

A SZERKESZTŐSÉG ROVATA

LEVÉL ÖNMAGUNKHOZ

A Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületének nagyszerű kezdeményezése a gyakorló orvosok lapjának szerkesztésére és kiadására az első Medicus Universalis megjelenésével megtestesült. Minden ünnepontási szándék nélkül Arany János egyik idézete jut eszembe: „Repül a nehéz kő, ki tudja hol áll meg?” A feladat nagyságát csak akkor tudjuk hozzávetőlegesen körvonalazni, ha legalább nagyvonalakban áttekintjük, milyen kérdések foglalkoztatják a világ általános orvosait.

Ha a Medicus Universalis Szerkesztőbizottsága maradéktalanul elismeri azt a világméretű felismerést, hogy az általános praxis önálló szakágazattá vált, akkor lerakta munkájának elvi alapját. Erre az alapra épülhet a magyar általános orvosi kar tevékeny közreműködésével az az épület, amelyet Magyarországon a háziorvoslás tudományának fognak nevezni és amelyben mindnyájan jól érezzük magunkat. Azok az erőfeszítések amelyeket az általános orvosok Amerikától Indiáig és Svédországtól Ausztráliáig tettek helyzetük tisztázására az Egészségügyi Világszervezet megfogalmazásában a következőkben fejeződnek ki:

a) Az általános orvos az a törvényesen kvalifikált orvos, aki tevékenységét nem korlátozza az orvostudomány körülírt területére; tevékenysége során folyamatos és összefüggő kezelést kell nyújtania.

b) A betegnek biztosítani kell a korlátlan lehetőséget ahhoz, hogy az általános orvoshoz fordulhasson.

c) Az általános orvos a szakorvosnak nem alárendeltje és nem fölrendeltje: az ő munkaterülete egyszerűen az orvosi tevékenység más területére esik.

d) Az általános orvos jobb áttekintéssel és tapasztalatokkal rendelkezik betege panaszainak szociológiai és szociális hátterét illetően, mint a klinikus és a specialista, mivel ők ritkán találkoznak ilyen jellegű problémával.

Ha a Medicus Universalis tükrözni fogja szakágazatának sokrétű problematikáját (analízis és belső racionalizálása mint a tudományos vizsgálódás alapja; az általános orvos képzése és továbbképzése; társadalmi és szakmai megbecsülés kérdései stb.), akkor találkozni fog a körzeti orvosok igényeivel és megbecsülésével.

Felmerül a kérdés, milyen módszerek állnak rendelkezésre a körzeti orvosi karnak ahhoz, hogy munkaterületén tudományos eredményeket nyerjen, és azokat publikálja. Brandlmeir már 1964-ben felvetette, vajon miért nincs tu-

dományos munkássága az általános orvosoknak? A kérdés részleteibe ezen a helyen nem szeretnék elmerülni, mégis hivatkoznom kell Braun, Biermann, Krüsi, Geiger, Gartner, Engelmeier, Heller és mások irodalmi tevékenységére. Ezen kezdeményezések alapján a módszereket két nagy csoportra oszthatjuk:

1. egy körzet finom struktúrájának vizsgálata;
2. több praxis összehasonlítható vizsgálatára.

Ad 1. Egy praxis finomabb analizésének egyik feltétele *a munka racionalizálása és a dokumentáció egységes szempont szerinti vezetése*. Ennek a felismerésnek szellemében tartotta meg előadását Szakolyi az 1968-as salzburgi kongresszuson. Tekintettel a kérdés fontosságára, a lap nagy szolgálatot tenne, ha vitafórumán ezt a kérdéscsoportot sokoldalúan megvitátná.

Más szempont egy ilyen feldolgozásnál annak a gyakorlatnak a felismerése, hogy *a tünettan (symptomatologia) az általános orvosi praxisban kulcsszerepet tölt be*. A tünetek megfigyelése összevetve a beteg somatopszichológiai megismerésével jelenti a symptomatologia és az időfaktor dialektikus összefüggését, amely a diagnosis kialakítására vezet. Ide illik Braun megállapítása: „Amit én csinállok, annak ahhoz, amit tanultam, édes kevés köze van, és azzal nem egyenlő.” A gyakorlat ezen a területen körülményei miatt elkülönül a klasszikus klinikumtól, ahol is a diagnosis csak az egzakt feltételek összecsengése esetén alakítjuk ki.

