

NÉPEGÉSZSÉGÜGY

A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÉPZŐ- ÉS KUTATÓHELYEK ORSZÁGOS EGYESÜLETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA
PUBLIC HEALTH RESEARCH JOURNAL OF THE HUNGARIAN ASSOCIATION OF PUBLIC HEALTH TRAINING AND RESEARCH INSTITUTIONS



95. ÉVFOLYAM 1. SZÁM

2017

VOLUME 95. NO.1.

NKE

NÉPEGÉSZSÉGÜGY

A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÉPZŐ- ÉS KUTATÓHELYEK ORSZÁGOS EGYESÜLETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA
PUBLIC HEALTH RESEARCH JOURNAL OF THE HUNGARIAN ASSOCIATION OF PUBLIC HEALTH TRAINING AND RESEARCH INSTITUTIONS

95. évfolyam 1. szám
2017
Volume 95. No. 1.

TARTALOM – CONTENTS

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az alapellátás-fejlesztés tapasztalatai, jövője <i>The experiences and future of the primary care development</i> Papp Magor	4
A háziorvosi pálya presztízse, utánpótlás kilátások, kitörési pontok <i>Prestige, trends of supply and the future of general practices</i> Vajer Péter	9
Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram koncepcionális megalapozása, illesztése a Svájci-Magyar Keretmegállapodási Egyezmény prioritásaihoz <i>The concept of the Primary Health Care Development Programme reflecting the priorities of the Swiss-Hungarian Bilateral Framework Agreement</i> Adány Róza	14
Egy praxisközösség hétköznapi <i>The daily life of the GP cluster</i> Szabó János, Tóth Adrienn	23
Az alapellátásba integrált egészségi állapot felmérés tapasztalatai <i>Experiences on health status assessment integrated into primary health care</i> Paulik Edit, Szabó Andrea, Lukács Anita, Máté Zsuzsanna, Virág Katalin, Buzás Norbert, Kiss István Márton, Horváth Edina	28
A praxisközösség működési tapasztalatai a népegészségügyi koordinátor szemszögéből <i>Operational experience of the GPs' cluster from the viewpoint of the public health coordinator</i> Szabóné Gombkötő Éva	34
A praxisközösségi működés tapasztalatai a gyógytornász szemszögéből <i>Experience of GPs' cluster operations from the view of the physiotherapist</i> Veres-Balajti Ilona, Molics Bálint	41
A praxisközösségi működés tapasztalatai a dietetikus szemszögéből <i>Nutritional services in the GP clusters</i> Henter Izabella, Figler Mária, Maróti Péter, Berényi Károly	47
A praxisközösségi működés tapasztalatai az egészségpszichológus szemszögéből <i>Experiences of health psychologists in relation to the functioning of GP clusters</i> Martos Tamás, Sallay Viola, Papp-Zipernovszky Orsolya, Rafael Beatrix, Pintér Judit Nóra, Csabai Márta	52
A praxisközösségi működés tapasztalatai a védőnő szemszögéből <i>Experiences of health visitors in the GP clusters</i> Csordás Ágnes Katalin	59
A hátrányos helyzetű lakosság elérése, mediátorok helye az alapellátásban <i>Accessing vulnerable population groups by mediators in primary health care</i> Kósa Karolina	64
A Modellprogram prevenciószolgáltatásainak értékelése az alap- és végállapot-felmérés eredményei alapján <i>Evaluation of the Primary Care Development Model Programme based on a baseline and final survey</i> Sándor János	69
Praxisközösségi szolgáltatások igénybevétele, lakossági attitűdváltás <i>Utilization of GP cluster services and their effects on attitudes of clients</i> Dózsa Katalin, Báily Csaba, Kőrösi László, Falusi Zsófia, Pál László, Merész Gergő, Sinkó Eszter	78
„Az egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával” című program egészségpolitikai értékelése <i>Health policy evaluation of the “Public health focused Model Programme for organising primary care services backed by a virtual care service centre”</i> Sinkó Eszter, Dózsa Katalin, Elek Péter, Kiss Norbert, Merész Gergő, Gaál Péter	86

ALAPÍTÁS ÉVE:
1920

FŐSZERKESZTŐ:
Adány Róza

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG:

Balázs Margit
Barcs István
Benkő Zsuzsanna
Betlehem József
Bíró Klára
Bonczi Imre
Cseh Károly
Füzesi Zsuzsanna
Ihász Ferenc
Kiss István
Kósa Karolina
Kósa Zsigmond
Oroszi Beatrix
Moizs Mariann
Orosi Piroska
Paulik Edit
Pándics Tamás
Repa Imre
Rurik Imre
Sáfrány Géza
Sándor János
Sántha Ágnes
Somhegyi Annamária
Szilárd István
Surján Orsolya
Veres-Balajti Ilona
Vokó Zoltán
Wilhelm Márta

FELELŐS KIADÓ:
Debreceni Egyetem
Népegészségügyi Kar

SZERKESZTŐ:
Oraveczi Attila

SZERKESZTŐSÉG:
4028 Debrecen, Kassai út 26/b
TEL./FAX:
(52) 512 764

E-MAIL:
nepegeszsegugy@sph.unideb.hu

Megjelenik negyedévente.
Egy példány ára: 1200 Ft
Előfizetési díj egy évre: 4800 Ft

HU-ISSN 0369-3805

NYOMDAI MUNKÁK:
Alföldi Nyomda Zrt.
4027 Debrecen, Bószörményi út 6.
TEL.: (52) 515 715

Főszerkesztői ajánlás

A Svájci Hozzájárulás Program keretében 2012-ben indított SH/8/1 számú „Népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram virtuális egészségközponttal” című projekt a magyar egészségügyi alapellátás átalakításának megalapozását tűzte ki célul, nevezetesen egy olyan ellátási rendszer kialakítását és működésének vizsgálatát, mely tradicionális betegellátási feladatai mellett közösségközpontú egészségfejlesztési és betegségmegelőzési szolgáltatásokat is nyújt, ezáltal biztosítva a lakosság egészségi állapotának javulását, a méltánytalan egészségi állapot-egyenlőtlenségek mérséklődését.

A projekt jelenleg futamidejének végéhez közeledik. Szándékosan kerülöm azt a kitételt, hogy „zárás-hoz közeledik”. Úgy vélem valamennyiünk, akik a projekt keretében meggyőződéssel és hittel tevékenykedtünk a siker érdekében, véleményét közvetítem: a projekt lezárása a magyar egészségügyi ellátórendszer egésze szempontjából jelentene, súlyos következményekkel járó elszalasztott lehetőséget. A projekt keretében kifejlesztett és sikerrel működtetett praxisközösségi modell országos kiterjesztése teremti meg annak feltételét, hogy az alapellátás szolgáltatásaival érdemben hozzájáruljon az ország gazdasági versenyképességét is súlyosan veszélyeztető, rendkívül kedvezőtlen népegész-

ségügyi helyzet javításához. A projekt futamidejének végéhez közeledve ugyanakkor kötelességünknek érezzük, hogy a végzett munka eredményeiről számot adjunk, akkor is, ha bizonyos hatékonysági elemzések a projekt indítása óta eltelt időtartam viszonylagos rövideje miatt még nem végezhetők el kellő biztonsággal, illetve a vizsgálatok a módszertani megközelítés függvényében az intervenciók hatásának mértékét, de nem az irányát, némi eltéréssel becslik. A hatás iránya, a komplex, alapellátási praxisközösség által nyújtott szolgáltatás pozitív társadalmi megítélése és fogadtatása, az ellátás minőségének és az ellátottak ismereteinek, együttműködési készségének és elégedettségének javulása, egyértelmű. Az út elején járunk, de nem kétséges, hogy jó úton.

A Népegészségügy jelen lapszámában a Modellprogram szakmai kulcsszereplői számolnak be tevékenységük eredményéről, abban a reményben, hogy a tapasztalatok Magyarországon egy közösségorientált, hatékony team-munkára építő, a lakosság egészségi állapotának érdemi javítása érdekében tevékenykedő alapellátási rendszer kifejlesztéséhez járulnak hozzá.

Debrecen, 2017. március 29.

