

Tudományos munka az alapellátásban. Hazai eredmények és tapasztalatok európai szemmel

KALABAY LÁSZLÓ DR.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék, Budapest

A közlemény a magyar alapellátási rendszerben korábban körzeti, ma házi orvosok által végzett tudományos kutatások történetét, eredményeit és a jelenlegi helyzetet tekinti át, előremutató javaslatokkal a jövőre nézve. Beavatja az olvasót ennek a területnek sajátosságai, vizsgálómódszereibe, céljaiba. Áttekinti és összehasonlítja az Európában és Magyarországon vizsgált kutatási témákat, eredményeket, infrastrukturális különbségeket és perspektívákat, információt ad a téma iránt érdeklődő olvasónak a további tájékozódás forrásaihoz.

Kulcsszavak: alapellátás, házi orvostan, tudományos munka, Magyarország

Primary care research in Hungary. Results and experiences in comparison with Europe

This paper presents the history, the achievements and the current status in the research performed by family physicians in Hungary and makes suggestions for the future. The comparative analysis of research domains, results infrastructural differences and perspectives between Hungary and other European countries is also performed. A wide range of primary care bibliography is also offered for readers who are interested in this topic.

Keywords: primary care, family medicine, research, Hungary

(Beérkezett: 2010. február 22., elfogadva: 2010. március 1.)

Az elmúlt évszázadban kialakult az egészségügyi ellátórendszerek jelenlegi szerkezete. Az állapotuk miatt fekvő betegeket ellátott betegeket a kórházakban kezelik, ahol több orvosi szakma együttműködésére van szükség. Az egyes szakmákhoz kötött kórképeket, ha a beteg állapota megengedi, járó betegeként kezelik a specialisták a szakellátásban. Ezen két szektor szervezete és finanszírozása országonként nagyfokban eltérő.

Harmadik szektornak az alapellátást (*primary care*), házi orvosi, családorvosi ellátást nevezik, amely, bár szintén eltérő szerkezeti, szervezeti és pénzügyi formában, de valamennyi betegség megelőzését, korai diagnosztizálását, kezelését vagy a kezelés támogatását végezheti.

Az egészségügyi ellátórendszer lépcsőinek egymásra épülése és működési kapcsolata nagymértékben befolyásolja a lakosság egészségügyi állapotát. Általánosan elfogadott tétel, hogy egy ország lakosainak egészségügyi állapotára e három közül az alapellátásnak van a legnagyobb hatása [1]. Az alapellátás jelentőségét felismerő fejlettebb országok már a múlt század második felétől kialakították saját – többnyire állami – rendszerüket, ahol az alapellátás kapuőri (*gate-keeper, referral*) szerepet tölt be [2]. Az alapellátás fontosságát a lakosság egészségének megőrzésében a 30 évvel ezelőtti alma-atai konferencián deklarálták, egy ambiciózus cél, az „Egészséget mindenkinek 2000-re” jegyében [3]. Ez mára csak rész-

ben valósult meg: a fejlettebb országokban jobban, a korábbi, szocialista blokkban kevésbé [4].

Az orvostudományi kutatások eredményei alig követhetőek, perspektívái beláthatatlanok. Az élettani alapú kutatások többnyire laboratóriumot és ebben gyakorlott kutatókat igényelnek, a gyógyszerekkel kapcsolatos kutatások gyógyszeripari és klinikai hátteret, sok adminisztrációt, bár az ilyen vizsgálatokban az alapellátás nagyobb arányú bevonása lehetséges lenne.

Az alapellátási kutatásokra szükség van, mert

- a klinikai és preventív eljárásokat olyan tudományos bizonyítékokra kell alapozni, amelyek nemcsak laboratóriumi eredményeken és kórházi vizsgálatokon alapulnak,
 - a legtöbb országban, különösen a szegényebekben, az összes orvosi tevékenység legnagyobb része az alapellátásban történik,
 - az alapellátási kutatásokat nélkülöző országokban a leggyakoribb a betegek fölösleges (túl)vizsgálása, a nem megfelelő kezelés alkalmazása, az indokolatlan szakorvoshoz küldés, a megkésett diagnózis [5, 6].
- Az alapellátás csapatmunka jellegéből következik, hogy a kutatásoknak a szakdolgozói tevékenységre (*nursing research*) is ki kell terjedniük. Az alapellátási kutatómunkára a színvonalasabb ellátás elméleti alapjának kialakítása céljából van nagy igény [7, 8, 9].

Milyen sajátosságai vannak az alapellátási/családorvosi munkának?

A házi orvosok világszervezetének (WONCA) európai szervezete ezt pontosan definiálta [10, 11]:

- Átfogó, teljes körű megközelítés (*comprehensive approach*), ami a beteg és panaszainak, betegségeinek sokrétű, egyidejű, de nem feltétlenül összefüggő megjelenésével kapcsolatos, akut és krónikus kórképekben egyaránt, beleértve a megelőzést is.
- A beteg bármely eredetű panaszainak elsődleges ellátása és kezelése (*primary care management*). Állandó hozzáférés biztosítása, szükség esetén más szakemberek, specialisták bevonása, vizsgálatokra utalás és azok koordinálása, beleértve a betegnek adandó tanácsokat, felvilágosítást, konzultációt.
- Különleges problémamegoldó képesség (*specific problem solving skills*), ami az illető betegség, kórkép prevalenciáját és incidenciáját is figyelembe veszi. Hatásos és hatékony diagnosztikus és terápiás lehetőségek alkalmazása.
- A közösség felé fordulás (*community orientation*) formájában a közösség és az egyének igényeit figyelembe vevő és azt összehangolni igyekvő orvosi megközelítés kap szerepet.
- A holisztikus megközelítés (*holistic approach*) segítségével az egyént, családját, összes figyelmet vagy méltánylást igénylő körülményét át kell tekinteni, a biopszichoszociális összefüggésekre való tekintettel.