Egy praxis therapiás keresztmetszetének kialakulása is tárgyát képezheti tudományos vizsgálódásnak. Hasonlóan az átlagember szókinchaszínálatához, az átlag általános orvos gyógyszerkinchaszínálata is körülírt. Annak vizsgálata, vajon milyen *egy orvos gyógyszerprofilja*, sok összefüggést tárhat fel a továbbképzéstől a gyógyszerpropagandáig és a polypragmasiától a lakosság narcomániájáig.

A gondozás technikai színvonala magába foglalja a megelőző szemlélet gyökereit. Egy körzet *gondozásának finomabb strukturális vizsgálata* és annak közlése a Medicus Universalis hasábjain *tükrözni fogja* nemcsak az eredményeket, hanem az *orvos szemléletének tartalmát is*.

A körzeti munka jellege szintetikus. Ez a jelző nemcsak szakmai szintézist jelent, hanem elkerülhetetlenül érinti a szociálpolitika, a szervezés, demográfia tudományának határterületeit. A tanulmányok írói akkor fogják valóban szolgálni az általános orvosok szakmai felemelkedését, ha

ezeket a kérdéseket is felvetik és értékelik. Ezen a területen sajnálatosan kiütköznek orvosképzésünk hiányosságai, mivel a mai általános orvosi kar döntő százaléka nem rendelkezik elméleti és gyakorlati tudással ezeknek a határterületi tudományágaknak a művelésében.

A fenti néhány gondolat után vizsgáljuk meg a *több praxis összehasonlító vizsgálatának kérdéseit*:

Ad 2. Kétségtelen tény, hogy ilyen jellegű munkák végzésére csak magasfokú *szervezettség* mellett van lehetőség. Az ilyen szervezés kialakítására hivatott a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete és annak fóruma: a Medicus Universalis.

Az az információ-tömeg, amely az általános orvosok munkája során felhalmozódik, csak magasszintű *statisztikai módszerek* segítségével dolgozható fel. A computer-technika elsajátítása és a matematikai módszerek (significancia, correlatio-számítás stb.) ilyen szintű alkalmazása nem lehet az általános orvosok feladata. A megfelelő intézmények és személyek segítségének megszerzése ilyen vizsgálatok elvégzéséhez az Egyesület feladata.

Ha az Egyesület és annak lapja ilyen összehasonlító vizsgálatok szervezésére képes lesz, akkor megalapozta tekintélyét. Egyelőre felmérhetetlen az a *hatás*, amelyet egy ilyen vagy több ilyen jellegű munka az egyes körzetek munkájára kifejt. A *visszahatás* magasabb szinten is jelentkezik,

mert tükrözi az alapellátás elmaradottságát és a felsőbb szintű tudományos vizsgálódás hiányosságait.

A praxis analízisek és széles körű összehasonlító vizsgálatok eredményeinek segítségével alapozhatja meg a magyar általános orvosi kar és az Egyesület *nemzetközi tekintélyét*.

Az elvek, célok és módszerek ismeretében nem lehet kérdéses, vajon ki hivatott elsősorban a Medicus Universalis hasábjainak kitöltésére. A válasz egyértelműen ezt a feladatot rója a Szerkesztőbizottságra: *a Medicus Universalist a körzeti orvosok írják*, mert helyzetüknél fogva, ismereteik és közös céljaik miatt erre ők a legalkalmasabbak. Miért idegenkednek mégis a körzeti orvosok a tudományos tevékenységtől? Vegyük sorra a leggyakoribb válaszokat: időhiány, tapasztalatlanság, gyakorlatlanság, elkeseredés, szervezetlenség, a megbecsülés hiánya miatt és nem utolsósorban azért, mert tudományos munkálkodásuknak mind ez ideig nem volt hivatalos fóruma. Mindezen kitérő válaszok felszámolásához kívánok jó munkát a magyar általános orvosi karnak, a Medicus Universalis Szerkesztőbizottságának és az Egyesület vezetőségének.