Ádány Róza

Az alapellátás-fejlesztés tapasztalatai, jövője

The experiences and future of the primary care development

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet – 1113 Budapest, Diószegi út 64. – Tel.: (1) 365 1450 – E-mail: magorpapp@gmail.com

Összefoglalás: Az egészségügy Európa-szerte hasonló kihívásait egyrészt az idősödő lakosság növekvő ellátási szükségletei, másrészt a szolgáltatásokat nyújtó egészségügyi dolgozók elégtelen száma okozza. Magyarországon mindezt súlyosítja a lakosság kedvezőtlen egészségi állapota, ami tovább növeli az egészségügyi ellátórendszer terhelését. A Svájci-Magyar Együttműködési Program keretében 2012-2017 között megvalósuló Alapellátás-fejlesztési Modellprogram ezen kihívásokra szolgált válaszokkal. A Program keretében tizenhat település huszonnégyszáz háziorvosi praxisa és az érintett körzeteket ellátó védőnők vállalták, hogy új szakemberekkel kiegészülve, praxisközösségbe szerveződve részt vesznek az alapellátás-fejlesztés új működési modelljének tesztelésében. A Program kiemelt célja volt az alapellátás lakosság-közeli szolgáltatásainak bővítése, különös tekintettel a népegészségügyi fókuszú tevékenységekre; de a program úttörő szerepet vállalt az ellátott lakosság és az egészségügyi dolgozók szemléletformálásában is. Mint minden, szervezeti változást igénylő program, ez a Modellprogram is időigényes, mert a változás gyakran több évtizedes működési módok és rutintevékenységek felülírását igényli. A Modellprogram egyrészt katalizálta ezen változásokat, másrészt értékes tapasztalatokat és adatokat gyűjtött a kiterjedt rendszerszintű átalakítások megvalósításához. Az eddigi eredmények szerint az intervenció területén jelentősen bővült a preventív szolgáltatások köre; a többletszolgáltatásokat a lakosság több mint 80%-a igénybe vette. A felhalmozódott adatok és tapasztalatok elemzése jelenleg is folyamatban van. A Program sikeres kivitelezésében a megvalósításért felelős, kilenc intézményes tag által alkotott konzorciumnak kulcsszerepe volt.

Kulcsszavak: alapellátás, fejlesztés, háziorvoslás, családorvoslás, betöltetlen praxisok, egészségfejlesztés

Summary: All health care systems in Europe face similar challenges due partly to increasing demand for care in ageing populations, and partly to understaffing of health care institutions. The unfavourable health status of the Hungarian population further increases the demand for care causing additional strain in the health system. The Primary Care Development Model Programme implemented within the Swiss-Hungarian Cooperation Programme between 2012-2017 aimed at tackling these challenges by establishing six GP clusters with 24 GPs and district nurses in close cooperation with ancillary health professionals in 16 small settlements. The main objective of the Programme was to extend the number and types of locally available services of primary care, emphasizing a public-health focused approach, but the Programme also played a pioneering role in shaping the attitudes of healthcare professionals and the population alike. As all programs requiring infrastructural change, this Programme also took time to change ingrained attitudes and decade-old routines. The Model Programme facilitated these changes and also gathered data and experiences that are still being analyzed for substantiating system-wide reforms. Based on the results so far, the range of preventive services has substantially been expanded in the intervention area; and these services were taken up by more than 80% of the population. The nine institutional members of the Consortium responsible for implementation played a fundamental role in the Programme's success.

Keywords: primary care, development, GP service, vacant practices, health promotion

BEVEZETÉS

A népegészségügyi fókuszú Alapellátás-fejlesztési Modell-program a Svájci Hozzájárulás keretében a svájci állam által biztosított, mintegy 3,6 milliárd forint vissza nem térítendő támogatás felhasználásával, Észak- és Kelet-Magyarországon 2012–2017 között megvalósuló program. Célja, hogy a praxisközösségek kialakítása és az alapellátás szolgáltatásainak prevenciósfókuszú bővítése révén hozzájáruljon a lakosság egészségi állapotának javulásához. A program kiemelt céljai közé tartozik az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek felszámolása, a hátrányos helyzetű lakosság bevonása, különös tekintettel a roma populációra [2].

A Modellprogram fő innovációs tevékenységei:

- a hagyományos betegellátó tevékenység mellett előtérbe került a lakosság egészségben tartása,
- új szakemberek bevonásával bővült a helyben elérhető szolgáltatások köre,
- a kizárólagosan egyéni munkavégzés sok esetben csapatmunkává alakult,
- proaktív együttműködések alakultak ki a helyi közösségekkel,
- professzionális kutatások vizsgálták a modell és az alapellátás működését,
- egészségpolitikai intézkedéscsomag készült az alapellátás megújításához,
- a jó gyakorlat terjesztéséhez működési kézikönyv, praxisközösségi eljárásrend, szakkönyv készült.

MÓDSZERTAN

A program megvalósításáért felelős kilenc konzorciumi partner szakemberei munkacsoportokba szerveződve, egymással kooperálva látták el feladatukat. A program szakmai vezetését az alapellátásért felelős országos módszertani központ, kezdetben az Országos Alapellátási Intézet (OALI), majd a jogutódként működő Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) látta el, a projektmenedzsment szervezetet a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI), majd névváltozást követően az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) vezette. A módszertani, valamint a praxisközösségi működést koordináló munkacsoport az OALI/NEFI irányításával működött, az informatikai fejlesztések az GYEMSZI/ÁEEK

koordinációjában, az oktatás, a roma fókuszú program-elemek tervezése és a kutatási munkacsoport működése a Debreceni Egyetem vezetésével valósult meg, az egészségpolitikai műhely pedig a Semmelweis Egyetem koordinálásával került megszervezésre. A gyakorlati működés biztosításához a program kezdetén Működési Kézikönyv és Praxisközösségi Eljárásrend készült. A praxisközösségek dolgozói 2013-ban kerültek bevonásra, velük az OALI kötött szerződést. 2013 nyarán oktatásban részesültek, ezt követően kezdték meg egységes módszertan szerinti működésüket. A szakemberek a rendszeresen ellátandó tevékenységükön felül – az OALI/NEFI Projektirodáján keresztül – havi feladatkiosztásban részesültek, melyek abszolválása is feltétele volt a teljesítések igazolásának. A konzorciumi partnerek szakembereinek és a praxisközösségi dolgozóknak az együttműködése is ezen havi feladatkiosztások keretében került összehangolásra. Az eredmények értékelése és a várható feladatok egyeztetése érdekében a szakmai vezetés havonta praxisközösségi koordinatori értekezletet tartott, amire rendszeresen meghívást kaptak a népegészségügyi koordinátorok is. A praxisközösségek dolgozói szintén havonta tartottak értekezleteket, ahol lehetőség nyílt a közösségen belüli egyeztetésekre, a visszajelzések értékelésére.

FŐBB EREDMÉNYEK

A program megvalósítása során – a népegészségügyi koordinátorok irányításával – 3,5 év alatt több mint 200 000 korszerű preventív ellátási esemény valósult meg. Ennek keretében a lakosság 80%-a részesült egészségi állapot felmérésben, ezt követően a rizikóállapotnak megfelelő további szolgáltatások – prevenciósrendelés, életmód tanácsadás, krónikus gondozás keretében nyújtott többlétszolgáltatás, közösségi színtereken végzett egészségfejlesztés – biztosításával járulunk hozzá a lakosság egészségi állapotának javításához. Az alapellátásban dolgozók – az új lakossági szolgáltatások bevezetésének köszönhetően – jelentős számban fedeztek fel korábban nem diagnosztizált betegségeket: többek között magas vérnyomást, cukorbetegséget, kóros vérzsír értékeket, látászavart, mozgásszervi eltéréseket, kóros elhízást és depressziót. A szakemberek segítségével javult a lakosság egészségi állapota, 12%-kal csökkent a szakellátás igénybevétele, valamint nőtt a krónikus beteggondozást igénylők körében a szükséges gyógyszerek kiváltásának az aránya.

