



SEMMELWEIS EGYETEM CSALÁDORVOSI TANSZÉK

## A KLINIKAI IMMUNOLÓGIA HELYE AZ ALAPELLÁTÁSBAN

DR. KALABAY LÁSZLÓ

Az immunológiai betegségek (elsősorban az autoimmun kórképek és az immunhiányok) valahol az orvosi gondolkodás háttérében vannak, ennek számos oka van. Elsősorban azért, mert keveset tudnak róluk (nemcsak az alapellátás szintjén), sokszor nem is gondolnak rájuk. További ok, hogy az ezen a területen évtizedek óta hiányos továbbképzés miatt ezek a betegségek ritka, homályos, különleges, kórképek formájában élnek az orvosok tudatában, melynek mélyebb megismeréséről könnyen lemondanak. Meg kell említenünk azt is, hogy a gyógyszergyárak sem támogatják annyira a klinikai immunológiai jellegű továbbképzést, mint pl. a cardiovascularis témát, részben talán üzleti megfontolások miatt, részben mert nem „népbetegségekről” van szó. Valóban nem?

Tény, hogy a klinikai immunológia napjainkban különleges, más klinikai szakágakra nem jellemző helyzetbe került, melyet az elméleti és a klinikai immunológia közötti nagy, és egyre növekvő szakadék jellemez. Közhelyszámba megy, hogy az elméleti immunológiai tudás, ismeretanyag sohasem látott mértékben bővül. Gondoljunk csak a monoklonális antitestek, a rekombináns géntechnológia, és legújabban, a genomika megjelenésére. Kétségtelen, hogy az elméleti ismeretek bővülése lökést adott a klinikai immunológiának is, de ez korántsem volt olyan mértékű, mint sok más egyéb klinikai ágban (pl. a kardiológia vagy a gasztroenterológia területén). A klinikai megfigyelések és az autoimmun betegségek diagnózisához használt szerológiai panel bővülése alapján új kórképeket határozzunk meg (pl. anti-foszfolipid szindróma, vagy kevert kötőszöveti betegség). Számos, klasszikus immunbetegséget újraértelmezünk, alcsoportokat különítünk el (pl. neonatális, klasszikus, időskori lupus erythematosus). Az elméleti ismeretek bővülése elvileg lehetőséget ad új kezelési eljárások kidolgozására és alkalmazására, pl. citokin-terápia, specifikus immuntolerancia, kevesebb mellékhatással járó immunszuppresszív gyógyszerek kidolgozása. A valóságban azonban sokszor az autoimmun betegségek kezelésére szolgáló terápiás lehetőségek a

szakorvos kezében is korlátozottak. Az új kezelési módok vagy nagyon drágák (pl. tumor nekrózis faktor- $\gamma$ -ellenes infliximab a rheumatoid arthritis kezelésére, immunoglobulin terápia hiányállapot pótlására, vagy nagy dózisban immunszuppresszió céljára), Arra is van példa, hogy a receptfelírási szabályozás következtében el sem érhető az immunológus szakorvos számára (a szintén a rheumatoid arthritis kezelésére használt leflunamidot csak reumatológus szakorvos írhatja fel, immunológus nem).

*Miért kell mégis ismernie az alapellátásban dolgozó orvosnak az immunológiai betegségeket?*

1. Mert az első tüneteket a családorvos észleli. Természetesen senki nem várja el, hogy az alapellátás szintjén állítsák fel minden poliszisztémás autoimmun betegség diagnózisát, de fiatal felnőttben a szokatlan szervi társulások pl. arthritis, bőrlenségek, mellhártyagyulladás, fehérjevizelés kapásból fel kell hogy vesse a systemás lupus erythematosus gyanúját, (és nem az AST-t kellene ismételtetni), vagy a visszatérő thrombosis és abortus az anti-foszfolipid szindróma gyanúját. Ilyenkor tanácsos mihamarább szakrendelésre küldeni a beteget. Számos súlyos következménye lehet annak, ha ez nem történik meg időben. Részben súlyos és helyrehozhatatlan szervi károsodások alakulhatnak ki rövid idő alatt (pl. krónikus veseelégtelenség SLE-ben, vagy már irreverzibilis ízületi destrukció rheumatoid arthritisben), melyek megelőzhetők lettek volna. Másrészt, és ez legalább olyan fontos: így válik az egyszerű betegből a „nehéz, problémás” beteg, (szinonimák: difficult patient, crux medicorum). Az ilyen betegnek, amikor végre megfelelő helyre kerül, már régen elege van az egészségügyből, mutatja ezt a magával hozott terjedelmes dokumentáció, a korábbi, nagyrészt felesleges vizsgálatok tömege, annak minden egyéni testi, lelki, egyéni és társadalmi költségvonzatával együtt. A későbbiekben így sokkal nehezebb lesz mind a gyógyszeres terápia elfogadtatása, mind a beteg pszichés vezetése.

