során

ÉV	SOROZÁSKOR				KATONAI SZOLGÁLAT ALATT			
	Az alkalmatlanságot okozó főbb betegségcsoportok (%)							
	Ideg	Mozgás	Emésztés	Szív	Ideg	Mozgás	Emésztés	Szív
1971	15,0	11,8	10,1	22,5	22,2	25,2	14,2	7,2
1978	30,3	15,0	5,1	12,6	33,9	27,7	13,3	3,1
1980	35,5	3,8	3,8	11,4	31,9	24,2	16,6	3,3
1981	38,3	12,9	1,9	12,9	35,8	21,5	16,0	2,9
1982	29,0	10,4	1,7	10,1	35,4	24,6	12,7	3,9
1983	32,7	11,2	1,5	11,1	36,4	27,0	12,4	3,3
1984	30,0	11,3	1,5	11,7	39,4	22,9	13,3	3,3
1985	30,9	11,2	1,3	12,4	38,4	28,9	10,1	3,9

A HT (hivatásos), TSz. (továbbszolgáló) állományúak körében az alapellátásban leggyakrabban előforduló betegségcsoportok (100 megjelent betegre számolva)



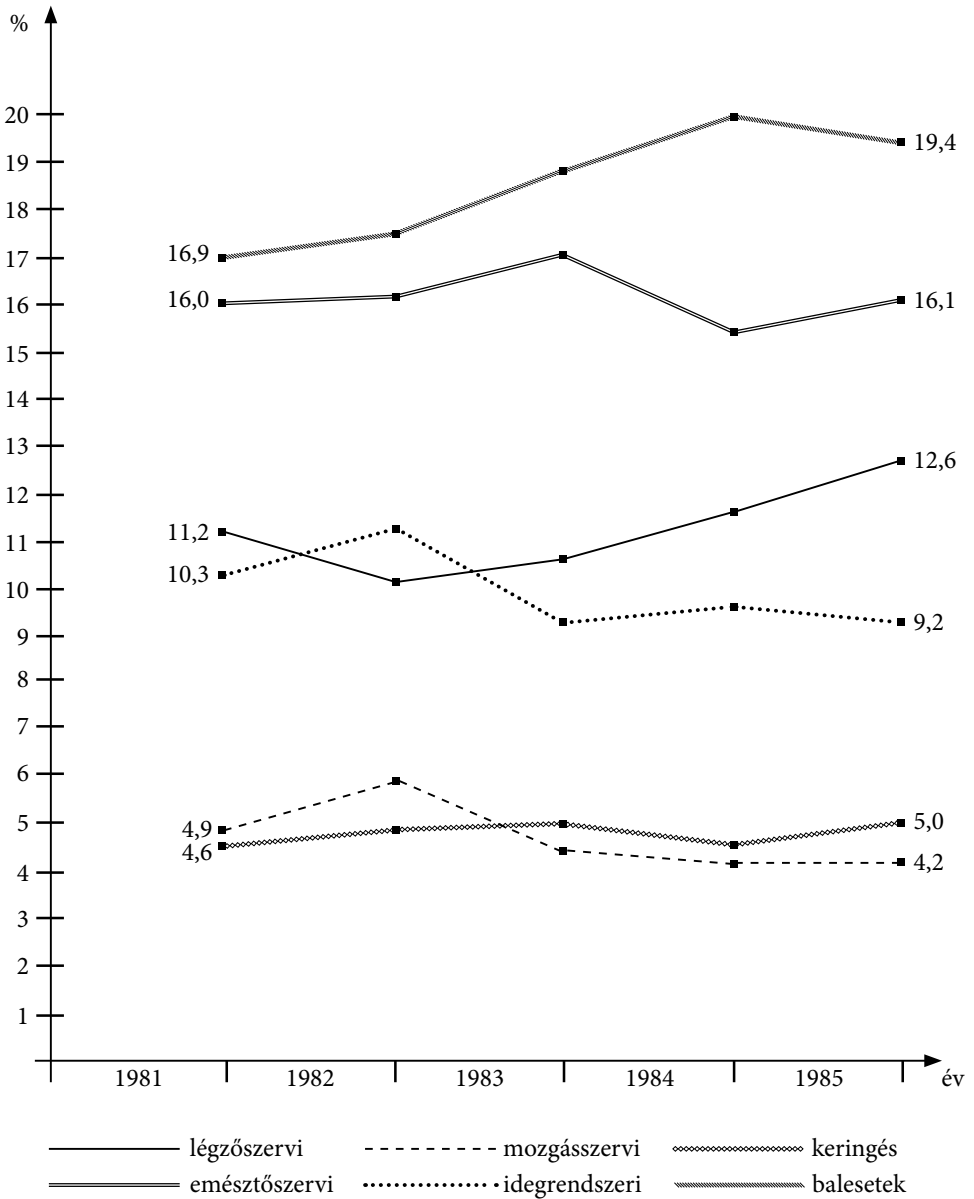
**Az MN HT (hivatásos) állományából gyakorlatilag egészségesek aránya
az éves szűrővizsgálatok alapján**



**Az MN kórházakban ápolott betegek számának alakulása
állománycsoportok szerinti bontásban (1981–1985)**

	1981		1982		1983		1984		1985	
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
Hivatalos állomány tsz. állomány	3 360	9,8	3 692	10,7	3 367	10,0	2 990	9,6	2 951	8,5
Sorállomány	11 839	34,7	11 519	33,3	10 572	31,4	10 545	33,6	10 972	31,8
Kinevezett polgári-, polgári alk.	2 081	6,1	2 882	8,3	2 075	6,1	1 550	4,9	1 656	4,7
Egyéb jogosult	6 178	18,1	5 918	17,1	5 604	16,6	5 927	19,1	5 812	16,8
Igényjogosult összesen	23 458	68,7	24 011	69,4	21 618	64,1	21 012	67,2	21 391	61,9
Nem igényjogosult	10 558	31,3	10 482	30,6	11 945	35,9	10 102	32,8	13 149	38,1
Összesen	34 016	100,0	34 493	100,0	33 563	100,0	31 114	100,0	34 540	100,0

A sorállományúak körében az alapellátásban leggyakrabban előforduló betegségcsoportok (100 megjelent betegre számolva)



A sorozások és a FÜV alapvető mutatói a sorkötelesekre vonatkozóan

Év	Sorozáskor minősített									Szolgálat alatt minősített		
	Behívható (%)	Korlátozással alkalmas (%)			Alkalmatlan (%)	Az alkalmatlanok % megoszlás szerint				K. A.	AN.	1971. %-ában
		B	C	D		Szív	Mozgás	Emésztő	Ideg			
71	82,4	–	8,2	–	17,6	22,5	11,8	10,1	15,0	400	5476	100,0
78	90,3	2,4	2,7	0,5	9,7	12,6	15,0	5,1	30,3	562	3713	67,8
80	88,6	2,2	2,9	0,6	11,4	11,4	3,8	3,8	35,5	733	2337	42,7
81	90,6	2,6	4,7	0,3	9,4	12,9	12,9	1,9	28,3	901	2553	46,6
82	88,4	2,1	2,4	0,5	11,6	10,1	10,4	1,7	29,0	894	2795	51,0
83	89,0	2,4	2,7	0,6	11,0	11,1	11,2	1,5	32,7	956	2820	51,5
84	88,3	2,3	2,9	0,4	11,7	11,7	11,3	1,5	30,0	953	3254	59,4
85	88,5	2,5	3,1	0,5	11,5	12,4	11,2	1,3	30,9	1238	3192	58,3

Az MN kórházakban ápolott betegek száma (összesen) kórházak szerinti bontásban

	1981		1982		1983		1984		1985	
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
Központi Katonai Kórház	18 657	54,9	18 905	54,8	17 442	52,1	17 227	55,5	17 616	50,9
1. Katonai Kórház	5 871	17,3	5 973	17,3	5 937	17,7	2 655	8,5	2 857	8,3
2. Katonai Kórház	5 100	14,9	5 471	15,8	5 864	17,4	5 773	18,6	5 275	15,3
3. Katonai Kórház	4 396	12,9	4 144	12,1	4 320	12,8	4 505	14,5	4 794	13,9
6. Katonai Kórház	–	–	–	–	–	–	863*	2,9	3 998	11,6
Összesen	34 024	100,0	34 493	100,0	33 563	100,0	31 023	100,0	34 540	100,0

* (1984. 09. 03–12. 31.)

Irodalom

- [1] 1848–2004. A hazáért. A Magyar Honvédség múltja és jelene. (Szaktudás Kiadó Ház Zrt. Budapest, 2006.) 398. o.
- [2] Svéd L.: A Magyar Honvédség egészségügyi biztosítása elvének és gyakorlatának változásai, sajátosságai, különös tekintettel a haderő átalakítására, a NATO-ba történő integrálásra, a különböző fegyveres konfliktusok, valamint a békefenntartó, béketeremtő és támogató tevékenységre. PhD értekezés, Budapest, 2003.
- [3] Az MN katona-egészségügyi szolgálata történetének összefoglaló adatai 1956–1980. között. Nytsz: 0649/20/1984. KGY.MN. Története 11/b. 25b
- [4] Remes P., Grósz A., Szabó J.: A magyar repülő-és űrrosvost története. 2013, Zrínyi Kiadó
- [5] MN történeti interjúk:
Téma: Katona-egészségügy, katonai orvoslás 2003. 05. 19., 06. 05. műv.n.sz. 21/2015.
Dr. Hideg János, Dr. Manninger Jenő, Dr. Vámos László, Dr. Farkas József orvos vezérőrnagyk.
- [6] MN EÜSZF 0091/1980. számú intézkedése (1980. szeptember 01.), a tartalékos hadkötelesek kiképzésére, az intézetek és csapatok összekovácslására és háborús időszakban a harc kiképzés megszervezésére és végrehajtására. Hadtörténelmi Levéltár (HL) 1107. doboz (d)/1690 őrzési egység (öe).
- [7] MN Hadtáp Főnökség 1981. évi titkos sorozatos rendelkezései HL 1109 d./1696 öe.
- [8] MN Hadtáp Főnökség 1982. évi titkos sorozatos rendelkezései HL 1111 d./1701 öe.
- [9] 00198/1982. az MN hadrendjének rendszeresített állománya, 1982. augusztus 01.,