A Modellprogram tapasztalatai azt mutatják, hogy a praxisközösségi működés hatékonyabbá teszi az alapellátásban dolgozók munkavégzését. A csapatmunka eredményeképpen a feladatok több szakember között oszlanak meg, lehetőség van a problémák komplex megközelítésére, bővül az alapellátás kompetenciája és ellátó-képessége. A háziorvos koncentrálni az orvosi végzettséget igénylő feladatok elvégzésére, a felszabaduló kapacitások hasznosításával – megfelelő finanszírozási ösztönzők biztosítása esetén – a betöltetlen praxisok problémája is enyhíthető. Javult az együttműködés a háziorvosok, védőnők, ápolók között, az új szakemberekkel való konzultáció teret adott a szakmai fejlődéshez. A helyi lakosságból kiválasztott segéd-egészségőrök tevékenysége révén javult az alapellátási szolgáltatások elérhetősége és hatékonysága, különösképpen a hátrányos helyzetű kliensek körében.

A modellprogramban alkalmazott feladat-kiosztási rend tervezhetővé tette az elvégzendő tevékenységeket és mérhetőbbé a teljesítést. Különösen fontos volt ez a háziorvosok esetében, akik – többségében vállalkozói szerződés formájában – havi feladatok teljesítéséhez kötött finanszírozásban részesültek. Együttműködési attitűdjükben pozitív változás volt tapasztalható annak eredményeként, hogy egy-egy feladat nem csak általánosságban került számukra definiálásra, hanem konkretizálva, számszerűsített elvárásokkal, s teljesítményük is mérhetővé vált. Erre jó példa volt a lakosság bevonásában való közreműködésük javulása azt követően, hogy a teljesítés elismerésének feltételévé vált, hogy a praxishoz tartozó kliensek egészségi állapot felmérésén való megjelenése elérje az időarányosan elvárt mértéket. A praxisok gondozási eredményeinek – OEP indikátorokban is mérhető – javulását eredményezte az, amikor a háziorvosok gyakorlati útmutató kíséretében feladatként kapták az eredmények programhoz kapcsolódó kulcsindikátorok szerinti áttekintését és dokumentálását.

A projekt támogatási időszakának (2017. április) zárásához közeledve elmondható, hogy a Modellprogram sikeresen zárul. Túl azon, hogy közvetlenül hozzá tudott járulni az intervenció területén élő mintegy negyvenezer kliens egészségi állapotának a javulásához, az elmúlt négy és fél év tapasztalatai alapot adnak a fejlesztés folytatásához. A praxisközösségek dolgozóinak és a programért felelős kilenc konzorciumi partner szakembereinek az elvégzett munkáját ismeri el az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkárságának azon döntése, miszerint 2017. májustól a praxisközösségek

központi költségvetési forrásból fenntartásra kerülnek. A működési modell sikerességét támasztja alá az is, hogy a közeljövőben – Európai Unió forrásból – további 30–50 új praxisközösség jöhet létre.

A TOVÁBBI FEJLESZTÉS SZÜKSÉGSZERŰSÉGE

Az alapellátás – a résztvevő huszonnégy praxis ellátási területén kívül – évtizedek óta gyakorlatilag változatlan formában működik, pedig ezen időszak alatt jelentősen megváltozott a gyógyítás szakmai és technológiai eszköztára, változtak a lakosság szükségletei, módosultak az ellátórendszerrel kapcsolatos elvárások. A szolgáltatások fokozódó igénybevétele megterheli az ellátórendszer valamennyi színterét. Ennek a kasszhatása megmutatkozik az egészségügyi szolgáltatók – különösen a fekvőbeteg intézmények – deficitese költségvetésén. Az egészségügy működőképességének fenntarthatósága nagymértékben függ attól, hogy a korszerűsítés időben bekövetkezik-e, valamint attól is, hogy érinti-e az ellátórendszer teljes vertikumát. Szükségszerű a drágán üzemeltethető, biztonságos betegellátáshoz elégtelen humán erőforrással bíró, fragmentált kórházi infrastruktúra összevonása és a járóbeteg-ellátáshoz tartozó kompetenciák egy részének az alapellátás irányába történő delegálása. Ez nem csak a szolgáltatások költséghatékonyabb biztosításához, de jobb hozzáféréshez és ezáltal az esélyegyenlőség növekedéséhez is vezet. A fejlesztés központi eleme kell, hogy legyen az alapellátás szolgáltatásbővítése, többletfinanszírozással és humán erőforrással történő megerősítése. A magyar lakosság kedvezőtlen egészségmutatói figyelmeztetnek bennünket arra, hogy a minőségi megújítás hangsúlyos részét kell, hogy képezze a népegészségügyi szolgáltatások bővítése. A hatékonyság növekedése érdekében erősítendő a helyi véleményformáló szereplőkkel, különösen a szociális és oktatási rendszerben dolgozókkal történő együttműködések.

A születéskor várható élettartam 2015-ben a nők esetében 78,6 év, a férfiak esetében 72,1 év volt. Az EUROSTAT adatai szerint a lemaradás az EU28 átlagához viszonyítva a nők esetében 4,2 év, a férfiaknál 5,8 év. A helyzetet tovább árnyalja az, hogy hazánkban belül társadalmi-gazdasági mutatók mentén számottevő regionális különbségek mutatkoznak az élettartam kilátásokban. Jelentős befolyásoló tényező az iskolázottság mértéke és a lakóhely országon belüli elhelyezkedése (ami a társadalmi-gazdasági tényezők egész-

ségdetermináns szerepének geográfiai leképeződése). A legextrémebb eltérés a születéskor várható átlagos élettartam mutatókban a legfejlettebb és a leghátrányosabb helyzetű kistérségek férfi lakossága esetén mutatkozik, esetükben 13,5 év a születéskor várható élettartam különbség (ami a halálzási viszonyok globális indikátora).

Az elmúlt évtizedek születéskor várható átlagos élettartam növekedése, valamint a gyermekvállalási kedv alacsony szinten való stagnálása (s ezek eredőjeként a társadalom elöregedése) együttesen az egészségügyi ellátórendszer tehernövekedését vetíti elő. Ezt jól szemléletes az, hogyha megvizsgáljuk a lakosság korösszetételének az átalakulását. Miközben 1981-hez képest 2016-ra 39,5%-kal csökkent a 0–14 éves korcsoport, addig 36,4%-kal nőtt a 60 éves és afeletti lakosság létszáma.

A fenti, növekvő kihívásokra sürgősen fel kell készíteni az alapellátást is, biztosítani szükséges a működőképesség fenntartásához elengedhetetlen humán erőforrás utánpótlást. Figyelmeztető jel, hogy a felnőtt praxisokban dolgozó háziorvosok átlagéletkora 57 év, a vegyes praxisokban dolgozóké 56,4 év, a házi gyermekorvosok átlagéletkora pedig 59,5 év. Az elmúlt hat év adatait vizsgálva látható, hogy a háziorvosok átlagéletkora felnőtt praxisok esetében 0,42, a gyermek praxisok esetében 0,58, a vegyes praxisok esetében pedig évente átlagosan 0,53 évvel nőtt. A betöltetlen praxisok száma 2016 év végén 347 volt, számuk az elmúlt hat évben megduplázódott. A több mint egy éve betöltetlen praxisok száma ezen időszak alatt közel háromszorosodott. A helyzetet tovább súlyosbítja az, hogy a fiatal orvosok közül évente alig 70–90 fő választja a háziorvostan szakképzést [3].

KITÖRÉSI PONTOK

I. Tegyük vonzóvá az alapellátásban történő munkavégzést!

- ▶ A medikusképzésben csak elhanyagolható mértékben van jelen a háziorvoslás. Szükség van az egyetemi képzésben történő szemléletváltásra, a képzés alapellátás-centrikusabbá tételére.
- ▶ Jelenleg a háziorvostan szakképzés csak részben készíti fel az alapellátásban történő munkavégzésre. Korszerűsítendő a szakképzés, különös tekintettel a klinikai tárgyak alapellátás-centrikus gyakorlati oktatására és a vállalkozói létre való felkészítésre.