2. Az immunpatológiai betegségek gyakoribbak, mint gondolnánk. Országos felmérés még nincs, de a rheumatoid arthritis prevalenciája 0,8% körül becsülhető, ami eléri a népbetegség szintjét. Ez egy átlagos 1500 fős praxisban ez 12 beteget jelent.

3. Immunológiai szakrendelés nincs mindenütt az országban, a földrajzi távolság, a szakrendelések zsúfoltsága, a hiányos kommunikáció miatt a rendelésen kapott eredményeket, leleteket, a kezelést sokszor a családorvosnak kell megmagyaráznia a betegnek.

4. A betegség súlyosbodására utaló tüneteket mutató (pl. SLE-s betegben lassan kialakuló veseelégtelenség, vagy pericarditis), vagy a kezelés mellékhatásaival a beteg a családorvosnál jelentkezik először. Észre kell venni pl. a szteroid kezelés alatt kialakuló lázas állapot súlyos következményeit, és azonnal kórházba kell küldeni a beteget.

5. A diétát, életvitelt illető tanácsadás feladata is sokszor a háziorvosra marad: ne napozzon az SLE-s beteg, vegye meg a legnagyobb fényvédő faktorú krémet, a veleszületett immunhiányos beteg kerülje a zsúfolt helyeket. Az allergiás betegeknek szóló tanácsadás lehetőségei szinte végtelenek.

Az immunpatológiai betegségeket immunhiányokra, autoimmun betegségekre, allergiás kórképekre és az immunrendszer tumoraira (lymphomák) osztjuk. Régi megfigyelés, hogy az ezekbe a betegségecsoportokba tartozó kórképek gyakran társulnak egy betegben, vagy családban. Így pl. a szelektív IgA hiány lényegesen gyakoribb az asthmásokban (1:10), gyakrabban figyelhető meg thyroiditis, Sjögren szindróma, szénanátha stb. A poliszisztémás autoimmun betegekben és a különböző immunhiányos állapotokban sokkal gyakoribb a malignus tumor, gyakran éppen lymphoma. Ezek a megfigyelések az immunrendszer általános regulációs zavarát jelzik, ezért fontos az egyik megléte estén a többi kialakulásának lehetőségével is számolni. A lymphomák felismerése, kezelése inkább a haematológia és az onkológia területére tartozik, ezzel részletesen nem foglalkozom. Az első három csoportba tartozó betegségeken, számos családorvosi vonatkozása van.

Az immundefektusok lehetnek elsődlegesek (veleszületettek) vagy másodlagosak (szerzetek). Az előbbiek elsősorban a gyermekgyógyászat területére tartoznak, a saját és családi anamnéziszfelvételnek óriási szerepe van. Van azonban néhány veleszületett immunhiányos állapot, mely felnőttkorban említést érdemel. Az egyik a veleszületett IgA defektus, melynek gyakorisága 1:700, az ilyen betegeknek szóló tanácsadás alapvető (fertőzés helyének kerülése, korai és agresszív antibiotikus kezelése). Kevésbé ismert az IgG alosztály defektus, mely szintén meglepően gyakori. Az össz-IgG szint 60%-át az IgG1, 20–30%-át az IgG2, 10%-át az IgG3, 5%-át pedig az IgG4 teszi ki. Az egyes alosztályoknak egymástól eltérő funkciójuk van. Hiányukra az alacsony össz IgG értéke utal. Akárcsak a