- A személyre összpontosító megközelítésben (*person-centered care*) a beteg és problémája hatékony, ember-séges és tapintatos orvos–beteg kapcsolat kiépítésével vizsgálható, hosszú távú partneri kapcsolat kialakításával [11].

Milyen kutatómódszerek használhatók az alapellátásban?

- Összehasonlíthatóak a valós kezelési eredmények, életminőségbeni változások, ami jóval több az egyéni megelégedettség vagy egyes biomarkerek meghatározásánál.
- A leíró, keresztmetszeti kérdőíves felmérések általában nem sokat tesznek hozzá a már korábban megszerzett tudáshoz, bár egyes megfigyeléses vizsgálatokkal ötleteket adhatnak új kutatási témákhoz.
- Az elsősorban az alapellátásban elterjedt kvalitatív vizsgálatok jól fel tudják tárni az orvosok és betegek perspektíváit és preferenciáit, és segítséget nyújtanak a releváns végpontok és a vizsgálatára alkalmas módszer megtalálásában.
- A randomizált kontrollált vizsgálatok (*randomized controlled trial: RCT*) a legalkalmasabbak arra, hogy valamely kezelés vagy beavatkozás eredményeihez alkalmas bizonyítékot adjanak.
- Az intervenció vizsgálatok alkalmasak a szokásos kezeléshez való többlethozzáadás (életmód-változtatás vagy a kezelés minőségének javítása) eredményeinek elemzésére, azonban nagyon óvatosan kell eljárni a megbízhatóság és összehasonlítás terén.
- A kockázati tényezők vagy új kezelési módszerek hatását vizsgáló prospektív utánkövetéses vagy esetelemzéses vizsgálatok különösen jól alkalmazhatók az alapellátás sajátosságai és körülményei között.
- A hosszú távú vizsgálatok a folyamatosság és sokoldalúság, valamint a fenntarthatóság elemzésére alkalmasabbak lehetnek más vizsgálatoknál.
- A leírt módszerek kombinálásával lehetőség nyílik speciális kérdések megválaszolására is [12].

Milyen témákat kutatnak az alapellátásban?

Az alapellátásban 2003–2008 között végzett közel 500 RCT eredményeit áttekintve: 70%-uk vizsgálta a beteggel, a többi az orvossal vagy az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kimenetelt. A témaválasztást tekintve 23% az egészségügyi rendszerrel vagy népegészségügyi kérdésekkel foglalkozott. A többi gyakoribb téma: idült légzőszervi megbetegedések (9%), mentális egészség (8%), diabetes (6%), szívelégtelenség (5%), hypertonia, gyermekgyógyászati és urogenitális megbetegedések (3-3%). A vizsgált praxis vagy közösség epidemiológiai, megbetegedési (incidencia, prevalencia) regisztrálása, az alkalmazott kezelés leírása, többnyire keresztmetszeti

vizsgálatokban történt [12]. A kutatási eredményeken túlmenően, a vizsgálatoknak fontos gyakorlati haszna lehet az oktatásban is [13].

Kik és hol végeznek alapellátási kutatásokat?

Mindegyik orvosi szakma elméleti alapját tudományos kutatás képezi, a gyakorlati felhasználás pedig a bizonyítékokon alapuló orvostudomány kutatási eredményein alapul. Ennek ellenére a gyakorló orvosoknak csak elenyészően kis része vesz részt tudományos munkában. Ez alól a családorvosok sem kivételek. Az ő részvételüket nehezíti az egyedül vagy legfeljebb kis csoportokban-közösségekben való munkavégzés, a többiekkel való kapcsolat eseti és laza jellege. Az alapellátásban végzett tudományos munkát általában egyetemi intézetek, tanszékek, kutatási hálózatok szervezik, amelyek pénzügyi támogatását az állami költségvetés, újabban egyre nagyobb arányban pályázati források, időnként a farmaszektor biztosítja. Léteznek nonprofit szervezetek is. A több mint 30 éves *European General Practice Research Network (EGPRN)* fő céljának tekinti a kutatásban érintett háziorvosok rendszeres találkozását, a kutatási témák és eredmények konstruktív vitáját [13, 14, 15]. A korábbi metodikai kiadványt megújítva, a közelmúltban összefoglalták az alapellátási kutatások eddigi eredményeit, útmutatót adva a későbbiekhez is [12]. A *European Forum for Primary Care (EFPC)* egyaránt foglalkozik a tagországok háziorvosi rendszereinek problémáival, tapasztalatok átadásával, de ugyanakkor egységes diagnosztikus és kezelési elvek közreadásával is [16, 17].