- MN VK Szervezési Csoportfőnökség, HL 194/0816 HL Az MN rendszeresített és meg-lévő személyi állomány 1981–1982–1984–1986-ig HL 472 d./729 öe
- [11] MN VK Hadművelési Főcsoportfőnökség miniszteri szemle anyaga, 1984. és a „Kun-ság-83, Bazalt-83” hadgyakorlatok anyagai, MN V. Hadsereg 002061/1983. sz. gyakorlat értékelés, 31. és 54. old. HL 364 d./588 öe.
- [17] MN Hadtáp Főnökség (eü.szolg.) titkos sorszá-mú rendelkezések, 1983. HL 1114 d./1707 öe.
- [19] Jelentés az MN hadtáp helyzetéről 1988. HL 1133 d./1741 öe.
- [20] MN HF nyílt sorszámú rendelkezések 1980. HL 1108 d./1692 öe.
- [21] MN HF, MN EÜSZF-ség 1980. évi nyílt sor-számú rendelkezések. HL 1108 d./1693 öe.
- [22] Htp/16. Csapathadtáp Szakutasítás az állan-dó harckészültség időszakára. IV. rész. A sze-mélyi állomány egészségügyi ellátása.
- [23] 026/65/1980. 213/K áll.tbl. (B) MN VK Szer-vezési Főcsoportfőnökség. HL 400 d./645 öe. 1980.
- [24] Magyarország hadtörténete 2. Szerkesztő Tóth Sándor, 1985. Zrínyi Katonai Kiadó 572–574. o.
- [25] MN HTPF-ség, EüSZF 1981 évi nyílt sorszá-mú rendelkezések 1981. HL 1110d./1698 öe.
- [26] MN HF nyílt sorszámú rendelkezések 1981. HL 1110 d./1699öe,
- [27] MN Hadtáp főnökség nyílt sorszámú rendel-kezései, MN EüSZF-ség 1982 évi sorszámú rendelkezései HL 1112 d./1703 öe.
- [28] MN VK Hadművelési csoportfőnökség „Duna-82”, „Duna-83” hadgyakorlat anyagai HL 319 d./540 öe.
- [29] MN Hadtáp főnökség Egészségügyi szolgál-at főnökség 1983 évi nyílt sorszámú rendelkezé-sék HL 1115 d./1708 öe.
- [30] HM Titkárság HM KT ülés anyagai 1983-84. HL 83d./144 öe.
- [31] MNHF-ség Intézkedések a MÁTRA-III had-tápbiztosítására 1983 nytsz.0023/21/1983 HL 1108 d./1694 öe.
- [32] MN HTPF-ség, MN EüSZF-ség titkos sorszá-mú rendelkezések 1984 HL 1117d./1711 öe.
- [33] MN Eü. szolgálatfőnökség nyílt sorszámú rendelkezések 1984 HL 1119d./1715 öe.
- [34] HM Titkárság 1984 évi Titkos HM sorszá-mú rendelkezések HL 7 d./14 öe.
- [35] Éves beszámoló jelentések 1970-es-1980-as évek. MN VK Szervezési csoportfőnökség HL 638 d./927 öe.
- [36] A Hátországi Egészségügyi Alakulatok Pa-rancsnokságának rendeltetése és feladatai há-borúban (Dr. Törő István o.alez.) Hadtápbiz-tosítás, 1985. 2. sz. 107. o. XVIII. évfolyam.
- [37] Az MN csapatai és intézetei háborús tevé-kenysége egészségügyi biztosításának rend-je (Dr. Villányi Ferenc o.alez., Dr. László Imre o.alez., Dr. Horváth István o.ezds.) Hadtápbiztosítás, 1985 2. sz. 84. o. XVIII. évfolyam.
- [38] Éves beszámoló jelentések. 1970-es-80-as évek. MNVK Szervezési csoportfőnökség. Oláh István vez.ezds. Honvédelmi Miniszter előadói beszéde. Nytsz.0015/27/1985 HDM. HL 638 d./927 öe.
- [39] HM Titkárság HM KT ülésének anyagai 1985 HL 10d./31 öe.
- [40] MN Hadtáp főnökség (MNHF, EüSZF, KSzF, ÉSzF, ÜSzF) 1985 évi nyílt sorszámú rendel-kezések HL 1123d./1722 öe.
- [41] A csapat egészségügyi szolgálat helye és sze-repe a katona egészségügyi ellátásban. (Dr. Svéd László o.alez.) Hadtápbiztosítás, 1985. 2. sz. 100–102 o. XVIII évf.
- [42] MNHF Titkos sorszámú rendelkezések 1985 évi HL 1122 d./1720 öe.
- [43] HM Titkárság Vegyes Iratok 1982-85.014/ 1985 sz. jegyzőkönyv HL 11 d./34 öe.
- [44] Az „ORION-85” egészségügyi rendszer gya-korlat főbb tapasztalatai (Dr.Villányi Ferenc o. alez.) Hadtápbiztosítás, 1985 3. sz. 48–49. és 55. o. XVIII évf.
- [45–46] Honvédkórház Kórház-történet 1899–1999 Jubileumi Emlékkönyv. MN Védelem Egészségügyi Intézet Tudományos könyvtár
- [47] MN Hadtáp főnökség, Munkaterv 1986. Bakony-I Hadtápbiztosítás, Hadtáp helyzet-jelentés 1986. HL 1131 d./1733 öe.
- [48] MN Hadtáp főnökség MNHF 1986 évi Titkos sorszámú rendelkezések HL 1126 d./1726 öe.

- [49] MN HTP főnökség nyílt sorszámos rendelkezések 1986 HL 1127 d./1728 öe.
- [50] MN http főnökség, MN EüSZF 1986 évi nyílt sorszámos rendelkezések HL 1128 d./1729 öe.
- [51] Előterjesztés a Katonai Tanácshoz az MN személyi állományának béke egészségügyi ellátásának helyzetéről és fejlesztésének főbb irányairól HL 1131 d./1734 öe.
- [52] MNHF-ség, MN EüSZF-ség 1986 évi Titkos sorszámos rendelkezések HL 1127 d./1727 öe.
- [53] Tájékoztató az MN hadtáp vezető állománya részére megtartott a gazdasági-társadalmi kibontakozás feladatait meghatározó értekezletről. 1987. december 9.8-13.old. HL 1133 d./1739 öe.
- [54] MN HTP-főnökség személyügyi titkos sorszámú rendelkezések 1988 HL 1132 d./1737 öe.
- [55] MN HTP-főnökség 1988 évi munkaterve.053/1988 nytsz.ag. HL 1133 d/1739 öe.
- [56] MN HTP –főnök titkos sorszámos rendelkezések 1988 HL 1131 d./1735 öe.
- [57] MN EüSZF-ség titkos sorszámú rendelkezések 1988 NL 1132 d./1736 öe.
- [58] Szervezési csoportfőnökség szervezési intézkedések a haderő feladataira (Bakony-III, Gerecse-I) 1989, 1990. MN felsőfokú végzettséghez kötött beosztások nomenklatúrája 1979. HL624 d./912 öe.
- [59] A Magyar Néphadsereg negyed százada a rendszerváltástól napjainkig. HM Zrínyi Kiadó 2016, 67–69. o.

Lt. Gen. (ret.) Prof. L. Svéd M.D., PhD

History of the Medical Service of the Hungarian People's Armed Forces 1980–1989 (Part II.)

Part I of the comprehensive work has outlined ways of implementation and readiness of the medical service and its preparation and conditions for these tasks. Now, based on contemporary documents, I present memories of those special daily tasks of the medical service that are not part of the mission of other services of the military, namely the organization and management of treatment and preventive care for an increasing number of eligible patients and -for some reasons- the civil population. This period is also significant from this point of view, since long lasting infrastructure investments, and regeneration of the peacetime and wartime equipment park took place during this period. Significant progress has also been made in the development of preventive and research activities, which were indirectly considered part of the preparations for wartime period.

Keywords: Hungarian People's Army, military medicine, military hospitals, medical service, health screening, health education, epidemiology and public hygiene, sanatoria of the Hungarian People's Army, scholar, reconstruction, troop level medical units, garrison infirmary, organizational tasks, conditioning

*Prof. Dr. Svéd László ny. altbgy. PhD
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.*

HÍREK

VIGOROUS WARRIOR (Életerős Harcos) 2017. HADGYAKORLAT

2017. szeptember 4–22. között 26 nemzet több mint ezer egészségügyi szakembere végrehajtotta a *Vigorous Warrior (Életerős Harcos) 2017.* többnemzeti, többszintű, összhaderőnemi, egészségügyi hadgyakorlatot három helyszínen Németországban. A hadgyakorlat az előzetes értékelés szerint elérte célját és célkitűzéseit, amelyek a hadgyakorlat tervezésének kezdetén kerültek megfogalmazásra és elfogadásra. A hadgyakorlat a *Vigorous Warrior* egészségügyi hadgyakorlat-sorozat részeként került végrehajtásra negyedik alkalommal, amelyet minden második évben szervez meg a többnemzeti gyakorlattervező törzs, a NATO Katona-egészségügyi Kiválósági Központ (továbbiakban: NATO KEKK) és az önként jelentkező befogadó nemzet (host nation) vezetésével. A tervezés és végrehajtás során a teljes interoperabilitás megvalósítása érdekében a NATO Kollektív Kiképzési és Hadgyakorlat Irányelv 075-003 (Bi-SC Collective Training and Exercise Directive (CT&ED) 075-003) került alkalmazásra. Emellett a *Vigorous Warrior 2017.* hadgyakorlat bekerült a NATO Transzformációs Stratégiai Főparancsnokság (HQ SACT) által felterjesztett és az Észak-atlanti Tanács (North Atlantic Council) által jóváhagyott, elektronikus NATO Kiképzési és Hadgyakorlat Programba (electronic NATO Training and Exercise Programme (eNTEP) is, mint 3. típusú NATO hadgyakorlat. A hadgyakorlat célja volt, hogy gyakoroltassa és minősítse a NATO és partnernemzetek által létrehozott egészségügyi támogató rendszer interoperabilitását és manőverező képességét egy 5. cikkely szerinti (védelmi) műveletben, különös tekintettel a biológiai reagáló képesség a civil-katonai kontextus tekintetében, hogy az egészségügyi rendszer képes legyen Összhaderőnemi Többnemzeti Műveletek, úgymint a továbbfejlesztett NATO Reagáló Erők/Nagyon Magas Készenléti Összhaderőnemi Harccsoport (eNRF/VJTF) műveleteinek egészségügyi támogatásának biztosítására.