- ▶ Az alapellátás többre képes, mint amire a háziorvosi és szakdolgozói kompetenciák lehetőséget biztosítanak. Bővítendő az alapellátásban ellátható tevékenységek köre.
- ▶ Pénzügyi ösztönzőkkel támogatandó az a háziorvosi praxis, védőnő, aki az alaptevékenységén felül többletfeladatot lát el, többletteljesítményt nyújt.
- ▶ A munkavégzés hatékonysága, az ellátási biztonság javítható az egyéni munka csapatmunkává alakításával.
- ▶ A hátrányos helyzetű települést ellátó praxisok működőképességének fenntartásához szükség van ezen praxisok kiemelt finanszírozására.

II. Formáljuk a lakosság egészségmagatartását, növeljük az egészségben töltött éveik számát!

- ▶ Országosan bevezetendő a modellprogramban kifejlesztett egészségi állapot felmérés, egyéni és csoportos egészség-tanácsadás.
- ▶ A prevenciós szolgáltatások hatékony megvalósításához integrálandók az alapellátásba a modellprogramban bevált szakemberek: népegészségügyi koordinátorok, dietetikusok, gyógytornászok, pszichológusok. A hátrányos helyzetű településeken segéd-egészségőrök alkalmazása lényegesen javíthatja a lakosság mozgósítását egészség-célok elérése érdekében.
- ▶ Külön figyelmet érdemel a helyi véleményformálók (oktatási intézményben, önkormányzatban stb. dolgozók) szemléletformálása.
- ▶ Támogatandó az emlő-, méhnyak-, vastagbél-szűrésen való részvétel.
- ▶ Szükséges az egészségi állapotuk megőrzése, javítása érdekében együttműködő kliensek ösztönzése.

III. Rendeljünk minőségbiztosítást és –fejlesztést a szolgáltatásokhoz!

- ▶ Szükséges rendszeresen érdemi visszajelzést adni az elvégzett munkáról. Fejlesztendő a háziorvosi tevékenység OEP indikátorkészlete, megfontolandó a védőnői indikátorok bevezetése.
- ▶ Segítendő a szakmai koordináció: egyrészt egy erős országos alapellátási és népegészségügyi központtal, másrészt az egyetemi műhelyek megerősítésével.
- ▶ Monitoring tevékenységgel, szakmai műhelymunkával támogatandó az egészségpolitikai döntéshozatal.

IRODALOM

1. *Egészségjelentés 2016. NEFI*
2. *Népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram megvalósíthatósági tanulmány. 2011*
3. *Ádány, R., Papp, M.: Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban. 2017*

A háziiorvosi pálya presztízse, utánpótlás kilátások, kitörési pontok

Prestige, trends of supply and the future of general practices

Alapellátási Igazgatóság, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet – 1096 Budapest, Nagyvárad tér 2. – Tel.: (1) 365 1540
E-mail: vajer.peter@t-online.hu

Összefoglalás: A háziorvoslás Magyarországon nagyon hasonló gondokkal küzd mint Európa számos országában. A legfeszítőbb problémák a következők: a lakosság részéről nő az elérhető, minőségi, korszerű, lehetőség szerint definitív ellátás iránti igény; az idős lakosság, a multimorbid betegek aránya, száma emelkedő tendenciát mutat, ez önmagában jelentős terhelés; az ellátórendszer felől nagy a nyomás a betegek alapellátásban „tartására”; nem kellően kidolgozott illetve hiányzik az alapellátás és az egyéb szintek közötti koordináció; egyre nagyobb a munkahelyi stressz, mindenki számára érzékelhető módon egyre nyilvánvalóbb, hogy nehézségek mutatkoznak a háziorvos utánpótlásban (a 60 éven felüliek aránya néhány éven belül eléri az 50 százalékot, miközben a frissen végzettek egyre kevésbé választják ezt a pályát). Rendkívül fontos annak ismerete, hogy milyen faktorok határozzák meg az orvostanhallgatók pályaválasztását, milyen gátak akadályozzák őket abban, hogy családorvosok legyenek. Jelen vizsgálatban kvalitatív módszerekkel (fókusz-csoport, mélyinterjú) vizsgáltuk az előbbi kérdést, s megkísérlünk válaszokat adni a döntéshozók számára, illetve ajánlást fogalmazunk meg: növelni kell a háziiorvosi tárgyak részarányát az egyetemi képzésben, a gyakorlati oktatásra szükséges fókuszálni, egyértelműen kell megfogalmazni és bemutatni a háziorvoslás definícióját és kompetenciáit.

Kulcsszavak: háziorvoslás, családorvoslás, orvosképzés

Summary: Hungary, along with other developed countries, faces a number of problems in primary health care. On one hand, there has been a rising demand for care due to a rapidly ageing population, increasing numbers of patients with long-term comorbidities, humanistic and economic expectations for transferring care from tertiary to primary level. On the other hand, coordination between specialists and general practitioners tends to be poor, recruitment of general practitioners has been insufficient especially in disadvantaged areas, and the workload causes persistently high levels of stress. The shortage of general practitioners will be further increased by the predictably retiring high proportion of GPs half of whom will be over 60 years of age in the coming years. Therefore, it is crucial to learn more about the factors influencing the career choices of medical students. The present study analyzes barriers of entering family medicine among medical students using data from focus groups and personal interviews. Recommendations for decision makers are outlined to ameliorate the GP supply: increase the number of taught hours of family medicine in the medical curriculum; improve practical skills along with theoretical knowledge; and demonstrate the competences of GPs along with career advantages.

Keywords: family medicine, general practice, medical education

BEVEZETÉS

Vitán felül áll, hogy *minél erősebb* illetve minél nagyobb figyelmet kap egy adott országban *az egészségügyi alapellátás, annál alacsonyabb a halálozás*, ezen belül pedig a korai halálozás is [1].

A háziorvoslás/alapellátás Magyarországon nagyon hasonló gondokkal küzd mint Európa számos országában. A legfeszítőbb problémák a következők: a lakosság részéről nő az elérhető, minőségi, korszerű, lehetőség szerint definitív ellátás iránti igény; az idős lakosság, a multimorbid betegek aránya, száma emelkedő

dó tendenciát mutat, ez önmagában jelentős terhelés; az ellátórendszer felől nagy a nyomás a betegek alapellátásban „tartására”; nem kellően kidolgozott, illetve hiányzik az alapellátás és az egyéb szintek közötti koordináció; egyre nagyobb a munkahelyi stressz, mindenki számára érzékelhető módon egyre nyilvánvalóbb, hogy nehézségek mutatkoznak a háziorvos utánpótlásban [2].

2017-es adatok azt mutatják, hogy a felnőtt/vegyes praxisokban dolgozó háziorvosok több mint 40 százaléka 60 évnél idősebb, ugyanakkor a meghirdetett háziorvosi rezidensi keretszámokat az elmúlt több mint öt esztendőben nem sikerült feltölteni, s a jelentkezők kevesebb mint fele csak frissen végzett orvos. Joggal merül fel a kérdés, mi az oka annak, hogy az orvostanhallgatók/frissen végzett orvosok számára nem vonzó a háziorvosi pálya?

A kutatás célja azon motivációk, gátak, fékek, percepciók feltárása, amelyek befolyásolják az orvostanhallgatók jövőképét, pályaválasztási orientációit.

MÓDSZEREK

2017. január-februárban mind a négy orvosképzést folytató egyetemen online, 26 tételből álló kérdőíves felmérést végeztünk minden évfolyam hallgatói körében. A felmérést kvalitatív mélyinterjú és fókuszcsoporthoz tartozó kutatás tette teljessé. Jelen közleményben a kvalitatív kutatás egyes eredményeinek bemutatására vállalkozunk. A kvalitatív módszertan alkalmazásának célja az volt, hogy a kérdőív zárt válaszainak keretei közé be nem férő gondolatok, válaszok kimondásra kerüljenek, még ha egy kisebb, nem reprezentatív minta által is. A vizsgálat keretében négy egyetemi városban (Budapest, Debrecen, Szeged, Pécs) készült 1-1 fókuszcsoporthoz tartozó negyed-, ötöd- és hatodéves orvostanhallgatókkal, fókuszcsoporthozként 5-9 fő részvételével. A fókuszcsoporthoz mellett 6 mélyinterjú készült budapesti, s egyetemenként négy mélyinterjú debreceni, szegedi és pécsi negyed-, ötöd- és hatodéves orvostanhallgatókkal.