Az európai háziorvosi folyóiratok között több az igen színvonalas, *peer-review* újság: *European Journal of General Practice*, *Family Practice*, *British Journal of General Practice*, *Scandinavian Journal of Primary Health Care* [18, 19, 20, 21]. Több nagy európai szakmai tudományos szervezetnek is van háziorvosi szekciója, és léteznek egyes fontos betegcsoportok, főleg a diabetes kezelésében különösen aktív, önálló háziorvosi tudományos szervezetek is, saját tudományos folyóirattal [22, 23, 24].

A tudományos kutatások bázisát Európában mindentől az egyetemeken jelentik. Már az 1970-es évektől kezdve alapítottak családorvosi tanszékeket, és mára az Egyesült Királyságban, a skandináv országokban, a Benelux államokban mindegyik orvosegyetemnek van. Ilyen profilú tanszék szintén megtalálható a legtöbb európai ország egyetemén, beleértve az újonnan csatlakozott európai uniós államokat is [2, 4]. Az egyetemeken doktori iskolák is működnek, és a családorvosoknak évtizedek óta lehetőségük van tudományos (*PhD*) fokozatot szerezni, amely sok, de nem mindegyik országban a vezetői kinevezés feltétele [25]. Az értekezések témája felöleli szinte az egész általános orvostudományt, az érszűkületől az asztmáig, a diabetestől a depresszióig, az uro-

genitalis megbetegedésektől az oktatási kérdésekig [26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34].

Európában a legjobban szervezett egészségügyi rendszerek egyike az Egyesült Királyság Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (UK National Health Service), amely tudományos vizsgálatokat is támogat [35]. Ezenkívül komoly kutatási forrásokat biztosít a *Royal College of General Practitioner* és a *British Medical Association* is [36, 37]. Hollandiában az egyetemeken kívül külön kutatóintézet is működik, amely az egészségügyi rendszerek, ezen belül kiemelten a háziorvosi ellátás működésével kapcsolatos kutatásokat koordinálja [38]. Ugyanakkor Európán belül, az infrastruktúrában, a pénzügyi forrásokban és a személyi feltételekben is nagy különbségek vannak a nyugati országok javára, összehasonlítva a keleti, de még a mediterrán országokkal is [25].

A tudományos tevékenység szorosan kapcsolódik az oktatáshoz, továbbképzéshez [39, 40]. A legtöbb országban az egyetemeknek ebben is fontos szerepük van, bár a szakorvosképzés rendszere Európában nagyon eltérő.

Tudományos tevékenység az alapellátásban Magyarországon

Hazánkban 1967-ben alapították meg a tudományos igényű, akkoriban, még *körzetinek* nevezett orvosok a *Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületét (MÁOTE)* [41]. Rendszeres kongresszusaival, képzéseivel és folyóiratával ez a szervezet volt a tudományos munka bázisa [42]. Mint Európa sok országában, nálunk sem ment könnyen a szakma elismertetése. Csak 1972-ben indult Debrecenben az első fakultatív egyetemi speciális kollégium, majd 1974-ben vezették be az általános orvosi szakvizsgát, 1978-ban adták ki az első szakkönyvet [43]. Az első Országos (Körzeti Orvosi) Intézet 1979-ben alakult meg Pécsen. 1984 után mind a négy hazai orvosegyetemen megkezdődött az általános orvostan fakultatív oktatása, amely elsősorban a tudományosan motivált kollégák részvételére épült.

Az orvosegyetemeken a kilencvenes években létrehozták a családorvosi tanszékeket és intézeteket, először 1992-ben Budapesten, utána 1996-ban Szegeden, majd 1998-ban Debrecenben és Pécsen, illetve az akkor még létező Haynal Imre Egészségtudományi Egyetemen Budapesten, ami 2000-ben a Semmelweis Orvostudományi Egyetembe integrálódott. Az első fontosabb feladat az oktatás megszervezése volt, több ezer alapellátásban dolgozó (körzeti) orvos szakorvossá képzése [44]. Ebben a munkában játszott fontos szerepet az Országos Háziorvosi Intézetből átalakult Országos Alapellátási Intézet (OALI) is.

Az alapellátási kutatásokra alakult meg 2002-ben a *Családorvosi Kutatók Országos Szervezete (CSAKOSZ)*, amelynek évente tartott kongresszusain háziorvos kollégák mellett nagy számban vesznek részt elsősorban a négy orvostudományi egyetem tanszékeinek munka-

társai, újabban rezidensei és tudományos diákköri hallgatói [45].

Milyen témákat kutattak a körzeti orvosok?

Az alapellátásban vizsgált témák, kutatási területek felölelték az általános orvosi munka csaknem teljes spektrumát. Az igen gyakran végzett epidemiológiai felmérések (például a vendek gyakoribb gyomorrák-incidenciája), életmódbeli és táplálkozási vizsgálatok mellett a népbetegségek kutatása is a prioritások közé tartozott: a magas vérnyomás és cukorbetegség, alkoholizmus, asztma és kardiológia. Működött munkacsoport a családtervezés, táplálkozás, pszichoszomatikus betegségek területén. Megalakultak a Bálint-csoportok is. Mindezek mellett informatikai, dokumentációs területen módszertani vizsgálatok is folytak, tervek születtek szűrővizsgálatokra, gondozási és más szakmai protokollokra is. A holisztikus szemlélet fejlesztése, az öregedéssel, gyógyszerkipróbálással kapcsolatos vizsgálatok, az eltérő feltételek mellett dolgozó budapesti és falusi körzeti orvosok munkakörülményeinek, a kisebbségek helyzetének elemzése is szerepelt a vizsgálatok között [42]. Az alapellátásban végzett tudományos munkából sok előadás és publikáció, sőt, kandidátusi értekezés is született. Ezek szerzőit, az elődök iránti tiszteletből, remélhetően senkit sem kihagyva, nevesítjük: Morva László, Arnold Csaba, Szatmári Mariann, Neszner János, Pataki László, Baráth Ida, Margittay Erzsébet, Simay Attila [46, 47, 48, 49, 50, 51].