Történeti áttekintés

A *Vigorous Warrior hadgyakorlat-sorozat* immár többéves sikeres múltra tekinthet vissza.

Vigorous Warrior 2011.

Első alkalommal 2011 júniusában került megrendezésre azzal a célkitűzéssel, hogy az akkor Magyarország által megrendezett NATO Egészségügyi Főnökök Bizottsága (COMEDS – Committee of the Chiefs of Military Medical Services in NATO) részére bemutassa az 5. cikkely szerinti (védelmi) művelet egészségügyi biztosításának aktuális kérdéseit valósághoz közeli szimulált környezetben. Öt NATO KEKK tagország közreműködésével, teljes egészségügyi támogató rendszer került telepítésre és gyakoroltatásra a Magyar Honvédség Központi Gyakorló és Lőtérparancsnokság várpartjai gyakorlóterén, az akkori HM Állami Egészségügyi Központ (HM ÁEK) Role 4 végleges kiürítési iránnyal, amely szintén gyakoroltatásra került. Hosszú idő után ez

volt a Magyarországon végrehajtott és egyben első NATO katona-egészségügyi rendszergyakorlat, amely nagy sikert aratott. 2011-ben öt ország kétszáz fő katona-egészségügyi személyzete települt a gyakorlótéren. A kialakított rendszer magában foglalta a sérülés helyszíni ellátás (Point of Injury) és Role 1 képességek alájátszását, páncélozott szárazföldi, forgószárnyas légi, előretolt (forward) és harcászati (tactical) kiürítési eszközök, telepített Role 2 tábori kórházegység és Speciális Rendeltetésű (SOF) sebészcsoport alkalmazását a HM ÁEK, mint Role 4 szint végleges kiürítés irányával. A telepített rendszer kialakításában és működtetésében nagy szerepet játszott az akkori MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ, melynek a *Vigorous Warrior 2011.* hadgyakorlat biztosította, hogy többnemzeti hadgyakorlat szervezésében tapasztalatot és magas szintű nemzetközi elismerést szerezzen.

Vigorous Warrior hadgyakorlat-sorozat

A siker és az elért kiképzési eredmények hatására a NATO KEKK Irányító Testület (Steering Committee) döntött a *Vigorous Warrior* hadgyakorlat-sorozat kialakításáról és kétévenkénti megrendezéséről. A hadgyakorlat-sorozat célja, hogy többnemzeti katona-egészségügyi platformot biztosítson a NATO KEKK, NATO és partnernemzetek részére kollektív katona-egészségügyi követelmények megvalósításának elősegítése érdekében.

Vigorous Warrior 2013.

2013-ban Németország befogadó nemzeti támogatása mellett 11 NATO és partnernemzet részvételével az együttműködéstől az integráció felé történő elmozdulás jegyében került a hadgyakorlat végrehajtásra. Ekkor, ún. nem 5. cikkely szerinti (békeműveleti) művelet egészségügyi biztosítása képezte a gyakorlat célját. Több mint hatszáz fős katona-egészségügyi személyzet vett részt a Bundeswehr feldkircheni egészségügyi kiképzőbázisán, az ottani Egészségügyi Kiképző Ezred támogatása mellett. A hadgyakorlat célkitűzései új elemként magukba foglalták a NATO egészségügyi értékelést (Medical Evaluation), a hadgyakorlat értékelést (Exercise Evaluation) és NATO egészségügyi tapasztalatfeldolgozást (Lessons Learned). Sikeresen került már akkor tesztelésre a moduláris kialakítás az Okos Védelem (Smart Defence) Tier 1.15 project keretében telepített Role 2 képességű többnemzeti egészségügyi harccsoport (Medical Task Force) alkalmazása során.

Vigorous Warrior 2015.

2015-ben a Cseh Véderő Katona-egészségügyi Ügynöksége (Military Medical Agency) jelentkezett a befogadó nemzeti támogatás biztosítására, így a hadgyakorlat Hradec Kralovében került megrendezésre. A bázis befogadóképessége (300 fő körül) határozta meg a résztvevők létszámát, 14 NATO és partnernemzet 334 fővel vett részt a hadgyakorlat céljának és célkitűzéseinek megvalósításában. Új eleme volt a tervezésnek és végrehajtásnak, hogy a hadgyakorlat először került be az elektronikus NATO Kiképzési és Hadgyakorlat Programba. Emellett, biológiai reagáló képesség és az egészségügyi tapasztalatfeldolgozás képezte a vezetői prioritásokat az addig elért képességek megtartása mellett. A hadgyakorlat fő célja és célkitűzései mellett pontosan kerültek meghatározásra a résztvevő nemzetek további ún. gyakorlatképzési céljai (exercise training objectives). Nagyban hozzájárult a célok eléréséhez a kana-

dai esetmenedzselő (case manager) csoport bevetése, amely biztosította a valós idejű, folyamatos, speciális klinikai visszajelzést a kiképzésen résztvevő állomány részére. Fontos eredmény volt annak bemutatása, hogy többnemzeti megoldás alkalmazása esetén a Szövetség képes teljes körű, gyorsdiagnosztikát, valamint teljes elkülönítés melletti kezelést és kiürítést biztosítani biológiai természetes vagy mesterséges incidensek esetén. A NATO egészségügyi tapasztalatfeldolgozási rendszer továbbfejlesztése, képzéskialakítása és folyamatos biztosítása is hozzájárult a megnövekedett számú megfigyelések összegyűjtéséhez, azok professzionális feldolgozásához és az ún. azonosított tapasztalatok (Lessons Identified (LI)) publikálásához. 2015. szeptemberében a nemzetek a NATO Kollektív Kiképzési és Hadgyakorlat Irányelv 075-003 szerint jóváhagyták a hadgyakorlat végső értékelését (Final Exercise Report (FER)) és az azonosított tapasztalatokat.

Kihívásként jelentkezett a hadgyakorlat eredeti befogadó nemzetének, Franciaországnak a visszalépése a francia egészségügyi szolgálat akkori terrortámadások következtében jelentősen megnövekedett feladatrendszerének kialakítása és a szakállomány jelentős leterheltsége miatt. Ennek következtében Csehország jelentkezése csak a hadgyakorlat végrehajtását megelőző kevesebb, mint egy évvel történt meg, amely egy gyorsított hadgyakorlat tervezési ciklus végrehajtását eredményezte. A kialakított tervező csapat személyes kvalitásai, elkötelezettsége, a nemzetek szoros bevonása, az előző iterációban résztvevő tervezői állomány egy részének sikeres megtartása, valamint a vezetés folyamatos és kiszámítható biztosítása tette lehetővé a gyorsított tervezésből adódó nehézségek áthidalását.

Hasonló helyzet kialakulásának megelőzése érdekében a NATO KEKK már a 2015-ös végrehajtás során nagy hangsúlyt fektetett a következő iteráció befogadó nemzetének jelentkezésére. Az erőfeszítések és a NATO KEKK – Bundeswehr Egészségügyi Parancsnokság szoros együttműködésének eredményeként újra Németország, a Bundeswehr jelentkezett a feladat végrehajtására *Dr. Michael Tempel* orvos altábornagy döntésének megfelelően.

Vigorous Warrior 2017. megszervezése

Az évek során kialakult gyakorlatnak megfelelően a Bundeswehr részéről kijelölésre került a *Vigorous Warrior 2017* hadgyakorlat befogadó nemzeti támogatási feladatok végrehajtására az Egészségügyi Műveleti Támogató Parancsnokság (Medical Operational Support Command) Weißenfels. 2015. november-december folyamán végrehajtásra került a lehetséges NATO és partnernemzetek részvételével a hadgyakorlat specifikációs ülés Lipcsében. Ez jelentős változást jelentett az eddigi gyakorlathoz képest, amikor a befogadó nemzet és a NATO KEKK határozta meg a hadgyakorlat kereteit. Először került sor többnemzeti részvétel bevonása mellett meghatározásra a hadgyakorlat fő célja, célkitűzései, helyszíne, időrendje és a vezetés rendszere. A NATO Kollektív Kiképzési és Hadgyakorlat Irányelv 075-003 pontosan meghatározza a különböző tervezési eseményeket, azok tartalmát és a kiadandó dokumentumokat. Az irányelv alkalmazása nagyban megkönnyíti a többnemzeti erőfeszítések koordinációját, mivel a NATO és partnernemzetek egyaránt ismerik és használják.

Cél és főbb célkitűzések

A hadgyakorlat célját a bevezetőben már ismertettem. Ennek megfelelően kerültek megfogalmazásra közösen a nemzetekkel a főbb célkitűzések:

- Gyakoroltatni és egészségügyi szempontból értékelni a többnemzeti egészségügyi támogatás rendszerének moduláris megközelítését (modular approach), beleértve vezetést, irányítást, híradót, informatikát és felderítést (C4I).
- Gyakoroltatni a harcászati tábori kórház manőverek végrehajtását.
- A Keretnemzeti Konceptió Role 2 alap (FNC R2B) tábori kórházegység tesztelése és egészségügyi minősítése.
- Katona-egészségügyi, civil, többnemzeti és szerződött egészségügyi szervezetek együttműködésének gyakoroltatása.
- Az egészségügyi ellátási folyamat, beleértve a hadászati kiürítést, gyakoroltatása.
- Lehetséges biológiai támadás vagy természetes járvány kitörésére adott válasz és készenlétének gyakoroltatása.