EREDMÉNYEK

A háziorvosi szakma a percepciókban

A háziorvosi szakma definíciója és határai

A háziorvoslást sokan tartják egy olyan határterületnek, amelyben a munkának csak egy részét jelenti az orvosi hivatás gyakorlása, és legalább ekkora súllyal szerepelnek benne egyéb szerepek: részben szociális munkás, pszichológus, vagy általános problémamegoldó ember. A háziorvos-identitásban fontos az „üzletemberi” lét, hatalmas részt tesz ki az adminisztráció, szükséges az egészségügyi jogi háttérnek alapos ismerete is.

A hallgatók ezeket a szerepeket nem tekintik az orvosi hivatás részének (az orvoslás, és talán a pszichológusi szerep kivételével), aminek közvetlen, a motivációkkal és a percepciókkal szorosan összefüggő következményei vannak.

Fontos percepciósi probléma, hogy nem tudják pontosan mit is csinál egy háziorvos. Tisztában vannak az alapellátásnak az egészségügyben betöltött szerepével, ennek ellenére a tevékenységek és kompetenciák pontos gyakorlati határa nem ismert, és nem tisztázott. Közben a hallgatók úgy érezték, hogy jól meg tudják ítélni, hogy mivel foglalkozik egy kardiológus, vagy egy gasztroenterológus, a háziorvosi szakmával kapcsolatban ez már nem volt így.

A háziorvos szakmai feladatai és szerepkörei

A hallgatók leginkább egy koordináló, továbbküldő szerepkört tulajdonítanak az alapellátásnak, két egymásnak – részben ellentmondó – feladattal:

- eljuttatni a betegeket a megfelelő szakellátó helyre,
- de visszatartani a beteget a szakellátótól, ezzel tehermentesítve a szakrendelőt, kórházat, sürgősségi osztályt.

A háziorvosi szakma további feladatkörei:

- Élesen és jól jelenik meg a prevenciósi feladatkör, amelyhez ideális és idealista percepciók kapcsolódnak – egy ideális háziorvos ezzel sokat foglalkozik.
- A sürgősségi esetek azonnali ellátása mind a feladatkörök, mind a félelmek kapcsán jelentős hangsúllyal kerül elő.
- A betegek önálló kezelése önmagában nem, vagy alig jelenik meg a percepciókban.

A háziiorvosi szakma jellegével kapcsolatos percepciók

A háziiorvosi szakmával kapcsolatban számos percepció és asszociáció fogalmazódott meg:

- a. Az egyik legalapvetőbb, és legfontosabb: a háziiorvosi munka keretek között maradó, illetve a klinikusi munkánál alacsonyabbnak tartott munkaterhelése. Egy önellentmondás is megjelent: úgy vélték, hogy azon orvosok, akik lelkiismeretesen végzik a munkájukat, a nap huszonegy órájában a betegek rendelkezésére állnak, tehát a munkaterhelésük valójában nagyobb lehet, mint egy klinikus orvosé. Tükörkép percepció, hogy azon orvosok, akik a rendelésüket keretek között tartják, és kisebb munkaterhelésnek vannak kitéve, valójában nem dolgoznak elég lelkiismeretesen.
- b. A háziiorvosláshoz, mint szakmához kapcsolódott egyfajta „nyugodtság”, „lassúság” – sokszor szembeállítva a sürgősségi ellátó osztályok „pörögésével”, gyors döntéshozatali kényszereivel.
- c. Majd minden válaszdánál megjelenő percepció elem a „család”, „családbarát” fogalmakhoz kapcsolódott.
- d. Ehhez kapcsolódva jelent meg a gyerekvállalás, illetve a szakma feminin jellegének percepciója.
- e. Egy átfogóbb asszociációs kör a közösségi léthez kapcsolódott. Ezek a gondolatok két különböző síkon is megjelentek, egymásnak ellentmondóan:
 - a laikus közösségben való részvétel, a praxis betegek körében élvezett presztízs, illetve a feljük gyakorolt, „tyúkanyóként” való gondoskodás; vagy negatívabb színezetű megfogalmazása, a „kiskirály”,
 - a szakmai közösségtől való eltávolodás, kollégákkal való ritka találkozás, akár szakmai, akár társasági szempontból.
- f. Megjelent az önállóság, mint központi percepció.
- g. Az egyik legfontosabb és leginkább központi kérdéskör a háziiorvosi szakmát illetően a szakmaisághoz kapcsolódott, itt vált egymástól leginkább el az ideálisnak elképzelt, a vágyott és a reálisnak feltételezett gyakorlat.

Ideális esetben a háziiorvoslás egy érdekes, nagyon széles területet felölelő szakma. Kiemelten jó diagnosztikai készségeket igényel, amely – az alacsony felszerelt-

ség és diagnosztikai eszköztár mellett – komoly szakmai kihívás. Többségük úgy vélte, hogy a jelenlegi háziiorvostársadalom szakmailag alacsony szintet képvisel, nem képes megfelelően ellátni a betegeket, diagnosztizálni a betegségeket, szakmailag nem fejlődik.

- i. Általános vélemény, hogy a háziiorvosoknak gyakorlatilag semmi lehetősége nincs a szakmai előmenetelre.
- j. A szakmaisággal kapcsolatos negatív vélemények ellenére a háziiorvosi szakmához kapcsolódott számos kihívás:
 - diagnosztika: a háziiorvoslás legfontosabb kihívásának a súlyos betegségek felismerésének képességét látták – ha ez időben megtörténik, ezzel életeket menthetnek;
 - prevenció: a háziiorvosi szerepkör egyik legfontosabb kérdése a prevenció (kétélyek a megvalósíthatósággal);
 - az egyik legnagyobb kihívás a kórházaktól, sürgősségi ellátóhelyektől, szakrendelőktől távol eső kistéleplési praxisok működtetése.

A háziiorvosi szakma presztízse és presztízst alakító tényezők

A megkérdezettek szerint nagyon rossz a háziiorvosi szakma presztízse, akár a laikus közösség, akár az orvostársadalom, akár az orvostanhallgatók körében.

A legalapvetőbb, legfontosabb kritika az alapellátással szemben a háziiorvosoknak tulajdonított alacsony szakmai színvonal és tudás. Megítélésük szerint a betegek körében is megfigyelhető, hogy a háziiorvosi ellátást nem tekintik „igazi” ellátásnak, a háziiorvosokat „igazi” orvosnak.

Szintén általános volt a felelősség áthárításának vádja a háziiorvosokkal szemben, azaz a betegeket orvosi ellátás nélkül küldik tovább szakellátásra a háziiorvosok.

A megfogalmazott negatív percepciók nagyon mélyen élnek, és részben személyes tapasztalatokból, deduktív előítéletekből és prekonceptiókból, részben külső, szaktekintélynek számító személyektől, és részben a pozitív tapasztalatok alulértékeléséből táplálkoznak.

A személyes tapasztalatok leginkább a sürgősségi osztályokon töltött gyakorlatokból erednek, úgy érzik, hogy számos, indokolatlan háziiorvosi beutalással találkoznak. Azonban lehetetlen leválasztani erről az élményről ugyanezen osztályok szakorvosainak folyamatos, háziiorvosokat degradáló megjegyzéseit, amelyek talán

a legerősebb előítélet-formáló erőnek tekinthetők. Az orvostanhallgatók füle hallatára is folyamatosak azok a megjegyzések, amelyek a háziorvosok alacsony szakmai tudására vagy részükről a felelősség lerázására utalnak.

A negatív percepciók erősödését segítette a szakma nem jól definiáltsága, illetve az általuk tapasztalatként megélt előítéleteik. A háziorvosi szakmával kapcsolatos negatív percepciók egy negatív kört hoznak létre, gyakorlatilag öngerjesztő hatásúak.