Milyen témákat kutatnak most az egyetemi tanszékeken és a házi orvosok?

Mindegyik tanszék kutatási profiljában meghatározó volt a tanszékvezető korábbi klinikai érdeklődése. A vizsgálatok tervezésével, kivitelezésével, az eredmények interpretálásával szemben támasztott követelmények az utóbbi években jelentős mértékben megemelkedtek. A főállású egyetemi oktatók hosszú távú előmenetelének biztosításához emellett elengedhetlenné vált az egyetemi doktori (PhD) fokozat megszerzése, amely csak rangos nemzetközi publikációk révén érhető el. A tanszékek helyzetének, tudományos kapacitásának ismeretében nyilvánvalóvá vált, hogy ez a követelményrendszer csak egyetemen belüli, illetve egyetemeken közötti együttműködés révén valósulhat meg.

A Semmelweis Egyetemen kezdetben elsősorban a hipertónia, diabetes és a minőségbiztosítás, oktatásszervezés volt a kiemelt téma [52, 53]. Az idősek életmódbeli sajátosságait is tanulmányozták néhány praxisban végzett keresztmetszeti vizsgálatban [54, 55, 56, 57]. E témák részben továbbra is megmaradtak és újabbakkal egészültek ki [58, 59]. A tanszékről számos publikáció jelent meg a depresszió szűrése, az öngyilkosság

megelőzése és az orvosok kiegészésének témájából, az alvászavarok, ezen belül is az obstruktív alvási szindróma (OSAS) kérdéséről [60, 61, 62, 63]. A graduális és posztgraduális oktatás szempontjából jelentős a házi orvosok diagnosztikus becslésének variabilitását vizsgálta [64]. A tanszék munkatársa részt vett a H1N1 influenza-vírus elleni védőoltások hatásosságát összehasonlító, az egyik legnagyobb presztízsű folyóiratban publikált vizsgálatban [65]. A tanszékvezető korábbi immunológiai kutatási munkájának folytatásához a tanszéken is lelkes segítőt talált. E témából is számos közlemény jelent meg rangos folyóiratokban [66, 67, 68, 69, 70].

A Debreceni Orvostudományi Egyetemen a cardiovascularis és metabolikus kórképek, gondozásuk, lehetséges prevenciójuk és ezek gyermekgyógyászati, házi orvosi vonatkozásai álltak a vizsgálatok előterében, különös jelentőséget kaptak az elhízással kapcsolatos vizsgálatok [71, 72, 73, 74]. A Pécsi Orvostudományi Egyetemen különösen nagy súlyt fektettek az oktatók képzésére, a tudományos vizsgálatok sok területet öleltek fel, a tartós antikoaguláns kezelés sajátosságait és a palliatív ellátást is érintve [75, 76]. Fontos munkák születtek a Szegedi Orvostudományi Egyetem Családorvosi Intézetében és az OALI-ban is [77].

A rendszerváltás után megváltozott a tudományos minősítés rendszere is. A szovjet típusú kandidátusi címet leváltotta az Európában elterjedt PhD minősítés. Ez együtt járt azzal, hogy az egyetemeknek minősítési infrastruktúrát és szervezett programokat kellett kialakítani, amelyhez létrehozták a doktori iskolákat. A két minősítés megszerzésének lehetősége között más lényeges különbség is volt. A kandidátusi cím jelöltjei mögött általában már volt, néha igen komoly, tudományos eredmény, de mindenképpen hosszabb szakmai gyakorlat. A PhD-jelöltek viszont sokszor az egyetemi padokból lettek kutatóvá, mert szakmai gyakorlatra – legalábbis a nappali képzésben résztvevőknek – még nem volt lehetőségük. Itt nehézséget jelent az is, hogy nemzetközi tudományos publikációkat kell produkálni. Mindezen okokból a gyakorló házi orvosok közül a mai napig mindössze öten szereztek minősítést. Az értekezések alapjául szolgáló tudományos vizsgálatok többnyire gyakoribb, házi orvosok által kezelhető megbetegedésekkel vagy a vizsgálható életmódbeli hatásokkal voltak kapcsolatban, de az egészségügyi alapellátás rendszere és a mediáció is szerepelt e témák között [78, 79, 80, 81, 82]. Az egyetemeken doktori iskoláiban ma már többen is tevékenykednek, akik hamarosan teljesíthetik a PhD fokozat feltételeit. A számos lelkes, a tudomány iránt elkötelezett, már PhD fokozattal rendelkező munkatárs munkájával lehet a jövőben önálló házi orvosi PhD-témát létrehozni az egyetemi doktori iskolák keretein belül.