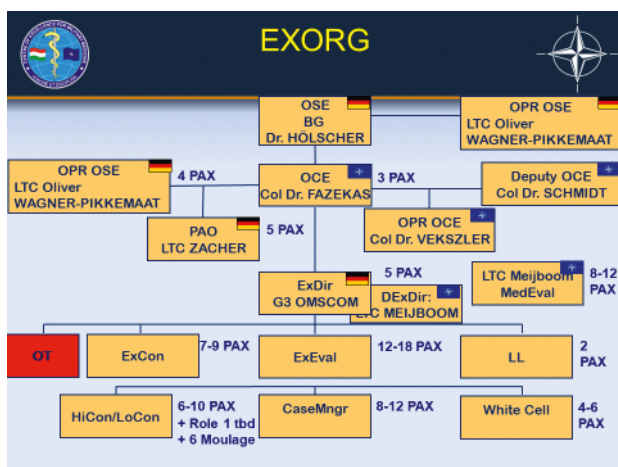
A cél és célkitűzések időbeli, világos megfogalmazása és folyamatos kommunikációja elengedhetetlen feltétele több nemzet bevonásának a hadgyakorlat során. Későbbiekben a résztvevő egységek pontos ismeretében kerültek meghatározásra a részükre kialakított részletes hadgyakorlat kiképzési célok, melyeknek ismertetéséről terjedelmi okokból eltekintek.

Gyakorlatot Végrehajtó Parancsnokként két új elvárást fogalmaztam meg már a specifikáció során, melyeket a tervezés és végrehajtás során folyamatosan nyomatékossítottam. Az egyik elvárásom volt a tábori kórházegységgel (Role 2) történő manőver végrehajtása, melynek végrehajtására végig nagy hangsúlyt fektettem. Ilyen manőverek gyakoroltatására az elmúlt tíz évben nem volt példa, viszont a megváltozott katona-politikai helyzetből adódóan már a wales-i majd a varsói NATO-csúcs meghatározta a védelmi képességek fejlesztését és ezen képességek gyakoroltatása elképzelhetetlen dinamikus szcenárió nélkül, melynek elengedhetetlen eleme a manőverezés. Második elvárásom a koncepciófejlesztési és kísérletképesség kialakítására irányuló NATO KEKK tevékenység bevonása a hadgyakorlatba, első lépésként kísérlet végrehajtása a hadgyakorlaton szimulált környezetben. A NATO Transzformációs Parancsnoksággal együttműködve végül három kísérlet került végrehajtásra, melyek során a NATO KEKK jelenleg a kiválósági központok között egyedülálló képességgel rendelkezik.

Vezetés

A *Dr. Andreas Hölscher* orvos dandártábornok, Bundeswehr Egészségügyi Művelési Támogató Parancsnokság, parancsnokhelyettese látta el a Gyakorlatot Elrendelő Parancsnok (Officer Scheduling Exercise (OSE)) feladatkört. A NATO KEKK részéről magam láttam el (másodsor) a Gyakorlatot Végrehajtó Parancsnok (Officer Conducting Exercise) feladatot a befogadó és résztvevő nemzetek elvárásának megfelelően. Kiemelendő, hogy a hadgyakorlat megszervezésének sikere érdekében fontos a felelős személyek időben történő kijelölése, mert rajtuk keresztül biztosítható az adott nemzetek és szervezetek bevonása a tervezési és döntési folyamatokba. A NATO KEKK részéről a rendelkezésre álló tapasztalt személyi állomány kulcs-

pozíciókba helyezése szintén elengedhetetlen feltétele a rendelkezésre álló kollektív szakértelem hozzáadása érdekében. Kiemelt, sokéves tapasztalat, hogy az OSE és a Gyakorlat Igazgató (Director Exercise (DIREX)) mindig a befogadó nemzet részéről kerüljön kijelölésre, mert ez biztosítja a gyors reagáló képességet egy esetleges baleset vagy bármilyen sürgős beavatkozás szükségessége esetén, a végrehajtás során. Továbbá, ez biztosítja a befogadó nemzet megfelelő, sokszor nem egészségügyi szervezeteinek bevonását is. A megszokott és begyakorlott folyamat szerint a NATO KEKK kijelölte a gyakorlat igazgatóhelyettesét, *Oscar Meijboom* alezredest, aki nagyon hatékonyan alkalmazza a NATO Kollektív Kiképzési és Hadgyakorlat Irányelvet 075-003. A NATO KEKK saját állományából biztosította az egészségügyi gyakorlattervezőt, a gyakorlattervező törzsvezetőt, a tapasztalatfeldolgozó munkacsoport helyettes vezetőt, a szcenárió munkacsoport vezetőt, a MEL/MIL csoportvezetőt, a gyakorlatértékelő munkacsoport helyettes vezetőt, a koncepciófejlesztő és kísérlet munkacsoport vezetőt. További számos beosztást láttak el a NATO KEKK szakemberei. A tervezés és végrehajtás során gyakorlatilag a teljes szakállomány bevonásra került. A hadgyakorlat sikeres végrehajtásához szükséges számos kulcselem közül az egyik a megfelelő pozíciók időbeli többnemzeti betöltése, amelyet ezúttal is sikerült megvalósítani (1. ábra).



1. ábra. A Vigorous Warrior 2017. gyakorlat szervezete

A hadgyakorlat helyszíne

Ezúttal a rendezvény keretében helyszín-szemrevételezés is végrehajtásra került, és a Bundeswehr Lehnin kiképző bázison már ekkor látszott, hogy a bázis alkalmas nagyobb létszámú hadgyakorlat végrehajtására a 600 fő körüli befogadó képességével. Lehnin kiképző bázis Berlin melletti elhelyezkedése kedvező volt a gyakorlaton résztvevő szakállomány és megfigyelők szempontjából. Számos lőtér és harcászati gyakorlótér szemrevételezése megtörtént és a főbb elemek települési szakaszai is kijelölésre kerültek.

Emellett a Bundeswehr javaslatára meghatározásra került, hogy a nem túl távoli Holzdorf légi bázis lesz a helyszíne a légierő kötelékébe tartozó elemek településének. Ennek szemrevételezésétől eltekintettünk.



2. ábra. A Vigorous Warrior 2017. gyakorlat időrendje

Már ekkor felmerült, hogy a hadgyakorlat összhaderőnemi jellegéből adódóan szükség lehet egy kikötő kijelölésére a haditengerészeti komponens részére. Ennek biztosítása érdekében tett lépések eredményeként Rostock hadikikötő lett kijelölve erre a célra, és itt települtek a biológiai képesség szakaszai is. A Bundeswehr egy fregatt osztályú hadihajót biztosított a hadgyakorlat részére haditengerészeti platformként.

A viszonylag nagy távolságok kihívást jelentettek a vezetés irányítás megvalósítása során a végrehajtás folyamán, viszont nem valószínű, hogy más módon biztosítható szárazföldi, légi és haditengerészeti erők közös gyakoroltatása.

A hadgyakorlat időrendje

Az időrend mielőbbi meghatározása szintén elsőrendű a nemzetek sikeres bevonása szempontjából. A Lehnin kiképző bázis elfoglaltsági tervéből adódóan került meghatározásra a végrehajtás ideje. Ez alapján az NATO Kollektív Kiképzési és Hadgyakorlat Irányelvben 075-003 meghatározott tervezési konferenciák ideje és helyszíne kijelölésre kerültek. A kétéves tervezési ciklus a legkedvezőbb a nemzetek bevonása szempontjából, mivel számos nemzet külföldi igénybevételeinek tervezése eléri a két évet. Egyes nemzetek képesek rövidebb időszakokra is elkötelezettséget vállalni, de általános, hogy egy éven belül ez már nagy nehézségekbe ütközik vagy lehetetlenné válik. A kétéves ciklus biztosít elég időt a nemzetek bevonására olyan szempontból is, hogy több szinten képes a NATO KEKK szinkronizált, megfelelő üzenetek eljuttatására feljűk kihasználva több kiképzési és COMEDS fórumot is. Lásd: Életerős Harcos 2017 időrendje.

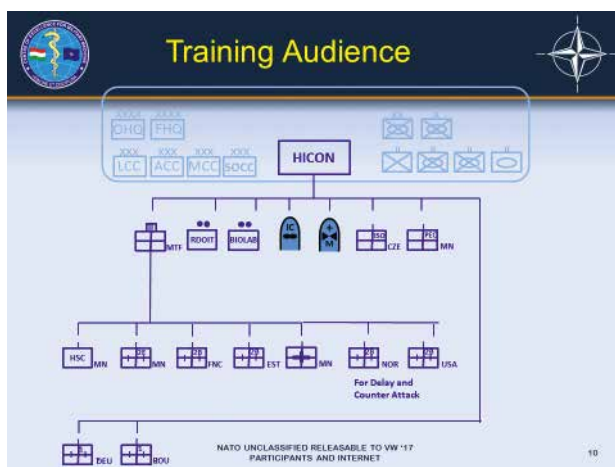
Szcenárió, fő események/fő incidensek listája (Major Event List/Major Incident List (MEL/MIL)), és kísérletek kialakítása és a kiképzendő egységek szervezete

A NATO KEKK a nemzetekkel együttműködve és a kiképzendő egységek és állomány részére legmegfelelőbb szcenáriót és MEL/MIL listát alakította ki. A védelmi művelet sajátosságaiból adódó rendkívül dinamikus, rendkívül összetett és leterhelt szcenárió biztosította a képzési követelmények és célkitűzések elérését. Ennek érdekében a NATO KEKK állománya részt vett a NATO Összhaderőnemi Hadgyakorlat Menedzselő Modul (Joint Exercise Management Modul (JEMM)) képzésen,

valamint a koncepciófejlesztő és kísérlet tanfolyamon is. Megelőző képzés nélkül a védelmi műveletet szimuláló nagy intenzitású egészségügyi helyzet kezelése nem lett volna lehetséges. A JEMM használatával 365 eset került betervezésre a többnemzeti egészségügyi rendszerbe valós idejű menedzselés mellett.

Három kísérlet: modularitás/interoperabilitás, biológiai válaszkészség és civil-katonai interfész került megtervezésre két formában.

A tervezési időszak során megtervezésre és folyamatos pontosításra került a részvevő egészségügyi aegységek szervezete. A szárazföldi erők nagy részét egy Egészségügyi Harccsoportba szerveztük, amelyben 1 Role 2E és 4 Role 2B került, emellett rendelkezett egy egészségügyi kiürítő századdal is, amelybe a szárazföldi és légi harcászati kiürítő kapacitások kerültek. A Harccsoporttól külön kialakításra került egy Biológiai Reagáló Század mintavevő, laboratóriumi és elkülönítő kórházi kapacitással. Magasabb egység alárendeltségbe került kialakításra a hadászati kiürítés és a haditengerészeti kapacitás is (3. ábra).