**Kollegiális üdvözléssel:
Dr. Andor Miklós**

MÁOTE
JUBILEUMI KONGRESSZUS
2007. SZEPTEMBER 28–30.
BALATONFÜRED
HOTEL FLAMINGÓ

TUDOMÁNY – TOVÁBBKÉPZÉS – KAZUISZTIKA

SZÁMVETÉS ÉS REMÉNYEK 25 ÉVE...

Negyedszázada annak, hogy a Semmelweis-teremben egy hűvös novemberi napon lelkes előcsatározások után, megalakult a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete. Alig tíz évvel az 1956-os forradalom után egy presztizsét vesztett körzeti orvosi réteg megelégedve szakmai kizsírítottságát szinte robbanásszerű lelkesedéssel vette kezébe szakmájának sorsát, védelmét és önálló munkaterületének tudományos kidolgozását. Nem mehetünk el szó nélkül az előkészítő bizottság hatalmas munkát magára vállaló teljesítménye mellett, akiknek Sipőtz Pál dr. minden magyar körzeti orvos nevében fáradhatatlan munkájukért mondott köszönetet: *dr. Andor Miklósnak, dr. Bánhegyi Emilnek, dr. Faludi Bélának, dr. Pogány Istvánnak, dr. Rostás Györgynek, dr. Szakolyi Andrásnak, dr. Szőnyi Andrásnak és dr. Tóth Károlynak.*

Egyesületünk első elnöke *dr. Tóth Károly* egyesületünk megalakulását köszöntve többek között ezeket mondotta: „Hovatovább minden szervnek külön szakorvosa lesz. Kell azonban olyan orvosnak is lennie aki nemcsak egy-egy szervnek, hanem az egész embernek (betegnek, egészségesnek egyaránt) a „szakorvosa”. Ez az újfajta szakorvos – ha szabad ezt a kifejezést használnom – az *általános orvos* a körzeti orvos. Nevezhetnénk így is: a „*házi orvos*”.

Mai valóságunk talajáról visszatekintve meg kell állapítanunk, hogy a „házi orvosi rendszer” fejlődését már két és fél évtizeddel ezelőtt is előre láttuk. Már 1967-ben megállapítottuk, hogy történelmi szükségszerűség az általános orvostan diszciplináris önállósulása.

Tulajdonképpen ezzel a fölmeréssel kezdődött egyesületünk avangárdkorszaka. Hasonló kezdeményezések Nagy-Britanniában az 50-es, az USA-ban a 60-as években bontakoztak ki, tehát a magyar egyesület a kiinduláskor nem volt jelentős fáziskésésben. A belső ellenállás miatt – amely szorosan összefüggött a magyar egészségügy szerkezetével és a képzés fokozatos lemaradásával – eszméink és eredményeink elfogadtatása még két és fél évtized alatt sem volt képes utólréni a nyugat-európai vagy az észak-amerikai fejlődést. Ez nem a lelkesedés vagy a szakmai színvonal hiányán múlott, hanem a fölülről irányított kórházcentrikus, elszegényedett egészségügy belső ellentmondásainak számlájára írható.

Ilyen körülmények között indult el az egyesületi munka. Kongresszusokkal vándorgyűlésekkel munkacsoportokban és klubokban végzett tevékenységgel bizonyítottuk, hogy ebben a munkakörben is lehet, sőt kell tudományos tevékenységet végezni.

Külföldi tapasztalatokkal egybehangzón az is világossá vált, hogy vannak olyan témák, amelyek csak az alapellátás, a first contact orvosának helyzetéből kiindulva, csak ezen a szinten tárhatók föl, és oldhatók meg. Eredményeinket hamarabb ismerték el külföldön, mint itthon. Ebben az időszakban vált ez az egyesület olyan iskolává, amelyben a tanítványok egymást tanították (McKnight). Kezdetől fogva legerősebb fegyverünk szeretett folyóiratunk a *Medicus Universalis* volt és maradt.