Az alapellátás ideális helye lenne a nagyobb epidemiológiai vizsgálatoknak. A napjainkban vizsgált témák között kiemelten szerepelnek is, főleg a táplálkozással és a cukorbetegséggel kapcsolatban. Szinte mindegyik tanszékről publikáltak eredményeket [77, 83, 84, 85]. Tör-

tént cardiovasculariskockázat-bebecslést végző vizsgálat 28 000 személynél, míg a Hungarian Uric Acid Study (HURAC) 12 000 személy keresztmetszeti vizsgálatát foglalta magába, markánsan alátámasztva a hyperurikaemia szív-érrendszeri kockázatát, de a metabolikus szindróma előfordulását és a hatékony szűrési rendszer kialakítását is elemezték [87, 88, 89, 90, 91].

Hogyan tudjuk eredményeinket összehasonlítani a többi európai országgal?

A családorvosi kutatásnak nagy hagyománya van Európában és a tengerentúlon. Országokon, néha kontinenseken átnyúló nagy tanulmányok léteznek. Az eredmények magas színvonalú, önálló családorvosi profilú folyóiratokban jelennek meg. Olyanokban, amelyekbe nem könnyű publikálni. A világszervezet mellett, azzal többnyire laza szövetségben számos európai kutatószervezet és -hálózat működik. A nyugat-európai családorvosok tudományos képzésének igényét jellemzi, hogy Dániában a családorvosok 3, Svédországban 1%-ának van tudományos fokozata [45]. Emellett a nyugati országok alapellátási rendszerében végzett vizsgálatok eredményei segítséget nyújthatnak tudományos alapon nyugvó szakmapolitikai döntések meghozatalában.

Valljuk be, számos társszakma lenézi a családorvosi kutatómunkát. Alapítványok. Bár a szakellátó helyek felszerelése, az ott dolgozók tudományos felkészültsége néha meghaladja az alapellátást, sohasem szabad elfelejteni, hogy a betegek hozzájuk is az alapellátásból kerülnek. Az utóbbi években világossá vált, hogy bár a szakellátás területén születhetnek olyan tudományos eredmények, amelyek alapján például az egyes beteg kivizsgálása vagy kezelése eredményesebb, mint a korábban alkalmazott módszer, de ez nem jelenti automatikusan azt, hogy az eljárás a közösségben is feltétlenül jobb. Ezt a családorvosoknak is bizonyítaniuk kell.

Összehasonlítva a hazai és európai alapellátásban végzett tudományos vizsgálatok eredményeit és lehetőségeit, nincs okunk szégyenkezésre, legalábbis, ami a kutatásra fogékony kollégák lelkesedését illeti. Gondot jelent azonban, hogy nemcsak létszámban, hanem arányaiban is kevesebben vannak nálunk. Ez összefüggésbe hozható a magyar háziiorvoslás általános problémáival [92]. Azokban az országokban, ahol informatikailag megbízhatóan és rendszeresen regisztrálják az epidemiológiai adatokat, a számítógépes programokból az adatsorok könnyen előhívhatók. A háziiorvosi praxisokban keletkező és az OEP-nek jelentett adatok nem publikusak, epidemiológiai konzekvenciáiról információink elégtelenek. Bár 10 éve működik epidemiológiai adatokat gyűjtő, reprezentatív tekinthető háziiorvosi hálózat nálunk is, mégis az információs technológiában rejlő lehetőségek országosan nem eléggé kihasználtak [93].

Hogyan tovább?

Igényes kutatómunkát lehet végezni hazánkban is. Tudomásul kell azonban venni, hogy lejárt a kis praxisból származó, egy adott betegség, jelenség előfordulási gyakoriságát leíró tanulmányok ideje. Csak az előzetesen jól megtervezett, nagy elemszámú, részletes és megbízható statisztikai módszereket alkalmazó tanulmányoknak van helye a nemzetközi tudományos konferenciákon és folyóiratokban. A deskriptív munkákat az intervenció vizsgálatok váltják fel. A családorvosi kutatómunka hazánkban sem lehet belterjes. Ki kell lépni nemcsak a négy egyetemi tanszék egymás munkáját megismertető kongresszusára, hanem a nemzetközi fórumokra is. Ezért a fiatal családorvos-kutatók új nemzedékét kell kiképezniük a jelenlegieknek, és meg kell teremteni a kutatások pénzügyi hátterét is.

Magyarországon ma alapellátási kutatásokra állami pénzügyi támogatás gyakorlatilag nem működik. A pályázattal elérhető források elenyészők, rendszertelenek és nincs prioritásuk, ellentétben azokkal az országokkal, ahol felismerték a háziiorvosi kutatásoknak a gyógyító-tevékenység kimenetelét és az ellátás minőségét javító hatását, különös tekintettel a prevencióra [94, 95, 96]. Megfelelő finanszírozás és motiváció mellett, a kutatások eredményeinek elemzése és az eredmények gyors bevezetése a gyakorlatba lényegesen javíthatja a betegellátás szakmai színvonalát, eredményességét, megalapozhatná és támogatná a valóban progresszív szakmapolitikai döntéseket.

Köszönetnyilvánítás

Megköszönöm az adatokat szolgáltató hazai családorvosi tanszékvezetők és az Országos Alapellátási Intézet, kiemelten dr. Szatmári Mariann segítségét, valamint a kandidátusi minősítést szerzett kollégák saját adatainak átadását.

