

A rehabilitációs medicina oktatása az orvosképzésben és a szakorvosjelöltekkel szemben támasztott követelmények

Kullmann Lajos,¹ Vekerdy-Nagy Zsuzsanna,² Dénes Zoltán,^{3,4}

Bender Tamás,^{5,6} Szász Károly,⁷ Varjú Cecilia⁸

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest,¹ Debreceni Egyetem, Orvos- és egészségügyi Centrum, Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Tanszék,² Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest,³ Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai Klinika, Rehabilitációs Tanszéki Munkacsoport,⁴ Budai Irgalmasrendi Kórház,⁵ Szegedi Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Ortopédiai Klinika, Fizioterápiás munkacsoport,⁶ Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi Betegségek Szakkórháza, Kardiológiai Rehabilitációs Osztály,⁷ Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Reumatológiai és Immunológiai Klinika⁸

A Rehabilitációs Szakmai Kollégium Képzési és Oktatási Bizottsága aggodalommal tapasztalta a szakképzésre jelentkezők alacsony számát és a romló szakvizsga-eredményeket. Elemezte a rehabilitáció oktatásának helyzetét a graduális képzésben, a szakvizsga-eredmények és a rendszerbevételi eljárások adatait. A rehabilitáció oktatása az általános orvosi karokon még mindig marginálisan folyik, tanszék létrehozása a helyzetet javítja. A rendszerbevételi eljárásra jelentkezők jelentős része nem jelenik meg a felvételi beszélgetésen, felvétel esetén más szakterületet választ, vagy képzése közben ilyenre átmegy. Az utóbbi három évben a ráépített szakképzésben emelkedett a sikertelen szakvizsgák száma. A fentiek alapján a Rehabilitációs Szakmai Kollégium javasolja 3 hónapos rehabilitációs gyakorlati idő eltöltésének a beillesztését a törzsképzésbe. Mind a képzőhelyek vezetői, mind a mentorok, mind pedig a grémiumelnökök részére ajánlásokat fogalmaz meg a nemkívánatos helyzet javítása céljából.

Kulcsszavak: szakvizsga-eredmények, szakorvosjelöltek száma, szakmai kollégiumi ajánlások

Education of physical and rehabilitation medicine in the graduate training of physicians, and requirements towards specialist trainees

The Committee of Education and Training of the Professional Board in physical and rehabilitation medicine (PRM) experienced with concern the low number of candidates and the worsening outcome of specialist exams. The Board analysed the situation of graduate training, and the results of specialist exams and of the entry. PRM education is still marginal at medical faculties, establishment of PRM chairs improves the situation. A large proportion of candidates do not appear at entry procedures, if accepted choose other specialities or change speciality while in training. The number of unsuccessful specialist exams has increased in the last three years. Based on these findings the Professional Board in PRM recommends the inclusion of a three months period in PRM into the basic specialist training. It also formulates recommendation to tutors, mentors as well as to leaders of the training boards for improvement of the unfavourable situation.

Key words: outcome of specialist exams, number of specialist candidates, recommendations by the Professional Board

Rehabilitáció 2010; 20(4): 250–257.

Levelezési cím: DR. KULLMANN LAJOS, ELTE, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, 1097 Budapest, Ecseri út 3. E-mail: lajos.kullmann@barczy.elte.hu

A medikusképzésbe a rehabilitáció oktatása a különböző hazai egyetemek általános orvosi karain különböző időben és különböző formákban került bevezetésre. A Semmelweis Egyetemen 1976-tól kezdődően az ortopédia tantárgy keretében önálló rehabilitációs gyakorlatot tartanak az OORI-ban. Az ortopédiai tankönyvben külön fejezetet kapott a rehabilitáció.¹ A fejlődés is különböző ütemben valósult meg.² Általában jelentős fejlesztési lehetőséget biztosított a képzésnek, amikor egy-egy egyetem rehabilitációs tanszékét vagy tanszéki csoportot hozott létre. A képzés feltételei és tartalma azonban a négy egyetemen ma is változatos. Ez a helyzet valamelyest az Európai Unió tagországaira is jellemző. A képzés eredményességével kapcsolatban csak fejlett országokból származó beszámolók találhatóak a szakirodalomban. Hosszú távú eredményeket nem vizsgáltak. A készség szintű eredmények kétségesek.⁶

Magyarországon a rehabilitációs szakképesítés bevezetésére viszonylag későn, először ráépített szakképesítésként, 1978-ban került sor, a 9/1978. (XI. 29.) sz. EüM rendelet kiadásakor. A szakképzés elnevezése, eltérően a szakmai kollégiumi és az országos intézeti javaslatától, „mozgásszervi rehabilitáció” lett. Ennek valószínű oka részben az lehet, hogy a külföldön már akkor is gyakori fizikális és rehabilitációs medicina szakképesítés magyarra nehézkesen fordítható, illetve még inkább, hogy a fizioterápia abban az időben már régóta a reumatológiai szakképesítés részét képezte. Ez utóbbin a minisztérium akkor nem kívánt változtatni.