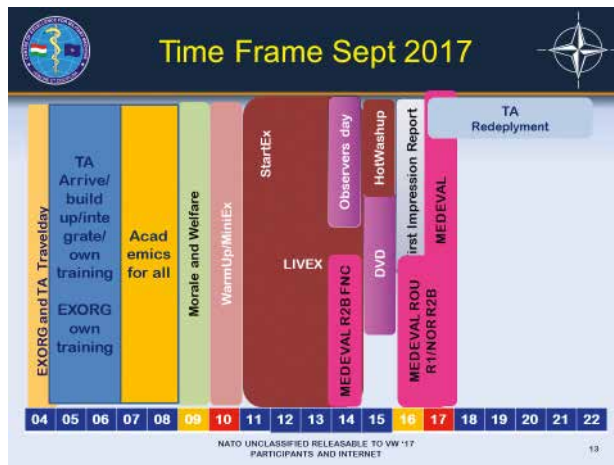
3. ábra. A Vigorous Warrior 2017. résztvevő egységek szervezete

Vigorous Warrior 2017. végrehajtása

Az elmúlt évtized legnagyobb, legbonyolultabb és legösszetettebb egészségügyi hadgyakorlatát sikerült végrehajtani szeptember folyamán. A hadgyakorlat végrehajtása során figyelembe vettük az előző iterációk tapasztalatait, például: az időrend meghatározása során kibővített felkészítést hajtottunk végre (Academics) (4. ábra).

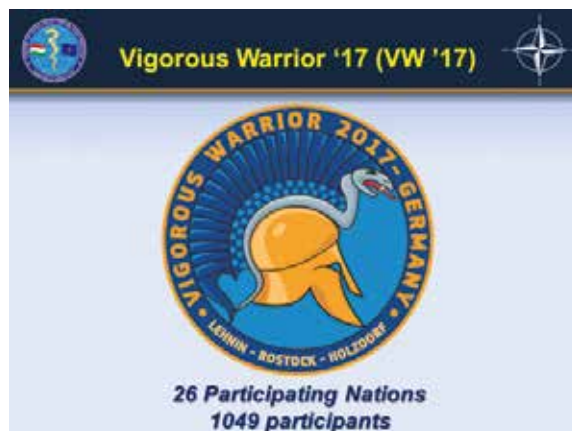
Vezetés

A rendkívül komplex, intenzív és nagy létszámú hadgyakorlat vezetése folyamatos kihívást jelent a gyakorlatvezetés részére. A végrehajtás időszakában elengedhetetlen a feladatok egyértelmű meghatározása. A gyakorlatvezetés szervezete önmaga is elérte a 100 főt. Folyamatosan hangsúlyt kell fektetni mind a belső, mind a külső kommunikációra, a csapatszellem építésére és fenntartására. 26 nemzet katonái rendkívül sokféle szakmai és személyes háttérrel rendelkeztek. A szükséges motiváció és morál kialakítása és fenntartása szintén kihívást jelentett. A harcrend (Battle rhythm) kiala-



4. ábra. A Vigorous Warrior 2017. végrehajtás időrendje

kítésával sikerült biztosítani a szükséges kommunikációt mind a résztvevő nemzettekkel (naponta megbeszélés a nemzeti rangidősökkel), mind a résztvevő egységekkel. Folyamatosan végrehajtásra kerültek a betervezett eligazítások és rendezvények. Az egységek beérkezése után közös sorakozó került végrehajtásra, amelyen tudattam a résztvevő állománnyal a végrehajtás során elvárt hozzáállást, megfogalmaztam és hangsúlyoztam a biztonságos végrehajtás szükségességét és természetesen a hadgyakorlat célkitűzéseit. Ez alkalommal a résztvevők 30 %-a vett részt először karrierje során többnemzeti eseményen. A közös értékek hangsúlyozása és a szimbólumok alkalmazása (VW '17 karjelzés) jól használható eszközök a közös csapatszellem kialakítására. Továbbá, a megoldásra törekvés hangsúlyozása és a problémák diplomatikus kezelése is szükséges, kifejezetten a többnemzeti környezet miatt az állomány nehezen ismeri fel, amikor esetleg nemzeti keretekben megszokott eljárás más nemzetnél sértő is lehet. A vezetők folyamatos jelenléte és támogatása szintén szükséges a kihívások kezeléséhez (5. ábra).



5. ábra. A Vigorous Warrior 2017. logó és karjelzés

Szcenárió menedzselés, MEL/MIL, kísérletek

A beérkezett egységek integrálását, közös felkészülését követően került végrehajtásra a rendkívül intenzív képzési program. Napi 60-70 sérült került bejátszásra a többnemzeti egészségügyi rendszerbe. A JEMM szoftver alkalmazása biztosította az események valószínű idejű bejátszását és követését. Döntnök-kiképzők (Observer Trainers) és esetmenedzserek (Case Managers) alkalmazása biztosította a biztonságos és klinikailag is kihívást jelentő dinamikus képzést. A MEL/MIL bejátszások folyamatos, dinamikus bővítése és frissítése elengedhetetlen a megfelelő képzési eredmények elérése céljából.

A már említett három kísérlet két formában a tervezettek szerint került végrehajtásra. Mint új elem, nagy kihívást jelentett a bevont állomány részére. Nem volt egyszerű a nemzetektől beérkezett állomány integrálása a kísérleteket végrehajtó csoportokba. A biológiai reagáló képesség kísérletet még a hadgyakorlat dinamikus végrehajtási fázisa előtt, de már a helyszínen tartózkodó alegységparancsnokok bevonásával, Table Top Exercise (TTX) formában hajtottuk végre. A két másik kísérlet a dinamikus végrehajtás során került megrendezésre az alegységek bevonása mellett, a gyakorlatirányítás és végrehajtásrendszer használatával, de a gyakorlatszcenáriótól időben elkülönítve. Mindkét módszer alkalmas kísérletek objektív végrehajtására és dokumentálására.

Vigorous Warrior 2017. eredményei

A hadgyakorlat tervezése és végrehajtása során, mint bármely más katonai hadgyakorlaton a Gyakorlatot Végrehajtó Parancsnok szempontjából a biztonságos és balesetmentes végrehajtás elsőrendű prioritás, amelyet sikerült elérni. Az előzetes értékelés során értékeltem a cél és főbb célkitűzések végrehajtását, amelyeket a többnemzeti szakállomány maradéktalanul végrehajtott. Az új feladatok szempontjából figyelemreméltó, hogy sikerült két tábori kórház manővert is végrehajtani a dinamikus fázisban, amelyet az észti Role 2B tábori kórház hajtott végre. A manőver során három óra alatt készült fel az egység a leürítést követően az áttelepülésre, és a manőver végrehajtása után szintén három órára volt szükségük a településre és a készenlét elérésére. Ez az időrend teljesen megfelel egy támogatott egység dinamikus egészségügyi támogatásának biztosítására. További négy Role 1 manőver is végrehajtásra került, melyek gyakoroltatása felezte az áttelepüléshez szükséges időt.

A NATO KEKK képes volt a koncepciófejlesztési és kísérletképességet kifejleszteni 2017-ben. Ez a képesség a jövőben lehetővé teszi koncepcionális és doktrinális kérdések kísérletek útján történő eldöntését, amely alkalmas arra, hogy megelőzze esetleges, nem célszerű döntések műveleti alkalmazását.

26 NATO és partnernemzet bizonyította, hogy képes rövid idő alatt teljes interoperabilitás elérésére többnemzeti komplex helyzetben is.

Egészségügyi tapasztalatfeldolgozás terén ismét nagy előrelépés történt, 370 megfigyelés került összegyűjtésre. A megfigyelések nagyobb része került passzív módon felterjesztésre, amely az eddigi képzés eredménye. A begyűjtött megfigyelések 10% a NATO KEKK által fejlesztett mobil applikáción keresztül került be a rendszerbe, amely applikáció letölthető iOS és Android eszközökre is.

A JEMM szoftver használata lehetővé teszi a kidolgozott bejátszások további alkalmazását, mivel ezek (inject) JEMM kompatibilis formában kerültek be a NATO

KEKK adatbázisába. A 365 részletes beteg/sérült anyag (patient file) szintén bekerült az adatbázisba, így más egységek és szervezetek is használhatják. A beteg/sérült anyagokhoz teljes klinikai, diagnosztikai háttér került kialakításra: CT, labor és klinikai képek, adatok, leírások becsatolásával.

A hadgyakorlat végleges értékelését és a folyamatban lévő megfigyelt tapasztalatokat az ún. Hadgyakorlatot Követő Megbeszélés (Post-exercise Discussion (PXD)) keretében fogják 2018. januárban a résztvevő nemzetek jóváhagyni. A végleges értékelés fogja tartalmazni a részletes kiképzési célok elérésének értékelését, így ezek és a megfigyelt tapasztalatok további publikálása a későbbiekben történik meg.

2017. szeptember 15-én került végrehajtásra a Kiemelt Látogatói Nap (Distinguished Visitors Day (DVD)), amelyen 120 fő fölötti kiemelt látogató vett részt, köztük 65 tábornok rendfokozatú látogató. A Kiemelt Látogatói Napon a 26 nemzet több mint ezer egészségügyi személyzetének sikerült bemutatni az elért eredményeket, és átadni a kialakult többnemzeti csapatszellemet (6. ábra).



6. ábra. A NATO KEKK csapata, Lehnin

Összegzés

A *Vigorous Warrior 2017* hadgyakorlat sikeresen végrehajtásra került szeptemberben, Németországban három helyszínen, a hadgyakorlat-sorozat negyedik iterációjaként. Az utóbbi évtized legnagyobb szabású, komplexitású egészségügyi rendszergyakorlata sikeresen hozzájárult a résztvevő nemzetek interoperabilitásának fejlesztéséhez. Ilyen egészségügyi rendszergyakorlatok elengedhetetlenek az egészségügyi erők többnemzeti, összhaderónemi környezetben történő sikeres alkalmazásához. A hadgyakorlat végrehajtása lehetővé tette a NATO KEKK és ezen keresztül a Magyar Honvédség nemzetközi elismerésének növelését.