Irodalom

- [1] Starfield, B.: Global health, equity, and primary care. *J. Am. Board Fam. Med.*, 2007, 20, 511–513.
- [2] Windak, A., von Hasselt, P.: Primary care and general practice in Europe: Central and East. In: *Oxford Textbook of Primary Medical Care*. Eds: Jones, R. et al. Oxford University Press, 2005, 70–73.
- [3] Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, Sept 6–12, 1978. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- [4] Rurik, I., Kalabay, L.: Primary health care in the developing part of Europe. *Med Sci Monit*, 2009, 15, 78–84.
- [5] Rawaf, S., De Maeseneer, J. M., Starfield, B.: From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet*, 2008, 372, 1365–1367.
- [6] De Maeseneer, J. M., van Driel, M. L., Green, L. A. és mtsa: The need for research in primary care. *Lancet*, 2003, 362, 1314–1319.
- [7] Svab, I.: Changing research culture. *Ann. Fam. Med.*, 2004, 2, 30–34.
- [8] Culpepper, L.: Family medicine research: major needs. *Fam. Med.*, 1991, 23, 10–14.

- [9] Wood, M., Stewart, W., Brown, T. C.: Research in family medicine. *J. Fam. Pract.*, 1977, 5, 62–77.
- [10] <http://www.globalfamilydoctor.com/>
- [11] Allen, J., Gay, B., Crebolder, H. és mtsai: The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br. J. Ge. Pract.*, 2002, 52, 526–527.
- [12] Hummers-Pradier, E., Beyer, M., Chevallier, P. és mtsai: Research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. European General Practice Research Network, Maastricht, 2009.
- [13] Lionis, C., Stoffers, H., Hummers-Pradier, E. és mtsai: Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from EGPRW meeting. *Fam. Pract.*, 2004, 21, 587–593.
- [14] <http://www.egprn.org/>
- [15] Dobbs, F., Soler, J. K., Sandholzer, H.: The development of research capacity in Europe through research workshops—the EGPRN perspective. *Fam. Pract.*, 2009, 26, 331–334.
- [16] <http://www.euprimarycare.org/>
- [17] Maier, M., Knopp, A., Pusarnig, S. és mtsai: Diabetes in Europe: role and contribution of primary care—position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, 2008, 16, 197–207.
- [18] <http://www.informahealthcare.com/gen>
- [19] <http://fampra.oxfordjournals.org/>
- [20] <http://www.rcgp.org.uk/publications/bjgp.aspx>
- [21] <http://www.informahealthcare.com/pri>
- [22] Kennedy, E. D., Chester, P., Majeed, A. és mtsai: Networks offer new opportunities for diabetes research. *Prim Care Diabetes*, 2009, Dec 2. [Epub ahead of print] PMID: 19962363
- [23] <http://pcde.wordpress.com/>
- [24] <http://www.primary-care-diabetes.com/>
- [25] Lionis, C., Carelli, F., Soler, J. K.: Developing academic careers in family medicine within the Mediterranean setting. *J. Fam. Pract.*, 2004, 21, 477–478.
- [26] Goudswaard, A. N.: Diabetes care in general practice. PhD Thesis. G. van der Krogh. University of Utrecht, 2004.
- [27] Hummers-Pradier, E.: Qualitätsbeurteilung hausärztlicher Pharmakotherapie für Patienten mit Asthma bronchiale und Atemwegsinfekten. PhD These. Universität Göttingen, 2003.
- [28] Van Royen, P.: Vaginal discharge and bacterial vaginosis in family practice: behavioural aspects, epidemiology, diagnosis, natural history and health education. Doctoral thesis. University of Antwerp, UIA, 1993.
- [29] Peremans, L.: Contraceptive consultation in general practice: a study on quality and performance. Dissertation for the degree of doctor in Medical Science. University of Antwerp, 2006. (ISBN 90-5728-059-0)
- [30] Lionis, C.: An educational intervention in junior high school students for the prevention of coronary heart disease. PhD Thesis. University of Crete, 1991.
- [31] Van Marwijk, H. W. J.: Depression in the elderly, as seen in general practice. PhD Thesis. Leiden University, 1995.
- [32] Rutten, G. E. H. M.: Towards optimal care for cough and for diabetes type 2. and multidisciplinary intervention study into substitution of care in eight general practices. PhD thesis. Radboud University, Nijmegen, 1989. ISBN 90-9003086-7
- [33] Stoffers, H. E. J. H.: Peripheral arterial occlusive disease: prevalence and diagnostic management in general practice (PhD thesis). Universitaire Pres. Maastricht, 1995.