Adott helyzetben érvelés követelés, siránkozás és propa-

ganda helyett arra az álláspontra helyezkedtünk, hogy leg-jobb szakmapolitika a tudományos eredmények fölmutatása. Ezt cselekedtük. Gyűltek az eredmények, gyűltek a tapasztalatok. 1974-ben mintegy az egyesületi élet első korszakának lezárásaként az egészségügyi miniszter az „általános orvostani” szakvizsgarendellel önálló diszciplinaként ismerte el tevékenységi körünket.

Újabb ellentmondásként jelentkezett, hogy a képzés graduális és posztgraduális szinten nem teremtette meg az előrehaladáshoz szükséges anyagi, szervezeti és személyi feltételeket.

Egyesületünk kezdeményező-készségét bizonyítja a *Medicus Universalis* 1974. novemberi számában megjelent két hír: Az egyetem és a MÁOTE, illetve „Miért van szükség az Általános Orvosok Országos Intézetére?” Akkori rektort prof. Antoni Ferencet küldöttségünk (Andor–Pogány–Vörös) kereste föl és végkicsengésében „a jövőben oktató körzetek szervezésére is sor kerülhet” megállapítással zárult a megbeszélés. A második hír a Pogány dr. által fölvetett országos intézet előbb valósult meg (1979), mint az általános orvoslás oktatása egyetemeken. 1981-ben magam a szakképzés nehézségeit összefüggésbe hoztam az egyetemi képzés hiányosságaival.

Amíg egyetemi bázisintézetek hiányában, hol társadalom- orvostani, hol klinikai tanszékekhez csapódva kellett megszervezni a képzést és a szakképzést, addig az elvi és gyakorlati nehézségek nehezen voltak leküzdhetők.

„Oktató körzetek” kialakításával új erőre kapott a kollégák tudományos érdeklődése és ez tükröződött a különböző tanulmányok, előadások és oktatási anyagok színvonalemelkedésében is. Még az 1970-es évtizedben meghatározott szakmai definíciókra támaszkodva 1987. évi kongresszusunk után vezető kutatási területnek a családorvoslás témakörének körüljárását tűztük ki célul.

Tömören összefoglalva ilyen előzmények után köszönt reánk a 25. jubileumi éve az egyesületnek és a *Medicus Universalis*nak.

Merjük remélni, hogy a pionírokat követő generáció a társadalomban végbemenő változásokkal párhuzamosan mindazt ki fogja harcolni, amelyeket már alakuló közgyűlésünkön is kiemeltünk és amelyek úgy érzem, még ma is aktuálisak.

- A körzeti orvosok szakvizsgájának kérdése,
- körzeti orvosok számára is megfelelő továbbképzés,
- az adminisztráció egyszerűsítése és a célszerű dokumentáció,
- a gondozómunka ésszerűsítése,
- az orvosok túlterhelésének csökkentése,
- a körzeti orvosi rendelők felszerelésének korszerűsítése.

Társadalmunk átalakulásával párhuzamosan reménykedünk abban, hogy a magyar nép egészségének megőrzéséért felelős orvosi réteg szakmai, erkölcsi és anyagi megbecsülése méltó színvonalra fog emelkedni.

Dr. Andor Miklós
a MÁOTE elnöke

TUDOMÁNY – TOVÁBBKÉPZÉS – KAZUISZTIKA

LEVÉL ÖNMAGUNKHOZ

A Medicus Universalis 1967 óta hánykolódik a magyar egészségügyi alapellátás tengerén. Azóta a mottónak megfelelően a sok változást megért körzeti orvosi, általános orvosi, családorvosi, háziorvosi minősítések ellenére harcolt és harcol a lakosság elsődleges személyes és folyamatos gondozásáért.

Névváltozásaink ellenére minden időszakban a szakmaiság és az etikus magatartást szolgáló tanulmányokat jelentettük meg. Aki a közel három évtized anyagát áttekinthette, az biztos állíthatja, hogy az egészségügy hánykolódása, alufinanszírozása és változó koncepciójú vezetése ellenére sikerült egy olyan lapot életben tartani, amely híven tükrözta a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületének kitűzött céljait. Azok a háziorvosi munkakörben dolgozó kollégák, akik azóta léptek be ebbe az egész embert kívánó munkakörbe, talán nem is ismerik eléggé lapunkat, pedig az a koncepció, amelyet magunk elé tűztünk, a mindennapi orvosi gyakorlat fejlesztését és szolgálatát tűzte maga elé.