Három évtized leforgása alatt a szakképesítések elnevezése, tartalma és követelményrendszere a rehabilitáció területén öt alkalommal változott, esetenként jelentősen. A változások többször is a szakmai érvelés figyelembevétel nélkül történtek. Egyidejűleg többféle szakképesítés megszerzése között lehetett és lehet jelenleg is választani. A képzőhelyeken a változások időnként értelmezési problémákat, zavarokat okozhattak. A szakvizsgákra való felkészülés időszakosan erőltetett menetben történt, gyakran külső kényszerítő tényezők, így pl. a rehabilitációs ágyszámok politikai döntésen alapuló jelentős megnövelésének hatására. Mindez rontotta a szakterület presztízsét.

A Rehabilitációs Szakmai Kollégium oktatási bizottságának tagja valamennyi grémiumelnök, akik egyúttal a különböző szakvizsgáztató bizottságokban is részt vesznek. Kedvezőtlen vizsgáztatói tapasztalatokat gyűjtöttek, elsősorban az utóbbi években a mozgásszervi terület ráépített szakvizsgálói. Emelkedett az eredménytelen vizsgák száma. Különösen feltűnő volt, hogy a gyakorlati felkészültség, pl. a rehabilitá-

cióban szükséges funkcionális felmérés készségeinek jelentős hiánya volt tapasztalható több esetben. Szakvizsgálói visszajelzések és személyes tapasztalatok alapján felmerült a gyakorlati felkészülés/felkészítés komolytalansága.

A fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás alap-szakképesítést a 45/2003. (VIII.6.) sz. ESzCsM rendelet tette lehetővé. Aggasztó jelenség, hogy az utóbbi időben valamennyi egyetemen csökkent a szakterületre belépő rezidensek száma. 2010-től kezdődően nincsenek központilag meghirdetett keretszámok, a kórházak hirdethetnek meg képzőhelyeket a területileg illetékes egyetemeken. Az eladósodott kórházak nem tudnak bizonytalan későbbi állást finanszírozni. Minden kórház csak szakorvost szeretne felvenni. Bár még nincs vége a 2010-es évnél, már megállapíthatjuk, hogy a szakterületre belépő rezidensek száma valamennyi korábbi év adatai alatt marad. A fenti megfigyelések együttesen indítékul szolgáltak a jelenlegi helyzet felmérésére.

Egy további figyelembe veendő szempont, hogy az Európai Unió tagországaként a szakorvosok és a rehabilitációra szoruló személyek mobilitási lehetősége bennünket is érint. Az ország és a szakterület presztízsé egyaránt igényli a helyzet javítását. Annál is inkább, mivel az Európai Unió Szakorvosi Szövetsége (UEMS), illetve annak Fizikális és Rehabilitációs Medicina (PRM) Szekciója is törekszik a szakképesítések, sőt azon túl a szakmai munka és annak minőségének az egységesítésére is. Ezért adta ki Fehér Könyvét, illetve alakított ki szakmai program akkreditációs rendszert.^{3,4} Az egységes szakmai színvonal biztosítását támogatja az európai uniós szakképesítés megszerzésének lehetősége is.¹² A magyarországi képzési rendszer alakulásáról és jelen helyzetéről további részletek találhatóak a nemrég megjelent „Rehabilitációs orvoslás” tankönyvben.¹³

Módszer

A szerzett benyomások, tapasztalatok igazolása – vagy elvetése – céljából áttekintettük a graduális orvosképzésben a rehabilitáció oktatásának jelenlegi helyzetét a hazai egyetemeken. Felmértük továbbá a ráépített „mozgásszervi rehabilitáció”, illetve „orvosi rehabilitáció (mozgásszervi)” terület szakvizsgára évenként bejelentkezők számát, illetve a szakvizsgák eredményeit. Utóbbiak közül a számszerű értékelést mellőző évek adataiból is a részvizsga-eredmények alapján a korábbi 5-1 fokozatra átszámítottuk a vizsgaeredményeket.

Második lépésként, a grémiumelnökök a négy egyetem dékáni hivatala segítségével összegyűjtötték az egyetemükön a szakterületre jelentkező, a rendszerbevételi eljárás során megjelenő, a felvételt nyelő, illetve a helyüket elfoglaló végzős orvostanhallgatók adatait, illetve a képzési idő során bekezdett szakváltóztatásokat. Végül

áttekintettük a Rehabilitációs Szakmai Kollégium Oktatási és Képzési Bizottsága anyagait.

Eredmények

Az orvosképzésben a rehabilitáció oktatása valamilyen formában mindegyik általános orvosi karon megjelenik. Ezek tartalmukban, szerkezetükben jelentősen különböznek egymástól. Különböző a hallgatói részvételi arány is (1. táblázat).