- [34] Wens, J.: Beyond the borders of evidence, towards a better diabetes care. PhD. Thesis. Universiteit Antwerp, 2008.
- [35] <http://www.nhs.uk/>
- [36] <http://www.rcgp.org.uk/>
- [37] <http://www.bma.org.uk/>
- [38] Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg. <http://www.nivel.nl/>
- [39] Olesen, F.: A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline. *Fam., Pract.*, 2003, 20, 318–323.
- [40] Brocato, J. J., Mavis, B.: The research productivity of faculty in family medicine departments at U.S. medical schools: a national study. *Acad., Med.*, 2005, 80, 244–252.
- [41] <http://www.medicusuniversalis.hu/>
- [42] Szatmári M.: A MÁOTE elmúlt 40 éve. *Medicus Universalis*, 2007, 40, 189–193.
- [43] Andor M., Szatmári M.: Az általános orvoslás sajátos kérdései. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1978.
- [44] Rurik, I., Ilyés, I., Rinfel, J. és mtsai: Past and present challenges in education and certification of family physicians in Hungary. In: Educational Research. Eds: Ortiz, M., Rubio, C. Nova Science Publisher Inc, New York, 2008, 407–416.
- [45] <http://csakosz.hu/>
- [46] Morva L.: Alapellátási sürgősségi ellátási modell (ASEM). Kandidátusi értekezés. Budapest, 1976.
- [47] Arnold Cs.: A gondozási módszer alkalmazása a szívbetegek gyógyító-megelőző ellátásában egy városi orvosi körzetben. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1978.
- [48] Szatmári M.: Az öregedés minőségét befolyásoló pszichés és szociális tényezőkről. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1985.
- [49] Baráth I.: A lakosság egészségi állapotát döntően meghatározó tényezők megelőzésének és felkutatásának lehetőségei, és a gondozás hatékonyságának vizsgálata egy körzet 13 éves halálozási adatai vizsgálatának tükrében. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1991.
- [50] Simay A.: A háziiorvosi munka elméleti és gyakorlati kérdései egy praxis részei között végzett összehasonlító morbiditási vizsgálat tükrében. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1994.
- [51] Margittay E.: Reprodukciós korú nők családorvosi vizsgálata. Családorvosi szemlélet oktatása trianguláris módszerrel. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1994.
- [52] Vajer P., Arnold Cs.: Családorvosok egészségmegőrzési prevenció programja. *Medicus Universalis*, 2003, 36, 21–27.
- [53] Rurik, I., Antal, M.: Nutritional habits and lifestyle practice of elderly people in Hungary. *Acta Alimentaria*, 2003, 32, 77–88.
- [54] Rurik, I.: Evaluation on lifestyle and nutrition among Hungarian elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2004, 37, 33–36.
- [55] Rurik, I.: Geriatric care at EU level? How to join it? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2005, 38, 60.
- [56] Rurik, I.: Nutritional differences between elderly men and women. *Ann. Nutr. Metab.*, 2006, 50, 45–50.
- [57] Farsang, Cs., Alföldi, S., Barna, I. és mtsai: Effective control of hypertension: a project of the Hungarian society of hypertension, baseline data. *Journal of Human Hypertension*, 2004, 18, 591–594.
- [58] Tislér, A., Dunai, A., Keszei, K. és mtsai: Primary-care physicians' views about the use of home/self blood pressure monitoring: nationwide survey in Hungary. *Journal of Hypertension*, 2006, 24, 1729–1735.
- [59] Torzsa, P., Rihmer, Z., Gonda, X. és mtsai: Family history of suicide: A clinical marker for major depression in primary care practice? (Brief Report). *Journal of Affective Disorders*, 2009, 117, 202–204.
- [60] Torzsa P., Rihmer Z., Gonda X. és mtsai: A depresszió prevalenciája az alapellátásban Magyarországon. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2008, 10, 265–270.
- [61] Torzsa P., Szeifert L., Kalabay L. és mtsai: A depresszió diagnosztikája és kezelése a családorvosi gyakorlatban. *Orv. Hetil.*, 2009, 150, 1685–1694.
- [62] Ádám Sz., Torzsa P., Györfly Zs. és mtsai: Gyakori a magas fokú kiégés a háziorvosok és a háziiorvosi rezidensek körében. *Orv. Hetil.*, 2009, 150, 317–323.