Az alapellátás utolsó időben történő felértékelődése nem is kis mértékben Lapunk és Egyesületünk következetes harcainak eredményeképpen jött létre. Annak ellenére, hogy a napjainkban átalakuló privatizálódó háziorvoslás az egzisztenciális harcok tenger-felszínén zajlik, magunk úgy gondoljuk, hogy a családorvoslás lényegét érintő szakmai és erkölcsi magatartás hangsúlyozása lapunk hasábjain további alapot szolgáltat az abban dolgozók fejlődéséhez.

Sajnálatosan kell megállapítanunk, hogy a régebben sokkal szorítottabb helyzetben élő körzeti orvosi társadalom motiváltabb volt, tudományos munka végzésére, és így lapunk is több tanulmányt jelentetett meg körzeti orvosok tollából. Ezen a helyen ragadjuk meg az alkalmat, hogy ismét kihangsúlyozzuk: „a tudományos tevékenység a legjobb érdekvédelem.”

Abban a reményben, hogy az egészségügy hullámozó tengere előbb-utóbb megcsillapodik, és a kollégák ismét a szakmai tudományos kutatás felé fordulnak, kérjük, hogy támogassák tudományos rovatunkat eredeti megfigyeléseikről, praxisuk analíziséről, és nem utolsó sorban érdekes, kazuisztikus tapasztalataikról.

Amint az olvasó láthatja, hogy lapunk struktúrája „a tudomány, továbbképzés, kazuisztika, terápia, folyóirat- és könyvreferátumok, valamint szerkesztőségi rovat”-ra tagolódik, úgy minden háziorvos megtalálhatja a hajlamainak megfelelő közlési lehetőséget.

Külön szeretném felhívni a medikus oktatásban, a

Mottó: *„Ha nem veszted el fejed
Amikor zavar van
S fejvesztve Téged
Gáncsol vak, süket...”*

(Rudyard-Kipling)

továbbképzésben és szakképzésben érdekelt egyetemi intézeteket és tanszékeket, hogy eredményeik, terveik közlésére lapunk mindig rendelkezésükre áll, hiszen mi már öelöttük is harcoltunk szakmai önállóságunk elismertetéséért és nem kis részt vállaltunk abban, hogy a háziorvoslás egyetemi diszciplinává vált, sőt a szakvizsga bevezetését is mi harcoltuk ki. Úgy gondoljuk, hogy egy elmélyültebb oktatási koncepció kialakításáért is minden egyetem nevében készséggel szolgáljuk további fejlődését a családorvoslásnak.

A Medicus Universalis, mint a MÁOTE lapja, ugyan a különböző háziorvosi intézményektől független, de eredeti feladatának megfelelően az összes alapellátási témakörben történő oktatási, kutatási eredményeket kívánja fölállalni, hogy a háziorvosi hivatás presztízse még magasabbra emelkedjen.

Lapunk mellékletei – és különösen az Aktuális oldalak – olyan nagyobb volumenű témakörök közlésére is alkalmas, amelyek a havonta megjelenő lap kereteit meghaladnák. Éppen ezért mindazoknak rendelkezésére állunk, akik nagyobb terjedelmű koncepcionális témakörök kifejtésére vállalkoznak.

Nem kis büszkeséggel állíthatjuk, hogy folyóiratunk megbecsültsége talán a klinikai szakmák kiemelkedő képviselőinek megítélése szerint is nagy népszerűségnek örvend. A nálunk megjelenő tanulmányok idéztsége is magas színvonalon áll. Ezt a megállapítást az is bizonyítja, hogy továbbképző jellegű tanulmányok felkérésünkre az egyes szakmák kiemelkedő képviselői részéről sohasem talál visszautasításra.

Mostani, szeptemberi számunkban föllelhető tanulmányok is tükrözik szakmánk centrális helyzetét, mégpedig azt, hogy a háziorvosi gyakorlat számos területen határos úgy a klinikai, mint a pszichológiai, valamint szociológiai szakágazatok határterületeivel. Ennek megfelelően nem szorul külön bizonyításra, hogy a háziorvosi gyakorlat egy holisztikus szemléletet kíván, amely egy pszichológiai tesztben megnyilvánuló kérdéscsoport tükrében „tudományunk művészet és áldozat”. Ezt a szemléletet kívánja lapunk a továbbiakban is szolgálni.