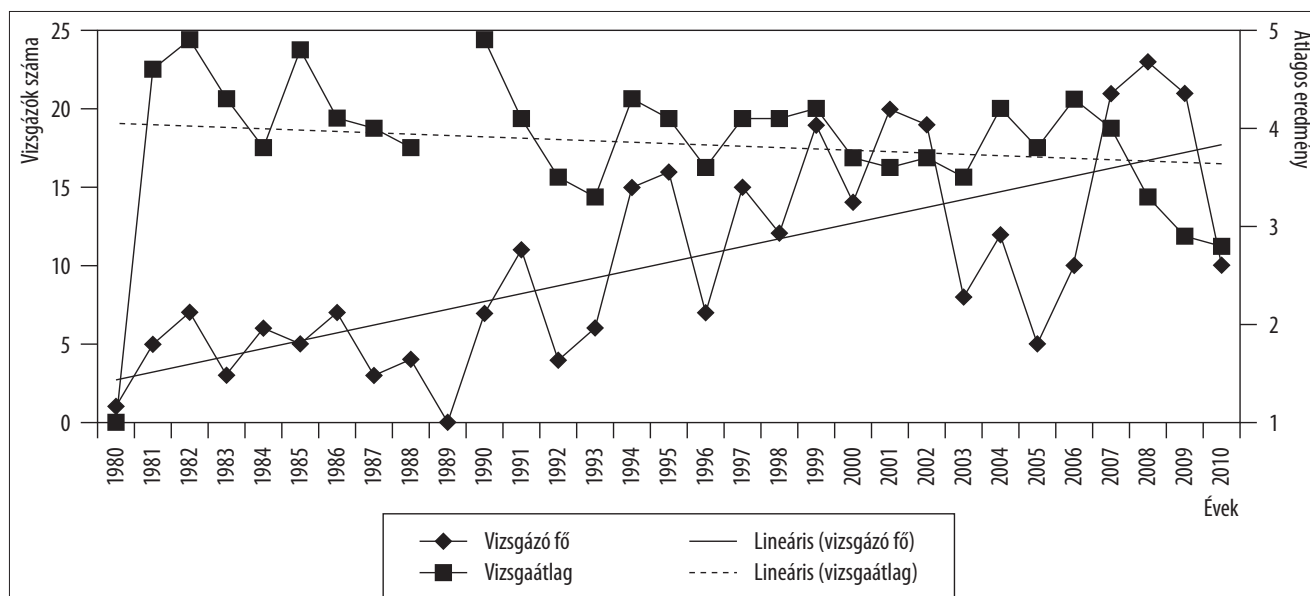
A honoris causa kiadott szakképesítés után 1980-ban volt az első szakvizsga. A szakvizsgabizottság első elnöke *Dr. Borsai János* volt, az OORI főigazgatója. Ebben az időszakban a képzés jelentős része (elméleti és gyakorlati is) az OORI-ban történt. A később megalakult, akkor még egységes rehabilitációs szakmai grémiumelnöki teendőivel is az OORI főigazgatóját (a jelen közlemény első szerzőjét) bízták meg.

A mozgásszervi rehabilitáció (jelenleg „orvosi rehabilitáció mozgásszervi területen” elnevezéssel) szakképesítés magyarországi történetében az OORI-ban a gyakorlati és elméleti vizsgákon a 2010. év közepéig összesen 304 sikeres szakvizsga született. A részleteket évenkénti bontásban, valamint az adott év összes vizsgájának átlagos eredményét az 1. ábra mutatja be. A 66/1999. (XII. 3.) EüM rendelet bevezette az „orvosi rehabilitáció klinikai szakterület megjelölésével” szakvizsgát mint egyetlen lehetséges ráépített szakképesítést. Az orvosi rehabilitáció kardiológia, tüdőgyógyászat, valamint csecsemő- és gyermekgyógyászat területein szereztek számosan szakképesítést az elmúlt 4 év során (2. ábra). A felsorolt szakvizsgák zömében a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumában (DEOEC) zajlottak.

Fizikális és rehabilitációs medicina (PRM) szakképesítésre központilag biztosított keretszámok, a

1. táblázat. A rehabilitáció oktatása a graduális orvosképzésben a négy hazai egyetemen

Orvosi rehabilitáció	DEOEC	POTE	SE	SZTE
Kötelező tárgy	7 előadás (magyar, angol): égés (sebészet, III. évf.), pulmonológia és reumatológia (IV. évf.), neurológia, gyermekgyógyászat, FOG és kardiológia (V. évf.)	5 előadás (magyar, angol): reumatológia (IV. évf.), ortopédia, kardiológia, neurológia és pszichiátria (V. évf.)	4 előadás és 4 óra gyakorlat reumatológia (IV. évf.), gyermekgyógyászat, neurológia, ortopédia és pszichiátria (V. évf.) - 4 óra előadás + 4 óra gyakorlat: rehabilitáció (VI. évf.) (magyar)	5 előadás (magyar, angol) kardiológia, pszichiátria, pulmonológia és reumatológia (IV. évf.), neurológia (V. évf.)
Kötelezően választható tárgy	Elmélet: 16 órás (egy szemeszter) tárgy IV.-V. évfolyam - éves részvétel: 20-60 fő magyar hallgató 40-80 fő külföldi hallgató Kezdés: 2006.	7 előadás + 7 gyakorlati óra a magyar V. évfolyamon. 2008-tól folyamatosan 10-20 fő részvételével. 2011-től a külföldi V. évf.-nak is meghirdetve.	Elmélet és gyakorlat: V. évf. 28 óra (heti 2 óra) - 2006-ban 8 fő, azóta nem volt jelentkező (angol és német tematika is van)	V. évfolyamon heti 2 óra - éves részvétel: 30-40 fő (2006 óta) spec. koll. formájában
Szabadon választható tárgy	Speciális kurzus 16 órás 2010/11-es tanévtől (magyar, angol): "Fogyatékossgal élők társadalmi befogadása"	-	-	-
Diplomamunka	Rendszeres 4 témában: Spasticitás kezelési lehetőségei / FNO felmérés mozgáskészség monitorozására / Speciális üléspozicionáló rendszerek összehasonlító vizsgálata / Életminőség-mérésre alkalmas eljárások	2009 óta tudományos diákkörös hallgatók dolgoznak, a diplomatémák is 2009 óta vannak meghirdetve	-	Rendszeresen orvostanhallgatók és gyógytornászok részére