szelektív IgA hiánnyal, ezzel a betegséggel is le lehet élni egy életet egészségben, de visszatérő hörghurut, bronchiectasia hátterében nem ritkán találunk IgG alosztály defektust, fiatal vagy idős korban egyaránt. Külön említést érdemel a közönséges variábilis immunhiány, melynek gyakorisága 1:10000–1:50000 között van. Jellemzője, hogy nem gyermekkorban, hanem fiatal felnőttkorban, a második-harmadik életévtizedben manifesztálódik, súlyos felső, alsó légúti infekció, hasmenés, néha gombás fertőzés, különböző autoimmun jelenségek, tüdő, vékonybél lymphoid hyperplasia formájában. Találó az egyik beteg megjegyzése: „Ha a rádió bemondja, hogy Hong-Kong-ban új influenza-vírust találtak, akkor én azt másnapra már meg is kapom”. A gyomorrák kialakulási valószínűsége 50-szeres, a malignus B sejt lymphomáé 300-szoros (!) az átlagpopulációhoz képest. Gyakori még a veleszületett mieloperoxidáz hiány (1:2000), melyet rekuráló, makacs gombás fertőzés jellemez az egyébként tünet- és panaszmentes betegben. Az elsődleges immunhiányos állapotok 95%-a teljes vérvkép és immunglobulin szint meghatározással kiszűrhető. Visszatérő fertőzések esetén küldjük a beteget immunológiai szakrendelésre.

A szerzett immunhiányok köre szintén igen tág. Váratlan és nehéz feladatot jelenthet a családorvos számára az immunszupprimált betegek fertőzéseinek időbeli felismerése. Ezek a fertőzések szokásostól eltérő, sokkal szegényebb klinikai kép formájában nyilvánulnak meg, sokszor láz, gyulladáshoz jelek nélkül. A szervtranszplantált, vagy egyéb okból immunszuppresszív kezelésben részesült betegben hirtelen kialakult lázas állapotot komolyan kell venni, és a beteget azonnal az őt gondozó fekvőbeteg-intézetbe kell irányítani, még akkor is, ha egyébként olyan fertőzéssel állunk szemben, melyet a praxisban is el lehetne látni. A hirtelen kialakult cytomegalovírus pneumonia vagy orbánc órák alatt a beteg halálához vezethet. A torokfájással, mint mindennapos panasszal jelentkező beteget gondosan ki kell kérdezni az előzetes gyógyszereszedéséről, gyógyszeres agranulocytosis gyanúja esetén vérvépet kell csináltatni, és szakellátásra küldeni.

Az autoimmun betegségek diagnózisának felállítása valóban szakorvosi feladat. Ahogy már utaltunk rá, fontos, hogy időben szakrendelésre kerüljön a beteg. A poliszisztémás autoimmun betegségek, vasculitisek diagnózisára kritériumrendszereket dolgoztak ki. Azt hiszem, érdemes ezeket a családorvosnak is megismernie, mert ezek betegségeknek legjellemzőbb tüneteit foglalják össze újra. A diagnózis megerősítése, pontosítása ezek alapján történik a szakellátás szintjén is. Előfordult, hogy nem „arthritis, in obs.”, vagy „magas süllyedés in obs.”, mégcsak nem is úgy, hogy „Sjögren szindróma?” diagnózissal küldött családorvos kolléga új beteget immunológiai szakrendelésre, hanem kijelentő módban: Sjögren szindróma.

Az allergiás betegségek a lakosság 25%-át érintik, valódi népbetegségről van szó. A betegek többsége

először az alapellátásban, és rögtön a szakrendelésen jelentkezik. Bár az antiallergiás gyógyszerek kedvezményes felírása, és ezáltal a gondozási feladatok egy része a szakorvosok körére korlátozódik, ugyanakkor a családorvosnak döntő szerepe van az akut ellátás, a megelőzés, tanácsadás és az életmódvitel kérdésében.

Mint látható, az immunológiai betegségek köre igen kiterjedt, számos családorvosi vonatkozása van. És még nem is említettük azon módszerek széles körét, melyekben immunológiai módszereket, immunreakciókat

használnak diagnosztikus és terápiás célból. Nem kívánom sem az elméleti, sem a klinikai immunológiát abszolutizálni, hiszen, nem ezek azok a betegségek, melyek az incidencia, a prevalencia, a lakosság életminősége, mortalitása szempontjából a legnagyobb nagyobb súlyuk van. Az allergia talán kivétel. De úgy érzem, helyükre kell tenni az immunpatológiai betegségeket, mert igenis előfordulnak, a betegek jelentős része a családorvosnál jelentkezik, ezáltal van helyük az alapellátás területén is.