Merkantilista világunkban úgy gondoljuk, hogy lapunk példányonkénti 100,- ft-os ára nem olyan megterhelő, hogy ne juthasson el minden háziorvos asztalára. Amennyiben még el is olvassák, úgy célkitűzéseink beteljesülnek.

Budapest, 1995. augusztus 8.

Dr. Andor Miklós
főszerkesztő

A SZERKESZTŐSÉG ROVATA

LEVÉL ÖNMAGUNKHOZ

Összefogtunk 1967-ben, hogy az általános orvosok tevékenységének tudományos alapjait Magyarországon kidolgozzuk. Hamarosan kiderült, hogy ez nem könnyű feladat. Az a széles körű értetlenség, amely törekvéseinket fogadta kezdetül fogva szinte forradalmi mozgalommá szélesítette egyesületünk tevékenységét. A tudomány művelésére való igény mögött meghúzódó presztizsnövekedésre való igény újra meg újra fölszínre hozta szakmapolitikai célok megfogalmazását is. Kezdetül fogva arra az elvi álláspontra helyezkedtünk, hogy a szakma elismeretése döntően a tudományos eredményekre alapozható.

Mai napon visszatekintve megállapíthatjuk, hogy az elmúlt 22 év alatt jelentős eredményeket értünk el. Anélkül, hogy felsorolnám szakmánk önállósulásának állomásait, ma már világosan látható a körzeti alapellátás perspektívája. Nemzetközi tendenciáknak megfelelően hazánkban is az egészségügyi reformtörekvések az alapellátás fejlesztése irányába mutatnak.

Fölmerül a kérdés, hogy az évek és évtizedek óta általános orvosi munkakörben dolgozva, vajon sikerült-e szakmánk identitását átélnünk, sikerült-e saját körünkben – mintegy 4500 körzeti orvos körében – nézetazonosságot kialakítanunk az „Általános Orvostan” elvi vonatkozásaiban.

Azt hiszem, hogy a történelmi szükségszerűség nyomására kialakult fejlődési tendenciák ellenére a föltett kérdésre, sajnos, nemmel kell válaszolnunk.

További fejlődésünk szempontjából alapvetően fontos föltételnek látom, hogy olyan közel teljes körű „konszenzus” alakuljon ki köreinkben, amely az egyén, a család és a társadalom egészségügyi partnereként tiszta és tisztázott teoretikus alapon áll. Enélkül az előttünk álló föladatok, kihívások, föltételek kialakítása nem teljesíthető.

Úgy gondolom, ezen a téren számos mulasztást kell pótolnunk. Magyar valóságunk jelen helyzetében éppen Egyesületünk kiemelkedő feladata, hogy tudományos megalapozottsággal segítse elő a nézetazonosság megszületését.

Régen körülöttünk vibráló, jogosan fölvetődő kérdés, vajon mik a jó, az ideális orvos személyi-szakmai-társadalmi föltételei?

A ma orvosa már régen nemcsak a betegséget, hanem elsősorban a beteget figyeli, kezeli, gondolja abban a családi-társadalmi környezetben, amelyben örömeivel, gondjaival együtt él, nehezen botladozik, vagy sikeresen halad. Ezen a területen külön feladatkört jelent a vidéki és városi körzeti orvos tevékenység mély szakadéka.

Ellátási területünk rendkívül széles körű. Állandó lelkesedést, kezdeményező készséget, társadalmi aktivitást igényel! A „nil nocere” elv már régen elvesztette jelentőségét. Ma nem az előrehaladást jelzi, hanem a szabad, megfontolt tevékenység gátját szolgálja.

Demokratikus szocializmust építő társadalmunk jelenlegi – állandóan izzásban lévő – új reformkorszakában mindenki keresi a helyét. Az orvos is keresi a maga helyét és a helyes utat a képzésben, továbbképzésben problémáinak föltárásában és megoldásában.