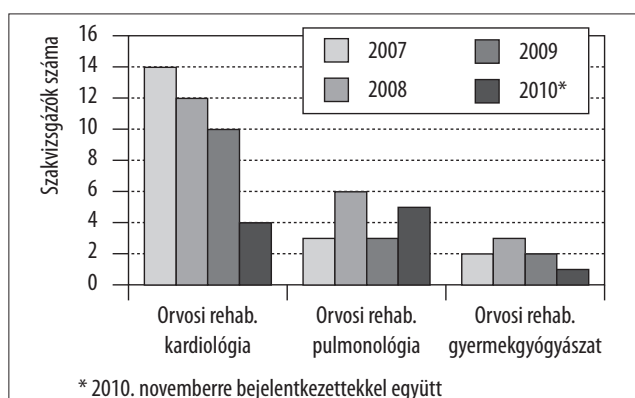


1. ábra. A mozgásszervi rehabilitációs ráépített szakképzítés vizsgázóinak száma évenként (bal oldali y tengely), illetve a vizsgák átlagos eredménye (jobb oldali y tengely) és a trendek. 1989-ben senki nem tett szakvizgát

bejelentkező rezidensek száma, a rendszerbevételi eljárásán megjelenő orvosok, a felvettek, valamint a helyüket elfoglalók száma látható a 2. táblázatban. Utóbbiak a végsőként kialakult számok. Számos, az eljárás során jobban teljesítő orvos végül más szakterületet választott, helyükre ilyenkor a rangsorban következők kerültek behívásra. Az összes férőhelyet – leszámítva az igen kevés keretet biztosító kezdeti éveket – még így sem sikerült betölteni. A törzsképzési idő alatt más szakterületre ment át további 12 fő. Ezzel szemben más szakterületről mindössze öten kértek át magukat a fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás szakra.

Az eredményeket egyetemekre lebontva is bemutatjuk (3. ábra). A különböző egyetemeken a konkrét számok különbözősége ellenére hasonló trendek figyelhetők meg.

Végül érdemes megemlíteni azt a tényt is, hogy szakterületünk nem kellő mélységű ismerete vagy ala-