*Dr. Fazekas László o. ezds., NATO KEKK igazgató
Gyakorlatot Végrehajtó Parancsnok*

REFERÁTUM

Rana, M.: Issues and Challenges of Nepal Earthquake 2015 on Mental Health Services

(A 2015-ös nepáli földrengések mentálhigiénés kihívásai) *MCI 3/2016, 16-19.*

2015 áprilisában és májusban egymás után két nagy erejű (7,8 valamint 7,3 Richter skála szerint) földrengés és számos utóregés rázta meg Nepált. 8844-en veszítették életüket, 22 000-en sérültek meg, több mint 150-en eltűntek és százezrek veszítették el otthonaikat és értékeiket.

A földrengést követően a nepáli mentálhigiénés szolgálat komoly kihívás elé nézett. A fővároson, Katmandun kívüli egészségügyi intézmények 90%-a működésképtelenné vált, és 26 kórház teljesen megsemmisült. Az ideiglenesen felállított egészségügyi ellátó helyeken **kezelt napi 500 betegnek kb. 10%-a panaszolt mentális problémákat és számos túlélő tapasztalt mentális zavarokat.**

Nepálban a mentális problémák stigmatizálása nagyon elterjedt, a szakmai kezelésnél elfogadottabbak a népi gyógyítók. A népi gyógyítók véleménye szerint ezeknek természetfeletti oka van (szellemek, boszorkányok, fekete mágia, előző életbeli bűnök, cölibátus), megfelelő kezelés helyett általában kirekeszti őket a társadalom és a munkahely. Pszichológiai, pszichiátriai kezelés helyett ezek a szokások az elfogadottak. Bár a mentális betegség meghatározása nem tisztázott, általánosságban megbomlott elmével, örültséggel azonosítják, a körzeti megbízottnak (megfelelő szakmai ellátás nélkül) joga van bebörtönözni az ilyen embereket önmaguk és a közösség biztonsága érdekében. Jelenleg Nepálban több ártatlan ember ül börtönben mentális zavarok miatt, mint amennyit pszichiátrián kezelnek.

Nepálban napjainkig sincs nagy prioritása a mentális betegségek kezelésének, mindössze egyetlen kórház foglalkozik specifikusan pszichiátriai betegekkel kb. 400 ágygal. Az éves egészségügyi költségvetésnek mindössze 1%-át költik mentális betegségek gyógyítására. A kormányzat nem vezet hivatalos feljegyzéseket a mentális zavarok prevalenciájáról. 100 000 lakosra csupán 0,22 pszichiáter szakorvos, 0,06 pszichológus és csak 0,25 szakképzett nővér jut, míg nép gyógyítóból minden 650 lakosra jut 1. **A mentális zavarokkal küzdők 90%-ának nincs hozzáférése professzionális kezeléshez.** A nehéz társadalmi és gazdasági körülmények, a gyakori természeti katasztrófák gyakran fokozzák a mentális betegségek kockázatát, a társadalmi kaszt-diszkrimináció, a nemi diszkrimináció, a szakemberek és pszichotróp gyógyszerek hiánya akadályozza az ellátáshoz való egyenlő hozzáférést. Nepálban nagyon magas az illegális drogkereskedelem aránya is, ami gyakran veszélyezteti a népesség egészségét, továbbá komoly gondot okoz az alkohol abúzus is.

Nepálban a földrengések előtt is komoly kihívás volt a mentális betegségek nagy száma (egyes kutatások szerint a földrengést megelőző időszakban is 20% körül volt a prevalenciájuk, ami távoli vidékeken akár 37% is lehetett.) A mentálhigiénés szakma kihívásai a stigmatizálás, a primér ellátóhelyeken a megfelelő számú szakképzett humán erőforrás, a pszichotróp gyógyszereket elrendelő szakorvosok és gyógyszerek, valamint ezen a területen végzett epidemiológia kutatások hiánya. A problémák jó része az Egészségügyi Minisztériumon belüli koordináció hiányosságaiból adódik.

Nepálban a kormányzat 1996-ban a mentálhigiéne területén alapelveket fogalmazott meg, 2009-ben bevezették a Szervezetek Közötti Bizottság (IASC) Útmutatóját a vészhelyzetekben biztosítandó Mentálhigiéne és Pszichoszociális támogatásról. Ennek ellenére a nepáli kormányzatnak nincs fókuszpontjában a mentális egészség megőrzése és a pszichoszociális támogatás, a gyermekeket nem veszik kellően figyelembe a katasztrófa rizikó csökkentő programokban. A fiatalok munkalehetőség miatti kivándorlása és az embercsempészet további jelentős változásokat okozott a szociális és kulturális normákban és értékrendekben.

A földrengések után a Nepáli Egészségügyi és Társadalmi Minisztérium bevezette az Egyesült Nemzetek Mentális és Pszichoszociális Szolgáltatások Klaszter Megközelítését (UN MHPSS), melyben a védelmi klaszteren belül megjelenik a pszichoszociális támogatás alcsoportja, és az egészségügyi klaszteren belül pedig megalakult a mentálhigiéne alcsoport. Ezt követően nemzeti és nemzetközi csapatok is bevonásra kerültek a földrengések áldozatainak mentálhigiéne támogatására.

A Tribhuvan Egyetem Oktatókórházának Pszichiátriai és Mentálhigiéne Osztálya rögtön felállított egy 24 órás krízis menedzsment help desk szolgáltatást, valamint a betegosztályozó (trage) területeken és fekvőbeteg részlegeken közvetlen betegágy melletti pszichológia támogatást szervezett. Pszichiátereket, klinikai pszichológusokat, szakképzett nővéreket és rezidenseket küldött a katasztrófa sújtotta területekre, akik biztosították az azonnali krízis intervenciót, pszichológiai elsősegélyt, trauma tanácsadást, szükség esetén pszichiátriai szakellátást a sérültek, az eltűntek családtagjai részére.

Nemzeti és Nemzetközi nem kormányzati szervezetek (NGO, INGO) is aktivizálódtak a katasztrófa után a mentális egészségmegőrzés területén. Több mint 100 nemzetközi szervezet csatlakozott a teljes katasztrófa csökkentéshez, ezek közül 20 speciálisan a mentális egészség és pszichológiai támogatás területén tevékenykedő MHPSS szervezet volt. Több mint 86 pszichoszociális tanácsadó és pszichológus került bevetésre.

165 katasztrófa áldozat pszichiátriai vagy pszichológiai ellátását dokumentálták. A súlyos sérültek és a családtagok körében, ebből 73 beteg Katmanduban, 92 beteg pedig távolabbi vidékeken került ellátásra. A **legtöbb beteg nyugtalansággal, szorongásos zavarokkal (7%), akut stressz reakcióval (44%), akut stressz zavarral (9%), egyéb szorongásos zavarokkal (18%), depressziós zavarokkal (7%), alkalmazkodási zavarokkal (3%) volt kezelve.** Részükre trauma tanácsadás, viselkedési intervenció tanácsadást, pszichiátriai-, pszichológiai támogatást biztosítottak. A statisztikai adatok elemzése alapján számítani lehetett további PTSD és más szorongásos-, illetve depressziós zavarok előfordulásának megemelésére a katasztrófa utáni időszakban is.

A segítségül siető nemzetközi szervezetek, a Nepáli EÜM, a WHO és a Nepáli Transzkulturális Pszichoszociális Szervezet (TPO-Nepal) Humanitárius Intervenció Útmutató képzéseket szerveztek a szakembereknek, valamint számos képzést a katasztrófák pszichoszociális aspektusairól és menedzsmentjéről, pl. Pszichoszociális elsősegély, Krízisintervenció és Trauma stádiumok témakörökben szociális munkások, önkéntesek, tanácsadók részére nemzeti és nemzetközi szakemberek által. Ezt követően számos NGO és INGO vetette be ezeket a kiképzett embereket a legsúlyosabban érintett területeken.

A médián keresztül (több weboldal, blog, újságcikk, TV riport, rádió program) segítettek a lakosságnak megérteni a katasztrófa pszichológiai hatásait és azzal való megküzdés módjait. Ezek hatására egyes üzleti vállalkozások professzionális mentálhigiéne támogatást szerveztek dolgozóik részére.

Összefoglalva

Nepál mentálhigiénés ellátásának legnagyobb kihívásai az alacsony hozzáférhetőség, kevés humán erőforrás a szakemberek és pszichortóp gyógyszerek tekintetében, alacsony mentálhigiénés tudatosság, jelentős stigmatizálás és a rossz gazdasági körülmények.

1,5 évvel a katasztrófa után az ország még mindig a „Kiábrándulás” periódusában van, nagyon kevés kezdeményezés van a rehabilitációra, újjáépítésre. **Nagyon fontos lenne a döntéshozóknak megérteni**, hogy az emberek pszicho-szociális jóllétéhez nélkülözhetetlen az alapvető élelmiszerek, ruházat, szállás, biztonságérzet kialakítása a családi és közösség szintjén is. **A pszichoszociális problémák kezelésében nélkülözhetetlen a mentálhigiénés szolgáltatókhoz (MHPSS) való hozzáférés már a primer-, elsődleges egészségügyi ellátás szintjén.** A megkezdett mentálhigiénés támogatást folytatni és folyamatosan újraértékelni is szükséges, **meg kell erősíteni az elsődleges ellátásban a pszichotróp szerek elérhetőségét és az ezeket felíró szakorvos-hálózatot.**

A népi stigmatizálás ellen iskolákban, irodákban, közösségi és egészségügyi központokban, médián keresztül javítani kell a mentális betegségekről szóló ismereteket, hozzáállást, az MHPSS rendszeren belül pedig tanítani és képezni kell szakembereket, fejleszteni a dokumentációs fegyelmet és további kutatásokat kellene végezni a mentálhigiéné működésének javításához. Az ellátó szakemberekkel való törődés, a burn out megelőzése alapvető fontosságúnak bizonyult a katasztrófa periódusában, szintén fontos, hogy az önkéntesek és segítők tisztában legyenek a helyi kulturális normákkal, szokásokkal, értékekkel és nyelvvel, hogy segítségük valóban hathatós legyen és ne okozzon további károkat a segítség nevében. **A megfelelő újjáépítéshez, rehabilitációhoz és stabilizációhoz nélkülözhetetlen az „5C” alapelv: Koordináció, Kooperáció, Kommunikáció, Együttműködés, és Folyamatosság.**

Éppúgy szükséges a képzett elkötelezett és gyakorlott szakemberek megléte, mint a katasztrófák utáni mentális egészségproblémák, um. PTSD, szorongásos és depresszív zavarok, ellenállóképeség (resilience) valamint a katasztrófa túlélőkre gyakorolt hatásainak további kutatása az evidence based azonnali intervenciók biztosításához Nepálban.