Egykoron a család, a társadalom életében nagyrebecsült szerepet játszó „házi orvos” sokszor fényét vesztő pozíciója sokkal nagyobb mértékben szabja meg ma is a hazai egészségügy és a betegellátás helyzetét és színvonalát, mint szakrendelőink, kórházaink, klinikáink fölszereltségének korszerűsége (vagy éppen ezek hiányossága!).

Új és új generációk töltik föl sorainkat, akiknek fogalmuk

sincs szakmánk valódi jellegéről; a régiak meggyőzése sem teljes körű.

Rossz a propagandánk? – Rossz!

Nem elég hatékony tudományos eredményeink visszacsatolása a mindennapi gyakorlatba? – Nem elég hatékony!

Megfelelően szolgálja a szakvizsga lehetősége a színvonal emelkedését? – Nem szolgálja megfelelően.

Tudományos tevékenységünk színvonala és mobilizáló ereje megfelelő? – A jelentős fejlődés ellenére csak szűk körben terjed. Korántsem akarom a sok negatív válasszal azok érdemét csökkenteni, akik az elmúlt két évtizedben nekiindultak a „kásahegy átrágásának”. Megítélesem szerint pusztán arról van szó, hogy tömegmérétekben kell fölvértezni magunkat a teória és a tudomány fegyverével, hogy az országos reformfolyamaton belül végre a mi törekvéseink is sikerrel megvalósuljanak.

Divatos és csábító gondolat lenne 12 pontban összefoglalni föladatainkat, de úgy gondolom, hogy a felsorolt kérdések mutatják a fehér foltokat.

Egyetemienken folyó oktatás további kibontakoztatása, az itt jól motiválódó fiatalok általános orvosi munkakörbe kerülése elsőrendű feladatkörünkbe kellene tartozzon. Ám a jelenlegi helyzetben hiába választaná a rövid körzeti orvosi gyakorlat alatt jól motivált végzős hallgató az általános orvosi szakmát, nincs lehetősége a jelen pályázati rendszerben általános orvosi munkakörbe kerülni. A központi gyakornoki státusok hiányában elveszti a lehetőséget arra, hogy fiatalon kezdje meg általános orvosi pályafutását. Arra kényszerül, hogy „véletlen” pályamódosítással többnyire 30–35 éves kora után kerüljön körzetbe. Ez annál is elszomorítóbb, mivel akkorra már elveszti motivációját és újra kell fölkészülnie egy szakvizsgára; nem is szólva arról, hogy soraink átlag életkora sem fiatalítható a jelen körülmények között.

Ismételten állást foglaltunk a szakképzés kérdésében; jól fölkészült és presztizsnövekedést jelentő szakorvosok kinevelése teremtheti meg egyesületünk tömegbázisát. Szakvizsgázni kívánó kollégáinkat jelenleg pusztán egy kis presztizsnövekedés hajtja a speciális általános orvosi ismeretanyag megszerzésére. Hol késik az anyagi, szakmai elismerése az „Általános Orvostan” szakorvosának?

Továbbra is törekednünk kell a szakmai elit kiszélesítésére, mert igazán a tudományos eredményekre alapozott szakmapolitikával érhetünk el nézetazonosságot. Kollégáink az orvosi szakma és népünk javára csak akkor tudnak előrelépni, ha egyetértünk. Egyetértésünket, a szakmai elit kiszélesedését csak az egyesületben tömörülni akaró igényes tömegbázis alapján teremthetjük meg. Belső igény hiányában nincs fejlődés, nincs egyetértés, nincs elit. Hiába szervezünk munkacsoportokat, klubokat, kongresszusokat stb., ha nincs megfelelő részvétel, nincs igényesség.

Gondolataimat nem programbeszédnek szántam, csupán egy önmagunkhoz szóló elgondolkoztató levélnek. Saját sorsunkat most is csak magunk vehetjük kézbe! Ne másoknak tehesünk szemrehányást, hanem úgy sikerüljön a reform kibontakoztatása, ahogy reméljük.

Végezetül úgy gondolom, hogy ha a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete tagságának száma szaporodik, minősége fejlődik, ezzel is demonstrálhatjuk összetartozásunkat és egyetértésünket.

Dr. Andor Miklós