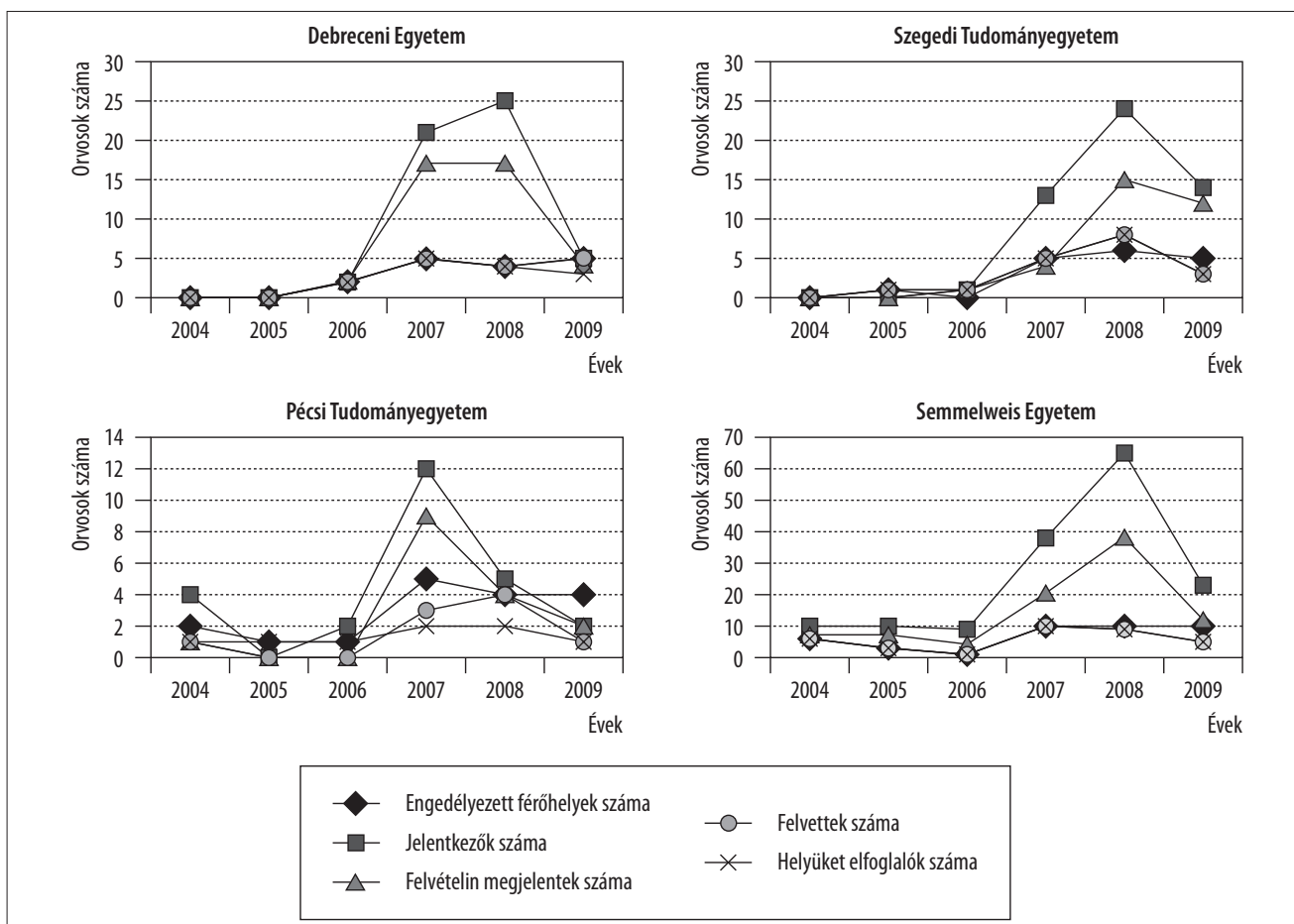


2. ábra. Szakvizsgázók száma, 2007-2010, DE OEC, Orvosi rehabilitáció

csony szakmai presztízse miatt előfordult, hogy a szakvizsgáztató bizottságba rehabilitációs szakorvos egyáltalán nem került be, vagy máskor csak reklamáció eredményeként sikerült elérni, hogy a három

2. táblázat. A fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás szakképzítésre jelentkezések országosan összesített adatai évenkénti bontásban 2004 és 2009 között.

Év	Engedélyezett férőhelyek száma	Jelentkezők száma	Rendszerbevételi eljárásán megjelentek száma	Felvettek száma	Helyüket elfoglalók száma
2004	8	14	8	7	7
2005	5	10	7	5	5
2006	4	14	7	4	5
2007	25	84	50	23	22
2008	24	119	74	25	23
2009	24	44	30	12	12
Összesen	90	285	172	76	74



3. ábra. A fizikális és rehabilitációs medicina szakterületre belépő orvosok számának alakulása 2004 és 2009 között évenkénti bontásban

vizsgáztató közé legalább egy rehabilitációs szakképesítéssel (is) rendelkező vizsgáztató is bekerüljön.

Megbeszélés

A képzés eredményességéről az egyetemek ritkán gyűjtenek adatokat, a fejlesztések és a gyakorlat véleményezése igen gyakran feltételezéseken alapul.² Az egyetemi képzés fellendítését célzó munkacsoport ennél is provokatívabb kérdéseket tett fel, pl. van-e bizonyítékunk arra, hogy az egyetemi képzés támogatja a betegek gyógyulását? Másik kérdés: egyáltalán, működik?⁵ A gyűjtött adatok rendszerint rövid távú eredményeket mutatnak. Ezen a helyzeten javítani szükséges. A medikusképzés gyakorlatának, a szakvizsgaeredményeknek és azok változási tendenciájának a vizsgálata, áttekintése ezt célozta.

Mivel az egyetemek autonóm szervezetek, képzési rendszerüket saját maguknak határozzák meg. Ezért különösen fontos, hogy a rehabilitáció szakterületének is egyetemen belüli saját szervezeti egysége, lehetőség szerint tanszéke legyen. Magyarországon ez első és mindeddig egyedülként a Debreceni Egyetem Általános Orvosi Karán valósult meg.

Eredményei mind a graduális, mind a szakképzésben hamar megmutatkoztak. Hosszú vajúdas után a Semmelweis Egyetemen is megalakult önálló Rehabilitációs Tanszéki Csoport, így remény van rá, hogy az egyetemen belülről is tudja majd a rehabilitáció érdekeit képviselni. Meggyőződésünk, hogy az orvostanhallgatók érdeklődése a szakterületünk felé jelentősen növekedne, ha a rehabilitáció a kötelező tantárgyak közé bekerülne. Indokolhatná a tény is, hogy a hazai kórházi ágyszám közel egynegyede rehabilitációs ágy. Kötelező tárgyként akkor ajánlhatjuk az orvosegyetemeken az oktatást, ha annak magyar és angol (vagy más idegen) nyelven mind az elméleti, mind a gyakorlati oktatásához és a vizsgáztatáshoz a feltételek már adva vannak. Az egyetemi graduális rehabilitációs képzésre kidolgozott európai uniós ajánlást az 1. függelék tartalmazza.