Dr. Guth-Orji Ágnes o.örgy.

Könyvtári közlemények

MH EK VEIG TKLI Tudományos Könyvtár

Források és adalékok a Honvédorvos II. világháború utáni újraindulásának történetéhez

Pogányné Dr. Rózsa Gabriella PhD

A Honvédorvos című szakfolyóirat történetét tekintve beleilleszkedik a XIX. század második felére, utolsó évtizedeire jellemző művelődés- és tudománytörténeti folyamatokba, nevezetesen a tartalmi-kérdésköri specializálódás, nagyobb tudományágból való kiválás során elkülönülő diszciplínák tudományos infrastruktúrájának (szakmai szervezet, képzési rendszer és önálló szakfolyóirat) kialakulásába.

Az azóta is egyedüli magyar nyelvű katonatorvosi szakfolyóirat 1888-ban indult a Gyógyászat melléklapjaként és szolgálta szakmai közlönyként a magyar királyi honvédségi – és részben a közös hadseregbeli – orvosi tiszt kart 1914-ig.

Az első világháború utáni sok köztörténeti és szakmaspecifikus változás után 1929-től 1944-ig jelent meg újra a lap – ekkor már önálló kiadvány az 1924-ben újraalapított Honvéd Orvosok Tudományos Egyesülete [1] kiadásában. Szerkesztősége az 1. helyőrségi kórházban, a budapesti Gyáli út 17. szám alatt kapott helyet, a szerkesztés munkálatait testületként a Magyar Királyi Honvéd és Közrendészeti Egészségügyi Tanács végezte *Dr. Barna János* főtörzsorvos segítségével, a főszerkesztő pedig *Dr. Franz Géza* törzsorvos, később orvos vezérőrnagy volt.

A második világháború utáni újakezdés 1949-ben következett be, 1949-1950-ben Honvédorvosi Közlemények, 1950–1952-ben Honvédorvos, 1953-1956-ban pedig Katonaorvosi Szemle címen jelent meg a szakfolyóirat és 1957-ben kapta vissza régi-új elnevezését; ekkortól azonos címen jelenik a kiadvány mind a mai napig. A szerkesztőség 1949-től kezdődően a Honvéd Központi Kórházban [2] működött/működik (jelenleg szervezetileg az MH EK Védelem-egészségügyi Igazgatóság Tudományos Kutató és Laboratóriumi Intézet Tudományos Könyvtárához kötődően).

A Honvédorvos újjászületése és háttérintézményének megváltozása – vagyis az, hogy 1949-ben a mai MH Egészségügyi Központ, az MH EK székhelyére került át a szerkesztőség – mindenképpen különösen érdekessé teszi a kiadvány történetének e momentumát. (Érdeemes azonban megjegyezni, hogy a Róbert Károly körúton működő katonai kórház orvosainak közleményeire a korábbi szerkesztőség is számított, bizonyítja ezt a régebbi számok tartalomjegyzékeinek átolvasása mellett *Dr. vitéz Nagymarossy Rezső*, 2. osztályú főtörzsorvosnak, a 10. számú helyőrségi kórház akkori parancsnokának 1940. február 13-ai napiparancsa. A Hadtörténelmi Levéltár állományában fennmaradt forrás a Honvédorvos szerkesztőinek kérését tolmácsolta arra vonatkozóan, hogy a kollégák „esetleges lapszemléket” küldjék meg a lapnak [3]).

A Honvédorvos 1949-es újraindulásával, illetve annak jubileumaival kapcsolatban több közlemény is napvilágot látott a szakfolyóiratban [4], a kiadvány 1949 és 1973 közötti korszakáról pedig *Dr. János György* tollából olvasható értékelő tanulmány. Az 1949–1951-es évfolyamokat „az ismeretgyűjtés és újjászervezés” koraként aposztrofálta, amikor „az új honvédorvosi kollektíva tudományos tevékenységéből hiányoztak a háborús és a háborút közvetlen követő évek, a gyökereket a szovjet katonatorvos-tudományban keresik” [5].

A HM Hadtörténelmi Intézet és Múzeum Hadtörténelmi Levéltárának a Központi Katonai Kórházzal kapcsolatos iratanyagában azonban akad néhány, az 1949-es újakezdés körülményeit pontosabban megvilágító forrás.

A katonatorvos-tudomány műveléséhez szükséges orvosi szakkönyvtár a helyőrségi kórházi funkcióból és a katonai kórházak építésére vonatkozó szabályzatok előírásából [6] is következően bizonyosan mindig is rendelkezésre állt a (mai) Róbert Károly körúti kampuszban, de az 1944–1945-ös budapesti harci cselekményekben ez nagyrészt szétszóródhatott, megsemmisülhetett. A szakirodalmi források biztosítására a *Dr. Bokor Győző* (a források egy részében *Dr. Bokor Viktor* néven említik) orvos ezredes, kórházparancsnok már 1946. május 4-ei keletkezéssel felterjesztett a honvédelmi miniszter felé egy terjedelmes, hatoldalas jegyzéket a kórház szakkönyvtára számára igényelt könyvekről. Az orvostudomány szakterületei szerint rendezett lista a magyar nyelvű kiadványok mellett leginkább német, de jó néhány angol és francia szakkönyvet tartalmaz. [7] 1947-ben újabb könyvjegyzék készült [8], az 1948. évi október 19-ei a napiparancsban pedig a könyvtár gyarapítására szaklapok megrendelése is szóba került: „Az osztályorvosfőnökök f. hó 20-án 12 óráig a p[arancsnok]ságon felfektetett ívre írják fel, hogy az osztályok részére milyen bel- és külföldi szaklapot akarnak beszereztetni.” [9] A Honvédségi Közlemények 1949. évi 1-3. összevont száma már 82 kurrens előfizetett szakfolyóiratot foglal lajstromba, a következő füzetben közölt pótgjegyzék pedig újabb 18 periodikumot tartalmaz. [10] Az újonnan szervezett bibliotéka kezelője 1948-1949-ben *Dr. Tóth István* orvos őrnagy és *Géczy Ferenc* irodista főtiszt [11], utóbb *Dr. Nemes János* polgári orvos [12], majd *Dr. Kiss István* orvos őrnagy [13] volt.

Az 1948. október 19-ei napiparancs 4. pontjában a parancsnok, *Dr. Velkey Béla* orvos ezredes „Folyóiratok szakreferenseinek kijelölése” tárgyában rendelkezett a következőképpen:

„A könyvtárban elhelyezett külföldi szaklapok és folyóiratok referenseiül a következőket jelölöm ki:

- Sebészet: *Dr. Stefaits Géza* o. ezds., *Dr. Móhr Henrik* o. őrgy.
- Bőr- és urológia: *Dr. Pastinszky István* o. alez.
- Bakteriológia és higiéné: *Dr. Hézszer László* polg. orvos
- Általános orvosi kérdések: *Dr. Barbie János* o. alez.
- Szülészet és nőgyógyászat: *Dr. Aranyi Sándor* o. ezds és *Dr. Csonka István* polg. orvos
- Belgyógyászat: *Dr. Mindák Jenő* o. ezds.
- Idegyógyászat: *Dr. Makkay Endre* o. ezds.
- Orr-fül-gégészet: *Dr. Dán Tibor* o. őrgy.
- Gyermekgyógyászat: *Dr. Andor László* o. alez.
- Fogászat: *Dr. Rados Imre* o. alez.
- Fizikoterápia: *Dr. Nényei Etele* o. őrgy.
- Röntgen: *Dr. Nagy Zoltán* o. őrgy.”

A parancspont további része alapján megtudható, hogy a referensek egy hétre kölcsönözhatték ki a szaklapokat, a gépelt változatban elkészített ismertetések pedig „részint a honvéderosvi tudományos üléseken, részint pedig a jövőben meginduló 'Honvéderosvi'-ban kerülnek bemutatásra, illetve közlésre. A referátumokban fel kell tüntetni a cikk szerzőjét, a folyóirat évfolyamát és lapszámát.” [14] (1. ábra)

Néhány nappal később azonban a referátumok újabb felhasználási célja is megfogalmazódott, a Központi Katonai Kórház 248/1948. számú napiparancsában tette közzé a Honvédelmi Minisztérium 529.823/Kfcs.X.1948. számú rendeletét: „A külföldi tapasztalatok könnyebb kiértékelésére és gyűjtésére központi katonae-gészségügyi irodalmi kartotékot állítottam fel, mely felöleli az összes katonae-gészségügyi és ezzel határos irodalmat. A kartoték bővítésére elrendelem, hogy az összes fentemlített tárgyú közleményekből és ismertetésre kiadott könyvekről negyedívekre szokványos formában készüljenek referátumok és ezek egy példányát a HM eü. osztályának a parancsnokságok terjesszék fel. Rendkívül fontosnak tartom, hogy minden tárgykörbe vágó közleményről készüljön oly referátum, mely az esetleg közölt szám-



1. ábra.

240. számú kórházparancsnoksági napiparancs. Budapest, 1948. október
19. Hadtörténelmi Levéltár. X. 5. Honvéd
Központi Kórház. 1948.



2. ábra.

A Honvédorvosi Közlemények 1. évfolyam 1–3. szám (1949)
borítója és a borító belső oldala a szerkesztőségi adatokkal



szerű adatokat is tartalmazza. Ezért eddig elkészült referátumok is felterjesztendőek. A karto-
ték kezelésével *Dr. Balta Béla* o. őrnagyot bízam meg” [15]

Egy hónappal a referensek megnevezése után *Dr. Velkey Béla* parancsnok „újból nyomatéko-
san figyelmeztett[e] a referátumok készítésére kijelöltek, hogy a könyvtárban rendelkezésre ál-
ló külföldi folyóiratokat tanulmányozzák át és a referátumokban kiértékeljék. A referátumok az
évi hónap folyamán [1948 novemberében] meginduló Honvédorvosban kerülnek közlésre”. [16]

A szaklap újjáindulása végül azonban néhány hónappal megkésve, 1949-ben történt meg;
a kiadvány szerkesztőségi oldala kéthavonta való megjelenést ígér, az elsőként napvilágot lá-
tott füzet az évi 1-3. összevont szám volt. (2. ábra) A Honvédorvosi Közlemények ekkor az
Orvosegységügyi Szakszervezet Honvédorvosi Szakcsoportjának közlönye, szerkesztősége a
Honvéd Központi Kórház laboratóriuma. A kiadványt főszerkesztőként *Dr. Merényi (Scholtz)*
Gusztáv orvos vezérőrnagy, felelős szerkesztőként pedig *Dr. Kiss István* orvos őrnagy jegyez-
te. [17] (A Honvédorvosi Szakcsoport 1945. július 5-én alakult meg, tagsága és vezetősége –
természetesen – nagyrészt a budapesti honvéd kórház személyi állományából került ki [18]).