### **2004 júliusától a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszékének új kinevezett vezetője van Dr. Kalabay László. Rendhagyó módon itt adjuk közre a bemutatkozást. Gratulálunk (szerk.)**

1956-ban születtem Budapesten. 1981-ben végeztem a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán. Végzésemet követően az Egyetem III. sz. Belgyógyászati Klinikáján kezdtem dolgozni. Belgyógyászból, klinikai immunológiából szereztem szakvizsgát, háziorvostanból is vizsgáztam. 1993-ban szereztem kandidátusi fokozatot. Az elmúlt 12 évben a klinika angol tanulmányi felelőseként és az Egyetem Külföldi Hallgatók Titkársága Operatív Bizottsági tagjaként nagy oktatási tapasztalatra tettem szert. 2002-ben neveztek ki egyetemi docenssé, 2003-ban habilitáltam. 2004. július 1-jével az Egyetem Családorvosi Tanszékének vezetője. Egy olyan intézeté, melynek megalakulása óta, első igazgatójának, *prof. dr. Arnold Csabának* működése alatt országosan elismertté vált, mind graduális, mind posztgraduális szinten magas oktatási színvonalat képviselt, és képvisel ma is.



Orvosi diplomájának megszerzése óta olyan intézetben dolgozott, mely az egyetemi klinika hármaskörű funkciójának mindegyikét (betegellátás, oktatás, tudományos munka) a legmagasabb szinten műveli. A Családorvosi Tanszék vezetésével kapcsolatosan szintén alapelvek, hogy a tanszék, bár elsősorban oktató és kutató intézmény, e két feladatát a lehető legmagasabb szintjén végezze, és emellett a munkatársak mindennapi betegellátó tevékenységében is segítséget nyújtson.

Az oktatás területén a Tanszék sajátos helyzetben van. A Tanszék 9 főállású belső munkatársa 25 külső tudományos munkatárssal dolgozik együtt, hozzájuk csatlakoznak az oktató családorvosok, összesen mintegy 160 fővárosi és vidéki oktató kolléga. Feladatuk mind a graduális, mind a posztgraduális képzés.

A graduális oktatás eddig is jól működött a Tanszéken. Az elmúlt években több rektori pályázat és szakdolgozat született. Emellett számos kitűnő TDK téma került meghirdetésre, fontos lenne minél több hallgatót bevonni a Tanszék tudományos munkájába. Jelentősen emelné a Családorvosi Tanszék és általában a külföldi hallgatók klinikai oktatásának presztízsét, ha több hallgató végeznék Magyarországon a szigorlóév

2 hetes „Family Medicine” gyakorlatát. A Tanszék a Kútvölgyi Klinikai Tömb területén található. Ugyanitt működik az Aktív Képzési Stúdió, mely a tömbben lévő valamennyi intézet rendelkezésére áll, és egyre nagyobb népszerűségnek örvend. Oktatási segédesszkezeivel a hallgatók gyakorlati oktatása terén óriási segítséget nyújt. Tanszék és a Stúdió közötti kapcsolat kétirányú fejlesztése, oktatási anyagok cseréje mindkét fél számára hasznos lenne. Ezzel párhuzamosan, fontos feladat a jövőben a Tanszék oktatási anyagának bővítése, mely megfelelő képanyaggal dokumentált kazuisztikákat foglal magában. Egy ilyen adatbázis létrehozása és fejlesztése nagy feladat, megvalósításában lelkes hallgatók segítségére is szükség van.

Mind a hallgatók, mind pedig a rezidensek oktatását érintő gond, hogy a külső oktatókkal nincs olyan szoros, mint amelyet a szerteágazó oktatási feladat megkíván. Módot kell találni a szorosabb kapcsolattartásra (pl. az Internet segítségével). Megszerveztük az oktatói minőségbiztosítást mind az alapképzés, mint a rezidensképzés területén (anonim kérdőíves módszerrel). Ezen a területen is számítunk egyéb hazai oktatóintézet, így az Országos Alapellátási Intézet és a társegyletek Családorvosi Tanszékeinek tapasztalatára is.

A posztgraduális oktatás rendszere didaktikus és átgondolt, számos egyéni elemet tartalmaz (pl. videokommunikációs gyakorlatok). Feltétlenül javítana a képzés színvonalán a körzetben dolgozó és a fekvőbeteg-intézetben dolgozó oktató közötti kapcsolat kiépítése, hiszen mindketten ugyanazt a rezidens-tanítványt oktatják.

Nem kevésbé fontos feladat a korábban végzett családorvosok és a mentorok továbbképzése. Ezzel összhangban, a továbbképző tanfolyamok spektrumának bővítése, ezek akkreditálása szükséges. Nagy eredmény az ez év őszére megszervezett előakkreditált, 4 alkalmat magában foglaló továbbképző előadás-sorozat.