Az egyetemi képzés nemcsak hazánkban, a fejlett világban másutt is válságban van. Az oktatók részéről a hármas követelmény, a gyógyítás, tanítás és a kutatás teljesítése igen jelentős erőfeszítést követel. Ilyen körülmények között pedig a képzés leegyszerűsödhet

az ismeretek átadására. Az ezekkel legalább egyenlő fontosságú képességek, készségek, illetve attitűdök kialakítása több egyéni foglalkozást, személyes fejlesztést feltételez. A rehabilitációs medicinában pedig ez utóbbiak jelentősége talán még nagyobb, mint más diszciplínákban, hiszen az orvosoknak a fogyatékos emberekkel kapcsolatos attitűdjei jelentősen befolyásolni fogják elfogadottságát és rehabilitációs tevékenységének eredményességét is.

Erről a nehéz képzési helyzetről mint az „akadémiai medicina válságáról” az elmúlt években több vezető folyóiratban jelentek meg közlemények, illetve egy kötet is kiadásra került. A fentiek mellett lényeges oki szerepet tulajdonítanak a képzés és kutatás ipari (elsősorban gyógyszeripari) befolyásoltságának és más tényezőknek is.^{9,11} A medicina nagyfokú technicizálódása, az ilyen módon fejlődő szakterületek presztízse és médiatámogatottsága szintén nem kedvez a rehabilitációs medicina mint szakterület választásának.⁷

A DEOEC 2006. július 1-jén létrehozta Magyarországon az első és mind ez ideig egyetlen önálló orvosi rehabilitációs tanszéket az Általános Orvostudományi Egyetem Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Tanszék (ORFMT) néven. A tanszék első vezetője a jelen közlemény 2. szerzője. A tanszékhez klinikai osztály is tartozik, összesen 74 rehabilitációs ágygal. Mindez módot ad arra is, hogy az orvostanhallgatók a rehabilitáció tárgyköréből válasszanak diplomamunka-témát, önkéntesként vagy részmunkaidőben dolgozzanak

az osztályon, de segít abban is, hogy közülük egyre többen válasszák a rehabilitációs medicina témát a kötelezően választható tárgyak közül. A tanszék léte a szakorvosképzésben is számos előnyt jelent, hiszen az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézethez, amelynek bázisán a Semmelweis Egyetem keretén belül tanszéki csoport működik, és amely a rehabilitációs szakképzést mozgásszervi területen évtizedek óta vezérli, a DEOEC ORFM Tanszék két év leforgása alatt „felzárkózott” a képzésre jelentkezők számát illetően, és a szakképzéshez szükséges tanfolyamok teljes spektrumát biztosítja a felkészüléshez.

Európa országaihoz képest Magyarországon a száz-ezer főre jutó rehabilitációs szakorvosok száma alacsony, 1,4 – szemben a 2,4-es európai átlaggal. Az egyes országok közötti különbségek meghaladják az egy nagyságrendet, lakosságárányosan a legkevesebb szakorvos Írországban dolgozik.¹⁰ Más a helyzet a tízezer főre jutó rehabilitációs ágyak számában. Ebben a „jók” közé tartozunk. Ez utóbbi tény azután különösen alátámasztja az alacsony szakorvosi létszám negatív jelentőségét. A Rehabilitációs Szakmai Kollégium aggodalommal szemléli a feltárt jelenségeket, veszélyeztetve látja a szakterület szakorvosi utánpótlását. Ezért javaslatot dolgozott ki és nyújtott be a rezidensképzés módosítására. A javaslat lényege a belgyógyászat, a neurológia és a traumatológia törzsképzési időszakok öt-öt hónaposá tétele, ezek terhére 3 hónap rehabilitáció beiktatása lehetőleg a

1. függelék. Graduális képzési curriculum az UEMS PRM Board ajánlása alapján¹²

A képzési program (15 óra) magában foglalja:

- A fizikális és rehabilitációs medicina (PRM) kompetencia területe: definíció, filozófia, célkitűzések és módszertan
- PRM és az FNO koncepció, beleértve az eredmények felmérését, életminőség, funkcionális egészség (pl. SF-36) stb.
- Állapotfelmérés a rehabilitációban 1 – klinikai és funkcionális felmérés, neurofiziológia, ultrasonográfia stb.
- Állapotfelmérés a rehabilitációban 2 – kineziológia, az egyensúlyozás és a járás felmérése (testhelyzetelemzés, járásanalízis stb.)
- Legfontosabb beavatkozások a rehabilitációban 1: Információ, képzés, orvosi kezelések (beleértve a speciális gyógyszerelést), PRM programok
- Legfontosabb beavatkozások a rehabilitációban 2: fizioterápiás módszerek, terápiás gyakorlatok, infiltrációs technikák, FES stb.
- Legfontosabb beavatkozások a rehabilitációban 3: ortézisek, protézisek és segítő technológia
- PRM ortopédiai és váz-izomrendszeri zavarokban 1: felső végtagok (beleértve a kézsérüléseket, idegsérüléseket)
- PRM ortopédiai és váz-izomrendszeri zavarokban 2: alsó végtagok (beleértve az idegsérüléseket)
- PRM ortopédiai és váz-izomrendszeri zavarokban 3: gerinc, amputáció
- PRM idegrendszeri állapotokban 1: stroke
- PRM idegrendszeri állapotokban 2: gerincvelő harántsérülés
- PRM idegrendszeri állapotokban 3: koponya-agy sérülés
- PRM krónikus idegrendszeri betegségekben (Parkinson- betegség, MS stb.) és más fogyatékossgal járó állapotokban (időskor, fogyatékos gyermekek, szív- és tüdőbetegek, rosszindulatú daganatos betegek stb.)
- PRM szolgáltatások, PRM menedzsment, közösségi rehabilitációs szolgáltatások, rehabilitációs kutatások

Gyakorlati készségek: alapvető mozgásszervi és neurológiai vizsgálat (beleértve a legfontosabb idegrendszeri sérülések vizsgálatát, bénulások, spaszticitás stb.)