Szakma választása irányába és az ellen ható tényezők

A háziorvoslásnak tulajdonított pozitívumokban rejlett a hallgatók számára a szakma vonzereje:

- betegközpontúság, betegek végig kísérése egy életen vagy életszakaszon keresztül, betegek problémáinak elintézése,
- anyagi biztonság és jövőkép, családi életre lehetőség,
- rugalmas munkaidő, kisebb stressz, nyugalom, önállóság, függetlenség
- széles szakmai látókör

A hallgatói félelmek:

- A legfontosabb és legalapvetőbb a saját tudáson alapuló magabiztosság nem elégséges mértéke,
- hirtelen döntési szituációkkal, sürgősségi esetekkel kapcsolatos döntésekre való felkészültség hiányosságai,
- a finanszírozási adminisztratív, illetve betegjogi kérdésekben fenyegető hiba lehetőségek: a háziorvosok önállóak, saját céget menedzselnek, minden jogi és adminisztratív hibáért is ők felelősek.
- a háziorvosi praxis megvásárlásával járó nagy befektetés terhe.

Képzéssel kapcsolatos percepciók

Egységes vélemény, hogy az egyetemek túlságosan elmélet-orientáltak, és a szükségesnél kevesebb gyakorlati felkészítést nyújtanak. A hallgatók számára a legnagyobb gondolkodásmód-formáló erőt a 3–4. év környékén végzett gyakorlati munka jelenti, legtöbbször itt alakulnak ki a főbb érdeklődési irányok, vagy adott szakmákat választását kizáró tapasztalatok.

A megkérdezett orvostanhallgatók szerint a képzésben a háziorvostan súlya elenyésző, különösen a terü-

let egészségügyi ellátásban betöltött súlyához viszonyítva. A hallgatók percepciói szerint alig vannak háziorvostannal foglalkozó órák, és amik vannak, az azokon átadott elméleti tudás (pl. háziorvostan története) nem hasznosítható.

Az egyes szakmák gyakorlati képzéseire jellemző, hogy bemutatják a saját szakterületüket és az arra jellemző egyedi látásmódot közvetítenek. Azonban a hallgatók élményei szerint a képzés során a háziorvostan nem tesz hozzá ehhez a hallgatói saját élményhez, nem ad sajátos (a szakterületre jellemző) gyakorlati látásmódot. Így a hallgatók szemében a háziorvostan kevésbé képes egy önálló, jól azonosítható, jól meghúzható határokkal rendelkező szakterületként megjelenni. Ezzel a hátrányos helyzetből indul a háziorvostan a hallgatók érdeklődéséért folytatott versenyben a többi szakirányhoz képest.

Az orvostanhallgatók körében a legnépszerűbbek a gyakorlati eseteket bemutató, gyakorló háziorvosok által tartott kurzusok, amelyeken konkrét esetek megbeszélése történik. Ezekben a kurzusokon nyílik leginkább lehetősége a hallgatóknak belelátni abba, hogy milyen kihívásokkal és problémákkal szembesül egy háziorvos a mindennapok során, illetve milyen differenciáldiagnosztikai módszerekkel dönthet egy-egy beteg sorsáról. Azonban a hallgatók szerint ilyen órákból nincs elegendő.

Javaslatok a háziorvosi szakma népszerűségének fokozására

A háziorvosi szakma presztízse általánosságban véve meglehetősen alacsony, ami valószínűleg csökkenti az ilyen pályát választani kívánó orvostanhallgatók számát. A hallgatók nem azért választják a háziorvoslást, mert háziorvosok szeretnének lenni, hanem azért, mert nem szeretnének más szakterületen dolgozni, vagy családi köttődésük van a terület iránt.

A szakma presztízisének javítását célzó elemek a képzés során is megjelenhetnek:

- szükség lenne a társszakmák képviselőiben tudatosítani, hogy az általuk átadott negatív információk az alapellátással kapcsolatban súlyosan rombolják a későbbi szakmaközi bizalmat, és előítéleteket építenek;
- az alapellátás graduális képzésben való megjelenésének átalakítása hasznos lehet: a többi szakmához hasonlóan a 3–5. évfolyam során végzett gyakorlatnak nagyobb érdeklődés-formáló ereje van;

– a graduális képzésben résztvevők számára a házi-
orvoslásban leginkább a gyakorlati tapasztalatok, eset-
bemutatók lehetnek érdekesek és vonzóak, ezek
súlyát szükséges lenne a képzésben növelni;

A képzés fejlesztése a félelmekkel és a szakmaválasz-
tás korlátaival szembeni küzdelemnek is eszköze lehet:

- nagyobb hangsúlyt kellene helyezni a hiányosságként
érezkelt, kompetencia-alapú differenciáldiagnosztika-
ra, az oxyológia-intenzív terápia képzés mintájára,
- jó gyakorlatok átvétele az egyetemek között,
- házi- orvosi tutorokkal kapcsolatos jobb visszajelzé-
si lehetőség és átlátható minőség-ellenőrzés.

Fontos problémaként érzékelték a hallgatók egy köny-
nyen hozzáférhető, átfogó házi- orvosi kompetencia- csomag,
amely segítene pontosan leírni azt, hogy milyen
lehetőségei, kompetenciái, felelősségei vannak egy há-
zi- orvosnak hiányát. A kompetencia- csomag részeként
képzhető el egy leíró jellegű, statisztikai adatokra tá-
maszkodó beszámoló az alapellátási munkáról, olyan
minőségi mutatókkal, amelyek mind a hallgatók, mind
a rezidensek, de akár a társszakmák orvosai számára is
értelmezhetőek.

A praxisközösségek egy vágyott, és nagyon pozitív-
nak látott kezdeményezésnek számítottak a percepciókban.
Mind a magasabb szakmaiság elérése, mind az
inspiratív környezet, mind a biztonságot nyújtó kollegi-
ális háttér szempontjából előnyt hordoz ez a fogalom.
A praxisközösségek, azok létrehozása, elérhetősége, hoz-
zájuk való csatlakozásról szóló információ javíthatja mind
a rezidensképzés választására, mind a rezidensképzést
elvégzők körében a praxis elkezdésére való hajlandó-
ságot. A hallgatók jelenleg nagyon pozitívak és biza-
kodóak a praxisközösségekkel kapcsolatban, ezért va-
lószerűleg jól aktivizálhatóak ezen cél érdekében.

IRODALOM

1. Starfield, B., Shi, L. and Macinko, J.: *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly*, 83:457-502, 2005
2. Roland, M.: *The future of primary care*
<http://www.woncaeurope2016.com/images/Keynote-powerpoints/Martin-Roland-Keynote-Hall-A-Friday-09.pdf>

ÁDÁNY RÓZA

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram koncepcionális megalapozása, illesztése a Svájci-Magyar Keretmegállapodási Egyezmény prioritásaihoz

The concept of the Primary Health Care Development Programme reflecting the priorities of the Swiss-Hungarian Bilateral Framework Agreement

Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet – 4028 Debrecen, Kassai út 26. – Tel.: (52) 512 765
E-mail: adany.roza@sph.unideb.hu

Összefoglalás: Az 1978-as Alma-Atai Nyilatkozat óta, az alapellátás azzal az alapvető elvárással szembesül, hogy a társadalom egészségproblémáira egészségfejlesztési, betegségmegelőzési, gyógyító és rehabilitációs szolgáltatások nyújtásával megfelelő választ adjon, s a leggyakrabban előforduló egészségproblémákról, valamint azok megelőzési és kezelési lehetőségeiről tájékoztatást nyújtson. Az ezredfordulót követően, szakmai, társadalmi és politikai szinten egyaránt világossá vált, hogy az alapellátás nem teljesíti ezen elvárásokat. A magyar lakosság népegészségügyi mutatói egyértelműen mutatják, hogy Magyarország számára az alapellátási rendszer reformja elodázhatatlan szükségszerűség. Az SH/8/1 számú „Népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram virtuális egészség központtal” című Svájci-Magyar Együttműködési Program egy olyan kísérleti projekt, mely a magyar alapellátás reformjának megalapozását tűzte ki célul, elősegítve egy olyan ellátási rendszer kialakítását, mely a lakosság általános egészségi állapotának javítását, az egészségi állapot szintjén fellelhető társadalmi egyenlőtlenségek csökkentését tűzi ki célul. Ez a Modellprogram egy innovatív egészségfejlesztési és népegészségügyi program, mely a népegészségügy új kihívásaira reflektál, és megalapozza egy közösség orientált alapellátási rendszer kifejlesztését Magyarországon.