A tudományos munka területén számos feladat adódik. Szorosabbra kell fűzni a szakmai kapcsolatot, a

tudományos együttműködést az Országos Alapellátási Intézettel és a vidéki egyetemek társintézeteivel, önállóan, vagy velük kooperációban projektek tervezése és végrehajtása formájában. A tudományos munka támogatását pályázatok útján biztosítani kell. Jó a kapcsolat az Európai Családorvosok Akadémiájával (EURACT), a Tanszék nemzetközi kapcsolatait tovább kell szélesíteni. Kívánatos volna hivatalos kapcsolatot kiépíteni a Háziiorvosok Világszövetségével (WONCA). A lehetőségekhez képest be kellene kapcsolódni nemzetközi projektekbe, vagy közösek indítanunk. A hazai és a nemzetközi kapcsolatok nagy segítséget jelentenének a hazai mellett nemzetközi folyóiratokba küldendő publikációk elkészítésében.

A Tanszék munkatársainak tudományos fokozatszerzésre tett erőfeszítéseit mindenképpel támogatni kell. Ez nehéz, csak hosszú távon megoldható feladat.

A családorvosi munka jellegéből adódóan elsősorban a népegészségügyi, epidemiológiai jellegű témák lennének érdekesek. Az Országos Alapellátási Intézettel és a társ-tanszékekkel való együttműködés ezen a területen is számos lehetőséget nyújthat.

A betegellátást a Tanszék dolgozói nem helyben, hanem gyakran földrajzilag is távol, saját területükön, önállóan végzik. Igényük szerint szorosabb szakmai tanácsadó kapcsolatot lehet kialakítani a Tanszékkel egy helyen, a Kútvölgyi Klinikai Tömbben lévő fekvőbeteg intézetekkel. Hasznos lenne a klinikai minta alapján rendszeres esetmegbeszélések bevezetése, akár önállóan, a Tanszéken belül, vagy ezekkel közösen. Ez segítséget adhat a kollégáknak a diagnosztikus és terápiás gondot jelentő esetek megoldásában, másrészt az élő esetmegbeszéléseknél nincs hasznosabb oktatási forma a klinikai tárgyak oktatásában.

## BEMUTAKOZÁS

1956-ban születtem Budapesten. 1981-ben végeztem a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán. Végzésemet követően az Egyetem III. sz. Belgyógyászati Klinikáján kezdtem dolgozni. Belgyógyászatból, klinikai immunológiából szereztem szakvizsgát, háziorvostanból is vizsgáztam. 1993-ban szereztem kandidátusi fokozatot. Az elmúlt 12 évben a klinika angol tanulmányi felelőseként és az Egyetem Külföldi Hallgatók Titkársága Operatív Bizottsági tagjaként nagy oktatói tapasztalatra tettem szert. 2002-ben neveztek ki egyetemi docenssé, 2003-ban habilitáltam. 2004. július 1-jével az Egyetem Családorvosi Tanszékének vezetője. Egy olyan intézet, melynek megalakulása óta, első igazgatójának, *prof. dr. Arnold Csabának* működése alatt országosan elismertté vált, mind graduális, mind posztgraduális szinten magas oktatói színvonalat képviselt, és képvisel ma is.

Orvosi diplomájának megszerzése óta olyan intézetben dolgozott, mely az egyetemi klinika hármaskörének mindegyikét (betegellátás, oktatás, tudományos munka) a legmagasabb szinten műveli. A Családorvosi Tanszék vezetésével kapcsolatosan szintén alapvető, hogy a tanszék, bár elsősorban oktató és kutató intézmény, e két feladatát a lehető legmagasabb szintjén végezze, és emellett a munkatársak mindennapi betegellátó tevékenységében is segítséget nyújtson.

Az oktatás területén a Tanszék sajátos helyzetben van. A Tanszék 9 főállású belső munkatársa 25 külső tudományos munkatárral dolgozik együtt, hozzájuk csatlakoznak az oktató családorvosok, összesen mintegy 160 fővárosi és vidéki oktató kolléga. Feladatuk mind a graduális, mind a posztgraduális képzés.