Képzési idő rehabilitációs osztályon: 3 hét

törzsképzési idő kezdetén. A javaslatnak kettős célkitűzése van. Először is javíthatja a rehabilitációhoz kötődést, ami talán csökkenti a más szakterületekre vándorlást. Ezenkívül legalább alapvető rehabilitációs szemléletet, attitűdöket nyújthat és olyan tudást, amelynek alapján a rezidens a további ismeretek és készségek megszerzését már rehabilitációs szemlélettel tudja végezni.

Elsősorban a gyakorlati képzés támogatása céljából a grémiumvezetők javaslatokat dolgoztak ki a képzőhelyek és azok vezetői, a mentorok, illetve önmaguk részére is. Ezek összefoglalva láthatók a 3. táblázatban. A táblázatban nem szerepel olyan javaslat, amely ellentétes lenne a jelenlegi jogszabályi környezettel. A táblázatban felsorolt tevékenységekkel kapcsolatban néhány kiegészítő megjegyzést teszünk.

A képzésért vállalt felelősség értelmezésünk szerint azt is jelenti, hogy a képzőhely vezetője esetleges problémáját jelezze a mentornak, nem megvárva, hogy később, hátrányosabb helyzetben legyen szükség esetleges beavatkozásra, mint pl. a képzési idő meghosszabbítása. Felmerülhet a kérdés, végezhet-e ambuláns tevékenységet a szakorvosjelölt. Önállóan természetesen nem, ám felügyelettel igen. A rehabilitálhatóság megítélését gyakran egy viszonylag gyors vizsgálat keretében kell eldönteni. Ennek készségét a képzési idő alatt kell megszerezni. Végül megjegyezzük, hogy le nem töltött képzési idő igazolása okirathamisítás, aminek akár műhibakeresetek esetében is jelentősége lehet.

A szakorvosjelöltek időszakos beszámoltatása a mentorok fontos feladata. Jelentősége szintén abban van, hogy az esetleges képzési hiányosságok időben feltárhatók és orvosolhatók legyenek. Ilyen beszámolókat kötelező tartani, már a törzsképzési idő alatt is, eredményét be kell írni a leckekönyvbe. Amennyiben a szakorvosjelölt maga nem jelentkezne, meg kell

hívni a beszámolóra. Mivel a mentorok munkájukban támaszkodhatnak a grémiumvezetőkre, célszerű a rendszeres együttműködés. A prevenciót és nem a szankcionálást véljük fontosnak.

A prevenciót szolgálja az is, ha szakvizsga előtt kiegészítő gyakorlat előírására kerül sor. Sokkal kevésbé terhelő mindenki számára, beleértve a munkaadót is, mint az esetlegesen sikertelen szakvizsga és annak következményei. Végül megemlítjük, hogy az Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága a Rehabilitációs Szakmai Kollégiummal együttműködve tervezi az osztályos rehabilitációs munka kollegiális felülvizsgálatának, az ún. vizitációnak a bevezetését. A vizitáció is támogathatja a szakképzési tevékenységet, ha a meglátogatott osztályon lévő rezidensek munkájára is kellő figyelmet fordít.

Az UEMS PRM szekciója által létrehozott munkacsoport, az European Board tevékenységei között szerepel a rehabilitációval kapcsolatos definíciók megalkotása, valamint az „európai standardok” kialakítása a képzési programok, a gyakorlatok, a tananyag és a kompetencia területén egyaránt.¹² Az európai országokban a PRM önálló szakterület (Málta és Dánia kivételével). A képzési idő 4–6 év között van, de a nemzeti tradíciók és jogszabályok részben különböznek. A PRM szakorvosok mozgása az unión belül szabad ugyan, de munkavállalás csak a nemzeti hatóság licencével lehetséges. A European Board kialakította átfogó koncepcióját a fizikális és rehabilitációs medicina képzéssel kapcsolatosan. Ez tartalmazza a graduális (orvostanhallgatók) képzés, a posztgraduális képzés (szakorvosképzés) és a szakorvosok továbbképzésének (Continuing Medical Education – CME) tartalmát, gyakorlatát, az elvárásokat (www.euro-prm.org). A PRM szakképesítés UEMS akkreditációját jelenleg két módon lehet megszerezni. Az egyik a már legalább 10

3. táblázat. Javaslatok a gyakorlati képzés támogatására a képzőhelyek vezetői, a mentorok, valamint a grémiumvezetők részére