Kulcsszavak: Alma-Atai Nyilatkozat, alapellátás, népegészségügyi szolgáltatások, roma lakosság, esélyegyenlőség

Summary: Since the Alma-Ata Declaration of 1978, primary care has faced a fundamental expectation to resolve societal health problems through the provision of appropriate health promotion, disease prevention, curative and rehabilitation services, as well as to provide education about the most frequently encountered health problems and methods for their prevention and control. After the turn of the millennium, it has been acknowledged more clearly at professional, social and political levels that primary care does not fulfil these objectives. Public health indicators of the Hungarian population clearly indicate that Hungary is a country for which primary care system reform appears inevitable. The Swiss-Hungarian Cooperation Programme/8/1 entitled “Public Health Focused Model Programme for Organising Primary Care Services Backed by a Virtual Care Service Centre” is a pilot project targeting the foundation of the Hungarian primary health care reform that encourages an improvement in the general health status of the population, thereby substantially reducing social inequalities in health. This model project is an innovative health promotion and public health programme that reflects challenges in public health and establishes the development of a community-oriented primary care system in Hungary.

Keywords: Alma-Ata Declaration, primary care, public health services, Roma population, health equity

A „NÉPEGÉSZSÉGÜGYI FÓKUSZÚ ALAPELLÁTÁS-SZERVEZÉSI MODELLPROGRAM VIRTUÁLIS EGÉSZSÉG KÖZPONTTAL” PROJEKT NEMZETKÖZI DIPLOMÁCIAI ELŐZMÉNYEI

A svájci kormány az új Európai Unió tagállamok iránti szolidaritásának kifejezéséeként, s az 1990-es évek kezdete óta különböző országoknak nyújtott technikai és anyagi segítség folytatásaként határozatot hozott arra vonatkozóan, hogy a 2004. május elsejével csatlakozott új EU tagállamokat összesen egy milliárd svájci frank erejéig – különböző projektek megvalósításához segítséget nyújtva – támogatja. A támogatás fő céljaként az Európai Unión belül a társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségek csökkentését jelölte meg. A svájci kormány határozatát 2006. november 26-án Svájc polgárai népszavazás keretében erősítették meg (53%-os támogatással). Svájc és az Európai Bizottság 2006. február 27-én írta alá a kétoldalú megállapodást a svájci kormány által létrehozott Svájci Hozzájárulásról.

A Svájci Hozzájárulás Program keretében Magyarország számára 130 738 millió CHF támogatás került megítélésre [1], melyet a kétoldalú tárgyalások lezárásával 2007. december 20-án Bernben egy Keretmegállapodási egyezmény [2] formájában erősített meg Svájc és Magyarország, s a 348/2007. (XII.20.) Kormányrendeletben került kihirdetésre [3]. Ezt a végrehajtás szabályait rögzítő 237/2008. (IX.26.) Kormányrendelet követte. Az együttműködés keretében Svájc legfontosabb magyar partnere a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség, mely nemzeti koordinációs egységként funkcionál. A támogatási igények benyújtására csak ezen az Ügynökségen keresztül volt mód. Az első pályázati kiírások 2008 júliusában jelentek meg a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség honlapján. A projektek jóváhagyására a Gazdasági Ügyekért Felelős Államtitkárság (State Secretariat for Economic Affairs, SECO, Bern) és a Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) jogosult.

A Svájci Hozzájárulás Iroda Svájc Budapesti Nagykövetsége keretében működik, az Iroda feladata a magyarországi programok megvalósításának monitorozása.

A Magyarország számára megítélt támogatás kapcsán a svájci fél alapvető elvárása, hogy a támogatás legalább 40%-a az ország legkevésbé fejlett Észak-Magyarországi és Észak-Alföldi Régióiban kerüljön felhasználásra. Ebben a két Régióban az egy főre eső GDP az EU 27 országok átlagának mintegy 42%-a – egyértelműen Magyarország két legfejletlenebb régiója.

A megállapodás keretében Magyarországon a Svájci Hozzájárulás Program keretében összesen 39 projekt került támogatásra. A svájci magyar együttműködési megállapodás értelmében, abban az esetben, ha egy adott projekt megvalósításához nemzeti, regionális vagy helyi hatóságok részéről is hozzájárulás történik a Svájci Hozzájárulás Alapból való támogatás elérheti, de meg nem haladhatja, a projekt megvalósítási költségének 85%-át.

A Svájci Magyar Együttműködési Program a Keretmegállapodási egyezmény 1. sz. mellékletében [4] két fő célkitűzést nevesít:

1. Hozzájárulni a Magyarország és a kibővített Európai Unió fejlettebb tagállamai között gazdasági és társadalmi egyenlőtlenségek csökkentéséhez.
2. Hozzájárulni az országon belül a dinamikus fejlődő városközpontok és a strukturálisan gyenge periférikus régiók közötti gazdasági és társadalmi egyenlőtlenségek csökkentéséhez.

A Programban 9 kiemelt terület (prioritás) került nevesítésre, s a megállapodás értelmében a Svájci Hozzájárulás támogatás összegének legalább 70%-át ezekre a területekre kell felhasználni 4 fókuszhoz (1. biztonság, stabilitás és a reformok támogatása; 2. környezet és infrastruktúra; 3. privát szektor; 4. humán és szociális fejlődés) rendelve. A 4. fókuszon belül „Egészség” címszó alatt a célkitűzés megjelöléseként az egészségügyi és szociális szolgáltatások megerősítése szerepel, különös hangsúlyt helyezve a sérülékeny társadalmi csoportok, úgy mint gyermekek, idősek és szociálisan marginalizált csoportok egészségügyi szükségleteire, elsősorban az Észak-Magyarországi és Észak-Alföldi Régiók területén.

A Svájci-Magyar Együttműködési Program 8. prioritás „Humánerőforrás és társadalomfejlesztés” területen a támogatható projektek típusait a következő formában határozta meg a Keretmegállapodási egyezmény 1. sz. mellékletében [4].

A támogatható projektek típusai

Alapellátás:

- családorvosok vagy egyéb egészségügyi szolgáltatók számára műszer beszerzés,
- családorvosi praxisok kialakítására szolgáló fejlesztési elképzelések az elmaradt területeken,
- családorvosok folyamatos továbbképzésének támogatása.

Betegség megelőzés és egészségfejlesztés:

- hatékony stratégiák kifejlesztése és implementálása központi és regionális szinten az egészségtelen életmód (dohányzás, elhízás, mozgásszegény életmód stb.) ellen és a betegségek megelőzése,
- az anya-gyermek szolgáltatások igénybevételének javítása a társadalmilag sérülékeny csoportok által,
- egészségismeretek oktatása az iskolákban,
- védőnői szolgáltatások infrastrukturális feltételeinek javítása,
- családorvosok és ápolók képzése az egészségfejlesztéssel kapcsolatos modern ismeretek elsajátíttatása érdekében.

Hatékony egészség-tervezés járási, megyei és regionális szinten a reprodukív egészség és az idősek egészsége területén:

- egészségtervek áttekintése és javítása
- a közösségi szervezetek kapacitás-fejlesztése
- az egészségtervek kiemelt elemei megvalósításának támogatása

AZ ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI MODELL PROGRAM KONCEPCIÓJÁNAK SZAKMAPOLITIKAI HÁTTERE

Az Egészségügyi Világszervezet az 1978 szeptemberében Alma-Atában rendezett Nemzetközi Alapellátási Konferencián aláírt, ma már általánosan Alma Ata-i Deklarációként [5] említett dokumentumot a XX. századi népegészségügy történetében mérföldkönek minősíti. A Deklaráció megerősíti a WHO Alkotmányának preambulumban közzétett alapvetést, miszerint az egészséghez való jog alapvető emberi jog („... the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being”), s leszögezi, hogy a lehető legjobb egészség elérése világszerte a legfontosabb társadalmi célok egyike kell, hogy legyen, s ennek megvalósulása nem pusztán az egészségügyi szektor, de gyakorlatilag valamennyi társadalmi és gazdasági szektor ügy iránti elkötelezettségét és együttműködését igényli. Az emberek egészségének megőrzése és fejlesztése a fenntartható gazdasági és társadalmi fejlődés elengedhetetlen feltétele, s a kormányok felelőséggel tartoznak népük egészségéért. A kormányok egyik fő társadalmi feladata annak biztosítása, hogy polgárai

olyan egészségi állapotba kerüljenek, amely társadalmilag és gazdaságilag is termékeny (értékes) életet tesz számukra lehetővé. Ennek a célnak az elérésében az egészségügyi alapellátás szerepe kulcsfontosságú.