Az újraindult kiadvány egyik beköszöntőjében *Dr. Merényi Gusztáv*, a Honvédorvosi
Tisztikar főnöke a lap rovatainak felsorolásakor és rövid ismertetésekor kitér a „Könyv- és
lapszemlére”, illetve megfogalmazza Honvédorvos fő profilját: „Szaklapunk elsősorban az el-
szigetelten szolgáló csapatorvos továbbképzését hivatott szolgálni. ... Ugyanakkor a kórházi
honvédorvostól meg kell követelni a legmagasabb szakmai képzettséget, mert neki az alkalmassági vizsgálatok és gyógyító tevékenység minden területén lépést kell tartani az orvostu-
domány fejlődésével. ... Ily módon a lap remélhetőleg egyesíteni fogja a minden igényt kielé-
gítő honvédorvosi tudományt a mindennapi katonaegységügyi gyakorlattal” [19].

A röviden ismertetett néhány forrás is bizonyítja, hogy a Honvéd Központi Kórház II. világ-
háború utáni rekonstrukciója és újjászervezése, feladatgazdagodása szerves része volt az 1945
után kiépülő új katonaeorvosi ellátó rendszernek és tudományos infrastrukturális háttérnek.

Irodalom

- [1] Vö. Honvéd Orvosok Tudományos Egyesülete. Budapest Főváros Levéltára. Budapest egyetemei. In: Hungaricana. URL: <http://archives.hungaricana.hu/hu/archontolgia/53644/>
- [2] Vö. Honvédorvos. 1949-1957.
- [3] 35/1940. sz. napiparancs. Budapest, 1940. február 13. Hadtörténelmi Levéltár. (a továbbiakban: HL) III. 4. a. M. kir. budapesti 10. honvéd helyőrségi kórház. Parancsnoksági iratok. 1940.
- [4] Felkai D.: Néhány kritikai megjegyzés a „Honvédorvos”-ról. Honvédorvos. 1950. 308-309.; Tíz éves a Honvédorvos. Honvédorvos. 1958. 1-4.; Farádi L.: Évfordulóra. Honvédorvos. 1968. 335-338.; A Honvédorvos 20 éves jubileumának megünneplése. Honvédorvos. 1968. 477-478.; 25 éves a Honvédorvos. Honvédorvos. 1974. 243-244. (Ezen írás adatközlése szerint a kiadvány 25 éve alatt 1778 közlemény jelent meg 14220 oldalon).
- [5] János Gy.: A Honvédorvos 1949-1973-ig. Honvédorvos. 1975. 307-320., az idézet forrása: p. 307.
- [6] A helyőrségi kórházak egyes helyiségeinek számára, fekvésére és különleges berendezésére vonatkozó követelmények. Honvédségi Közlöny. 1899. 11. a 31. és 32. §-ok.
- [7] 215. kt./1946. Budapest, 1946. május 4. HL. X. 5. Honvéd Központi Katonai Kórház. 1946.
- [8] 120. kt./1947. sz. Budapest, 1947. március 8. HL. X. 5. Honvéd Központi Kórház. 1947.
- [9] 240. számú kórházparancsnoksági napiparancs. Budapest, 1948. október 19. HL. X. 5. Honvéd Központi Kórház. 1948.
- [10] A Honvéd Központi Kórház Orvosi Könyvtárának folyóiratai. In: Honvédorvosi Közlemények. 1949. p. 36-37.; A Honvéd Központi Kórház orvosi könyvtárába járó folyóiratok pótgjegyzéke. Honvédorvosi Közlemények. 1949. 159-160.
- [11] 68. számú kórházparancsnoksági napiparancs. Budapest, 1948. március 23. HL. X. 5. Honvéd Központi Kórház. 1948.
- [12] 14. számú kórházparancsnoksági napiparancs. Budapest, 1949. január 18. HL. X. 5. Honvéd Központi Kórház. 1949.
- [13] 65. számú kórházparancsnoksági napiparancs. Budapest, 1949. március 19. HL. X. 5. Honvéd Központi Kórház. 1949.
- [14] 240. számú kórházparancsnoksági napiparancs. Budapest, 1948. október 19. HL. X. 5. Honvéd Központi Kórház. 1948.
- [15] 284. számú kórházparancsnoki napiparancs. Budapest, 1948. december 11. HL. X. 5. Honvéd Központi Kórház. 1948.
- [16] 266. számú kórházparancsnoksági napiparancs. Budapest, 1948. november 19. HL. X. 5. Honvéd Központi Kórház. 1948.
- [17] Vö. Honvédorvos. 1949. 1-3. szám. borító, borító hátoldala.
- [18] Vö. Honvédorvosi Szakcsoport jegyzőkönyvkivonatai. Honvédorvos. 1949. 162-163.
- [19] Merényi G.: Előszó. Honvédorvos. 1949. 3-4.

SZERZŐINK FIGYELMÉBE!

A HONVÉDORVOS Szerkesztősége a cikk elkészítésénél az alábbi szerkesztési, megjelenítési formátum figyelembevételét kéri:

Munkahely megnevezése / Dolgozat címe / Szerző(k) neve (katonai és tudományos fokozat megjelölésével)
Kulcsszavak (5–6 db) feltüntetése – magyar és angol nyelven. **Összefoglalás (8–10 sor)** – magyar és angol nyelven. **Irodalmi hivatkozások (a cikk végén):** számozott, külön sorban történő felsorolás, lehetőleg ABC-sorrendben, folyóirat esetén: a cikk megjelenésének évszámával, kötetszámával és oldal-számával, könyv idézésekor: az évszám és kiadó megjelenésével. Szöveg közben az irodalmi hivatkozási számokat szögletes zárójelben kérjük feltüntetni. **Egyéb:** más szerzőktől átvett idézetek, ábrák stb. engedélyeztetése a szerző feladata.

ANYAG LEADÁSA

A HONVÉDORVOS Szerkesztősége címére **1 példányban + e-mailben** is.

(1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44. – e-mail: mh.ek.tudomanyoskonyvtar@hm.gov.hu)

A nyomdai munka megkönnyítése, egységes formátum kialakítása érdekében az alábbiak betartását kérjük:

Formátum: DOC, XLS

Korrekktúrázott szöveg, csak fekete szöveget tartalmazzon.

Szövegnél aláhúzást ne alkalmazzanak (helyette dőlt v. félkövér betűt stb.). Az **ábrákat és táblázatokat** a cikk végéhez kérjük csatolni (szöveg közbeni helyüket zárójelben kérjük feltüntetni).

Ábráknál és táblázatok méretezésénél kérjük figyelembe venni az alábbi méreteket:

Hasábszélesség: 62 mm, oldalszélesség: 130 mm, oldalmagasság: 205 mm (a nagyítás minőségromlást von maga után).

Formátum (színes képek esetén): JPG, TIF, EPS

A képek (ábrák) ne legyenek 300 dpi felbontásnál kisebb méretűek. A képen (ábrán) lévő szöveg nem javítható. A színes képek CMYK vagy RGB színrendszerben adhatók meg. A képek méreténél a fenti hasábszélességek veendő figyelembe.

Egyéb tudnivalók

A fájlnevek ne tartalmazzanak ékezetet, max. 12 karakteresek legyenek és utaljanak az anyag címére. A vonalak vastagsága min. 0,25 pt legyen.

A dolgozat végén kérjük feltüntetni az első szerző postai címét a különlenyomat küldésének megkönnyítése céljából.

Felhívjuk a Honvédorvos Tisztelt Olvasóinak és Szerzőinek figyelmét, hogy folyóiratunk kurrens és archív számai a 2010-es évfolyamtól kezdődően most már a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ honlapja (http://www.honvedkorhaz.hu/mh_egeszsegugyi_kozpont/honvedorvos) mellett megtalálható a Magyar Tudományos Akadémia Könyvtár és Információs Központ által gondozott REAL-J elnevezésű repozitóriumban, teljesszöveges folyóirat-adatbázisban (<http://real-j.mtak.hu/>). Utóbbi forrásban megtörtént kiadványunk visszamenőleges digitalizálása egészen a 2000. évi LII. évfolyamig és ehhez kötődően a Honvédorvos 2000–2012-es évfolyamai elérhetők a könyvtárak széles körében rendelkezésre álló Arcanum Digitális Tudománytárban (https://adtpus.arcanum.hu/hu/collection/MTA_Honvedorvos/) is.

Nagy jelentősége van annak, hogy a Honvédorvos a Magyar Tudományos Akadémiához (és Könyvtárához) kötődő fontos tudományos szövegtárban archiválásra kerül, ezzel együtt a szaklapban lehozott írások könyvészeti adatai pedig automatikusan az MTMT-ben (Magyar Tudományos Művek Tára) is megjelennek majd.

A folyóirat modernizálásának másik nagy lépése, hogy a közölt publikációk nemzetközi szintéren való vizibilitásának alapjaként a REAL-J-ben való feltöltéssel együtt a közlemények DOI-t (Digital Object Identifier), nemzetközi elektronikus forrásazonosítót kapnak. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy az irodalomkeresés során kapott találatok DOI-jára (tulajdonképpen „link”-jére) kattintva az illető tartalom azonnal megjeleníthető. A rendszerhez már a legtöbb jelentős külföldi és hazai szakfolyóirat csatlakozott, így Crossref szolgáltatással összekötött DOI-k mentén a közlemények közötti hivatkozási kapcsolatok is láthatók lesznek. Ezért tisztelettel kérjük lapunk jelenlegi és jövőbeli szerzőit, hogy közleményeik citációjában – amennyiben van – a hivatkozott írás DOI-ját is adják meg.