A graduális oktatás eddig is jól működött a Tanszéken. Az elmúlt években több rektori pályázat és szakdolgozat született. Emellett számos kitűnő TDK téma került meghirdetésre, fontos lenne minél több hallgatót bevonnunk a Tanszék tudományos munkájába. Jelentősen emelné a Családorvosi Tanszék és általában a külföldi hallgatók klinikai oktatásának presztízsét, ha több hallgató végezné Magyarországon a szigorlóév 2 hetes „Family Medicine” gyakorlatát. A Tanszék a Kútvolgyi Klinikai Tömb területén található. Ugyanitt működik az Aktív Képzési Stúdió, mely a tömbben lévő valamennyi intézet rendelkezésére áll, és egyre nagyobb népszerűségnek örvend. Oktatói segédeszközeivel a hallgatók gyakorlati oktatása terén óriási segítséget nyújt. Tanszék és a Stúdió közötti kapcsolat kétirányú fejlesztése, oktatási anyagok cseréje mindkét fél számára hasznos lenne. Ezzel párhuzamosan, fontos feladat a jövőben a Tanszék oktatási anyagának bővítése, mely megfelelő képanyaggal dokumentált kazuisztikákat foglal magában. Egy ilyen adatbázis létrehozása és fejlesztése nagy feladat, megvalósításában lelkes hallgatók segítségére is szükség van.

Mind a hallgatók, mind pedig a rezidensek oktatását érintő gond, hogy a külső oktatókkal nincs olyan szoros,

mint amelyet a szerzőegazó oktatási feladat megkíván. Módot kell találni a szorosabb kapcsolattartásra (pl. az Internet segítségével). Megszerveztük az oktatói minőségbiztosítást mind az alapképzés, mint a rezidensképzés területén (anonim kérdőíves módszerrel). Ezen a területen is számítnak egyéb hazai oktatóintézet, így az Országos Alapellátási Intézet és a társegyetemek Családorvosi Tanszékeinek tapasztalatára is.

A posztgraduális oktatás rendszere didaktikus és átgondolt, számos egyéni elemet tartalmaz (pl. videokommunikációs gyakorlatok). Feltétlenül javítana a képzés színvonalán a körzetben dolgozó és a fekvőbeteg-intézetben dolgozó oktató közötti kapcsolat kiépítése, hiszen mindketten ugyanazt a rezidens-tanítványt oktatják.

Nem kevésbé fontos feladat a korábban végzett családorvosok és a mentorok továbbképzése. Ezzel összhangban, a továbbképző tanfolyamok spektrumának bővítése, ezek akkreditálása szükséges. Nagy eredmény az ez év őszére megszervezett előakkreditált, 4 alkalommal magában foglaló továbbképző előadássorozat.

A tudományos munka területén számos feladat adódik. Szorosabbra kell fűzni a szakmai kapcsolatot, a tudományos együttmű-

ködést az Országos Alapellátási Intézettel és a vidéki egyetemek társintézeteivel, önállóan, vagy velük kooperációban projektek tervezése és végrehajtása formájában. A tudományos munka támogatását pályázatok útján biztosítani kell. Jó a kapcsolat az Európai Családorvosok Akadémiájával (EURACT), a Tanszék nemzetközi kapcsolatait tovább kell szélesíteni. Kívánatos volna hivatalos kapcsolatot kiépíteni a Háziorvosok Világszövetségével (WONCA). A lehetőségekhez képest be kellene kapcsolódnunk nemzetközi projektekbe, vagy közösek indítanunk. A hazai és a nemzetközi kapcsolatok nagy segítséget jelentenének a hazai mellett nemzetközi folyóiratokba küldendő publikációk elkészítésében.

A Tanszék munkatársainak tudományos fokozatszerzésre tett erőfeszítéseit mindenképpel támogatni kell. Ez nehéz, csak hosszú távon megoldható feladat. A családorvosi munka jellegéből adódóan elsősorban a népegészségügyi, epidemiológiai jellegű témák lennének érdekesek. Az Országos Alapellátási Intézettel és a társtanszékekkel való együttműködés ezen a területen is számos lehetőséget nyújthat.

A betegellátást a Tanszék dolgozói nem helyben, hanem gyakran földrajzilag is távol, saját területükön, önállóan végzik. Igényük szerint szorosabb szakmai tanácsadó kapcsolatot lehet kialakítani a Tanszékkel egy helyen, a Kútvolgyi Klinikai Tömbben lévő fekvőbeteg intézetekkel. Hasznos lenne a klinikai minta alapján rendszeres esetmegbeszélések bevezetése, akár önállóan, a Tanszéken belül, vagy ezekkel közösen. Ez segítséget adhat a kollégáknak a diagnosztikus és terápiás gondot jelentő esetek megoldásában, másrészt az élő esetmegbeszéléseknél nincs hasznosabb oktatási forma a klinikai tárgyak oktatásában.