- [63] *Torzsa P., Novák M., Mucsi I. és mtsai:* A családorvos szerepe az obstruktív alvási apnoe szűrésében, felismerésében. *Orv. Hetil.*, 2008, 149, 2283–2290.
- [64] *Vajer P., Szélvári Á., Vörös K. és mtsai:* Comparative analysis of diagnostic probability estimates of some common diagnoses among family doctors, medical residents, and medical students reveals negative correlation between age and estimate of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Medical Science Monitor*, 2010, 16, 109–115.
- [65] *Vajó Z., Tamás F., Sinka L. és mtsai:* Safety and immunogenicity of a 2009 pandemic influenza A H1N1 vaccine when administered alone or simultaneously with the seasonal influenza vaccine for the 2009–10 influenza season: a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*, 2010, 375, 49–55.
- [66] *Kalabay L.:* A klinikai immunológia helye az alapellátásban. *Medicus Universalis*, 2004, 37, 167–170.
- [67] *Kalabay L., Gráf L., Vörös K. és mtsai:* Human serum fetuin A/ α 2HS-glycoprotein level is associated with long-term survival in patients with alcoholic liver cirrhosis. Comparison with the Child-Pugh and MELD scores. *BMC Gastroenterology*, 2007, 7, 15.
- [68] *Molvarec A., Kalabay L., Derzsy Z.:* Preeclampsia is associated with decreased serum alpha2-HS glycoprotein (fetuin-A) concentration. *Hypertension Research*, 2009, 32, 665–669.
- [69] *Kalabay L., Prohászka Z., Füst G. és mtsai:* Human fetuin/ α 2HS-glycoprotein levels in sera of patients with liver disease. In: *Liver cirrhosis: New Research*. Ed.: Chen, T. M. Nova Science Publishers, Inc., Hauppauge, 2005, USA, New York, 63–75.
- [70] *Vörös K., Atzél K., Szalay F. és mtsai:* Acute phase reactants in patients with Wilson's disease. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 2009, 47, 488.
- [71] *Ilyés I.:* Childhood obesity is a cardiovascular risk factor. *Eur. J. Gen. Pract.*, 1996, 1, 173.
- [72] *Rurik I.:* Diet and weight gain of elderly diabetic patients. *Eur. J. Gen. Pract.*, 2006, 12, 85–87.
- [73] *Rurik I.:* Do our elderly diabetic patients keep the diet? *Acta Alimentaria*, 2006, 35, 479–486.
- [74] *Rurik I., Sandholzer H.:* Obesity among Hungarian elderly. *Acta Alimentaria*, 2009, 38, 361–367.
- [75] *Csikós A., Albanese T., Busa C.:* Hungarians' perspectives on end-of-life care. *J. Palliat Med.*, 2008, 11, 1083–1087.
- [76] *Várnai R., Végh M., Pótvó L. és mtsai:* A per os antikoaguláns betegek tudásszintje. *Orv. Hetil.*, 2008, 149, 2047–2051.
- [77] *Balogh S., Hajnal F., Belec B. és mtsai:* Factors associated with the consumption of fruits and vegetables in South-East Hungary. *Acta Alimentaria*, 2005, 34, 145–152.
- [78] *Rurik I.:* Időskorúak táplálkozás-egészségügyi vizsgálatának családorvosi lehetőségei. PhD-értekezés. SOTE, Budapest, 2003.
- [79] *Balogh S.:* A körzeti orvostól a háziorvosig. Az alapellátás változásai és népegészségügyi kihívásai a 21. század elején. PhD-értekezés. SZTE, Szeged, 2004.
- [80] *Csupor E.:* A parathormon hatása a csontanyagcserére primaer hyperparathyreosisban és más mellékpajzsmirigy-betegségekben. PhD-értekezés. SOTE, Budapest, 2005.
- [81] *DeCastello A.:* A közvetítői eljárás az egészségügyben. PhD-értekezés. PTE, Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola, Pécs, 2008.
- [82] *Torzsa P.:* Az obstruktív alvási apnoe és a horkolás epidemiológiája és klinikai jelentősége a családorvosi gyakorlatban. PhD-értekezés. SOTE, Budapest, 2009.
- [83] *Fajcsák Zs., Kovács V. A., Gábor A. és mtsai:* Twelve weeks low glycaemic load diet reduced body weight, fat mass and hunger in overweight/obese children. *Acta Alimentaria*, 2008, 37, 497–504.
- [84] *Rurik I., Ruzsinkó K., Jancsó Z. és mtsai:* Nutritional counselling for diabetic patients. *Ann. Nutr. Metabol.*, 2010. Közlésre elfogadva.
- [85] *Jancsó Z., Márton H., Simay A. és mtsai:* The effect of eating habits on cardiovascular risk factors and the assessed cardiovascular risk. *Acta Alimentaria*, 2010. Közlésre elfogadva.
- [86] *Jancsó Z., Márton H., Simay A. és mtsai:* Cardiovascularis kockázat háziorvosi praxisok gondozásában nem álló páciensei körében. *Orv. Hetil.*, 2003, 144, 1433–1439.
- [87] *Simay A., Lakatos Z., Ilyés I. és mtsai:* Assessment of cardiovascular risk factors and their correlation in 28000 Hungarians. *Public Health*, 2005, 119, 437–441.
- [88] *Tamás F., Kalabay L.:* Az emelkedett húgysavszint előfordulási gyakorisága Magyarországon – Hungarian Uric Acid Study. (HURAC) 17. fejezet. A hyperuricaemia kardio-renalis jelentősége és terápiája. *Kiss I., Kékes E. (szerk.)*. Aesculap Akadémia Tudománytára sorozat. 6. kötet. Medicina Könyvkiadó Zrt., 2010. (nyomdában)
- [89] *Császár A., Kékes E., Ábel T. és mtsai:* Prevalence of metabolic syndrome estimated by International Diabetes Federation criteria in a Hungarian population. *Blood Press*, 2006, 15, 101–106.
- [90] *Rurik I., Kállik M., Székely A.:* Háziorvosi tapasztalatok az első hazai közfinanszírozott lakosságszűrési programmal. *Orv. Hetil.*, 2006, 147, 2507–2513.
- [91] *Rurik I.:* Observations on life style of Hungarian elderly. Expert commentary. In: *Life style and health research*. Eds.: Blakely, M. R., Timmons, S. M., et al. Nova Science Publishers, Inc. New York, 2008, 1–5.
- [92] *Rurik I.:* Gondok és útkeresés a háziorvoslásban. *Orv. Hetil.*, 2009, 150, 1615–1622.
- [93] *Széles G., Vokó Z., Jenei T. és mtsai:* A preliminary evaluation of a health monitoring programme in Hungary. *Eur. J. Public Health*, 2005, 15, 26–32.
- [94] *The Academy of Medical Sciences:* Research in general practice: bringing innovation into patient care. London, 2009.
- [95] *Van Weel C., Rosser W. W.:* Improving health care globally. A critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann. Fam. Med.*, 2004, 2, 5–16.
- [96] *Magin P. J., Furler J. S., van Driel M. L.:* The Brisbane International Initiative: fostering leadership and international collaboration in primary care research. *Med. J. Aust.*, 2008, 189, 100–102.

(Kalabay László dr.,
Budapest, Kútvolgyi út 4., 1125
e-mail: kalasz@kut.sote.hu)