Képzőhelyek vezetői (tutorok)	Mentorok	Grémiumvezetők
<ul style="list-style-type: none"> • Teljes felelősség vállalása a képzési tevékenységért, a szakorvosjelölt fejlődésének nyomon követése • Osztályos és ambuláns gyakorlat biztosítása • Igazolás csak letöltött gyakorlati időről adható 	<ul style="list-style-type: none"> • Évente beszámoltatás az ismeretek és a készségek elsajátításáról (részbe a betegvizsgálat és rehabilitációs terv készítése) • Évente tájékoztatás a beszámolók eredményeiről a grémiumelnökök felé 	<ul style="list-style-type: none"> • Az évenkénti beszámolón rosszul teljesítő hallgatók részére szükség szerinti kiegészítő képzési idő elrendelése • Konzultáció szervezése a képzőhelyi vezetők és mentorok részére, problémák megvitatása • Képzőhelyi minősítés felülvizsgálata a rendszeresen rossz vizsgaeredményt nyújtó szakorvosjelöltek képzőhelyein • Egymás közötti egyeztetés, szükség szerint javaslatok tétele

éve a rehabilitációban aktívan dolgozó szakorvosok részére az ún. ekvivalenciavizsga, valamint a szakorvosjelteknek létrehozott vizsga. PRM oktatók és képzőhelyek tanúsítása is folyik a Board standardjai alapján. Magyarországról 11 kolléga rendelkezik ekvivalenciavizsgával, hárman oktató minősítéssel és egy intézet (OORI) akkreditált képzőhely. A Board feladata az Európai PRM kongresszusok, oktatási prog-

ramok, PRM szakorvosok továbbképzésének (CME) akkreditációja is.

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy a képzési rendszerek sikere vagy sikertelensége annak szervezettségén, ellenőrzésén alapul. Minőségfejlesztési tevékenységek nagy valószínűséggel eredményesebbé és hatékonyabbá tehetik. Vizsgálatainkkal és javaslatainkkal ehhez kívánunk hozzájárulni.

IRODALOM

1. Borsay J: Mozgásszervi rehabilitáció. In: Barta O (szerk.): Az ortopédia tankönyve. Medicina, Budapest, 1983; 228-234.
2. Colliver JA: Educational theory and medical education practice: A cautionary note for medical school faculty. Academic Medicine 2002; 77: 1217-1220.
3. De Korvin Krokowski G, Sjolund B, Quittan M, Kullmann L, et al.: Action Plan of the Clinical Affairs Committee UEMS Physical and Rehabilitation Medicine Section: quality of care. Eur J Phys Rehabil Med 2009; 45(2): 281-287.
4. Gutenbrunner C, Ward AB, Chamberlain MA (eds.): White Book on Physical and Rehabilitation Medicine. Eur J Phys Rehabil Med 2006; 42(44): 292-332. - J Rehabil Med 2007; 39(Suppl. 45.): 1-48.
5. International Working Party to Promote and Revitalize Academic Medicine. Academic medicine: the evidence base. Brit Med J 2004; 329: 789-792.
6. Kullmann L: Evidence based medicine - evidence based training? Int J Rehabil Res 2007; 30(Suppl 1.): 16-17.
7. Kullmann L, Kullmann T: Are problems of academic medicine a new phenomenon? Croatian Medical Journal 2004; 45: 550-552.
8. Kullmann L, Vekerdy Zs: Szakember ellátottság a rehabilitációban, a képzés jelentősége. Kórház 2006; 12(9): 89-93.
9. Marusic A (ed.): Revitalization of academic medicine. Medicinska Naklada, Zagreb, 2005.
10. Ward AB, Gutenbrunner C: Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. J Rehabil Med 2006; 38: 81-86.
11. Sheridan DJ: Reversing the decline of academic medicine in Europe. The Lancet 2006; 367: 1698-1701.
12. UEMS PRM Section and Board: European PRM Board certification. www.euro-prm.org 2010. 10. 02.
13. Vekerdy-Nagy Zs: Képzés a rehabilitációban. In: Vekerdy-Nagy Zs (szerk): Rehabilitációs Orvoslás. Medicina, Budapest, 2010; 741-746.

Felhívás

Az Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága 2011-ben is megrendezi a Fiatalok Fórumát

Az eseményre várjuk 35 év alatti, a rehabilitációt érintő bármely szakmában dolgozó fiatalok előadásait. A legjobb előadásokat 3 tagú zsűri javaslata alapján jutalmazzuk.

Helyszín: Szolnok, MÁV Kórház és Rendelőintézet

Időpont: 2011. május 20.

Az előadások maximum 7 percesek lehetnek. Az előadáshoz számítógépes kivetítőt lehet igénybe venni. Kérjük a címet, előadók nevét, korát, munkahelyét, postai és elektromos levelezési címét és az előadás absztraktját tartalmazó jelentkezést elküldeni az alábbi címre:

Dr. Vén Ildikó, OORI

1528 Budapest, Szanatórium u. 19.; Telefon: 1-3911-900, 20-3277-426; E-mail: i.ven@rehabint.hu

Határidő: 2011. április 10.

Ebédigény bejelentése: Dr. Angyal Gyöngyi ov. főo. (5000 Szolnok Versegly F. út. 6-8.; Telefon: 56/524-633; E-mail: angyalgyongyi@gmail.com)