Az Alma-Ata-i Nyilatkozat VII. pontja a hatékony egészségügyi alapellátást a következő attribútumokkal jellemzi:

1. az ország és az ellátandó közösségek gazdasági közege által meghatározottan alakul ki... társadalomtudományi, orvos-biológiai és egészségügyi igazgatási kutatásokra és népegészségügyi tapasztalatokra épül;
2. céljai között szerepel a közösség fő egészségproblémáinak megoldása azáltal, hogy megfelelő egészségfejlesztési, betegségmegelőzési, gyógyító és rehabilitációs szolgáltatásokat nyújt;
3. biztosítja legalább a következőket: a leggyakoribb egészségproblémákkal kapcsolatos oktatást, valamint azok megelőzésének és visszaszorításának módszereit; elősegíti az étel- és táplálékfelvételt és a megfelelő táplálkozást; a biztonságos vizellátást és előmozdítja az alapvető higiénét; az anya- és csecsemővédelmet, beleértve a családtervezést és a fertőző betegségek elleni védőoltásokat; az endémiás betegségek megelőzését és féken tartását; a gyakori betegségek és sérülések megfelelő ellátását, valamint a nélkülözhetetlen gyógyszereket;
4. az egészségügy mellett bevonja az összes, a nemzeti és közösségi fejlődésben érintett szektort... követeli mindezek törekvéseinek összehangolását;
5. megkívánja és elősegíti a legteljesebb mértékű közösségi és egyéni önállóságot, a részvételt az alapellátás tervezésében, szervezésében, működtetésében és ellenőrzésében, maximálisan kihasználva a helyi, nemzeti és egyéb rendelkezésre álló erőforrásokat, ennek érdekében – megfelelő oktatás révén – képessé teszi a közösségeket a részvételre;
6. fenntartását egységesített, jól működő és egymást kölcsönösen támogató betegirányítási rendszereknek kell biztosítaniuk, amelyek a mindenki számára elérhető komplex egészségügyi ellátás fokozatos javulását eredményezik, és elsőbbséget adnak azoknak, akik a legjobban rászorulnak;

7. mind a helyi, mind a továbbirányítási szinten egészségügyi dolgozókra támaszkodik... akik mind szociálisan, mind technikailag megfelelően képzettek ahhoz, hogy egészségügyi csapatként dolgozzanak, a közösség megfogalmazott igényeinek kielégítése érdekében.

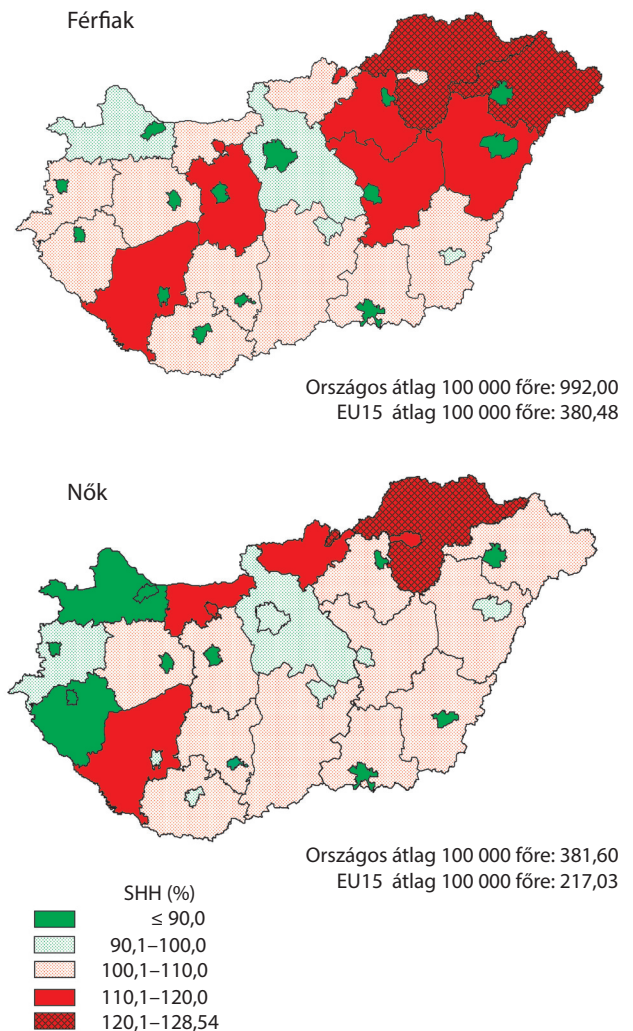
Bár általánosan elfogadott az a vélemény, hogy az egészségi állapotot meghatározó tényezők között az egészségügyi ellátás az életmód és genetikai tényezőkhöz viszonyítva alárendelt jelentőséggel bír a fejlett országokban, abban az esetben, ha az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatási spektruma elégtelen, hozzáférhetősége korlátozott, s a rendszert működési anomáliák terhelik, jelentősége – különösen a társadalom legveszélyeztetettebb csoportjainak egészségi állapot meghatározásában – felértékelődik. Kiemelten igaz ez azokra az országokra (köztük hazánkra), melyeket „kórházközpontú” egészségügyi ellátórendszer jellemez. Az ezredforduló táján már nagyon egyértelműen fogalmazódott meg az a vélemény – szakmai, társadalmi és politikai szinten egyaránt –, hogy az alapellátás annak a feladatának, hogy a közösség egészségi problémáit megfelelő egészségfejlesztési, betegségmegelőzési, gyógyító és rehabilitációs szolgáltatásokat nyújtva megoldja, valamint az ellátottak számára közvetítse a betegségek megelőzésének és visszaszorításának módszereit, nem tesz eleget [6].

Az alapellátás átalakításának sürgető voltát számos WHO dokumentum kiemelte, de annak elodázhatatlanságát a 2008. évi WHO World Health Report már címében – „Primary care: now more than ever” – is jelzi. A Report valamennyi ország kormányát arra ösztönzi, hogy egészségügyi reformjának középpontjába az alapellátás megerősítését helyezze, törekedve az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek érdemi mérséklésére. A WHO ajánlás hangsúlyozza az alapellátás közösségi orientációja megerősítésének szükségességét [7].

A MAGYAR NÉPEGÉSZSÉGÜGYI/EGÉSZSÉGÜGYI HELYZET AZ ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI MODELLPROGRAM KONCEPCIÓJÁNAK SZÜLETÉSEKOR

2008-ban, annak apropóján, hogy az Egészség Évtizedének Nemzeti Népegészségügyi Programja futamidejének ötödik évét zárta, a Parlament Felsőházi termében került sor az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának szervezésében arra a Nyílt Napra, mely az ak-

tuális magyar népegészségügyi helyzetet, a legfőbb kihívásokat, a Népegészségügyi Program keretében elért korai eredményeket volt hivatott áttekinteni. Az ülést követően a Népegészségügy folyóiratban publikált korreferátumot [8] teljes egyetértéssel fogadta a népegészségügyi, egészségügyi szakemberekből, civil szervezetek és gazdasági társaságok vezetőiből, valamint szakpolitikusokból álló hallgatóság, s egyetértés volt arra vonatkozóan is, hogy a 2004. május elsejével az Európai Unió tagjává vált Magyarország jövője gazdasági versenyképességének függvénye, melyet döntő mértékben a lakosság egészségi állapota határoz meg. Ismert volt, hogy hazánkban a halálozások (ezen belül is kiemelten a korai halálozások) száma 1981 óta meghaladja

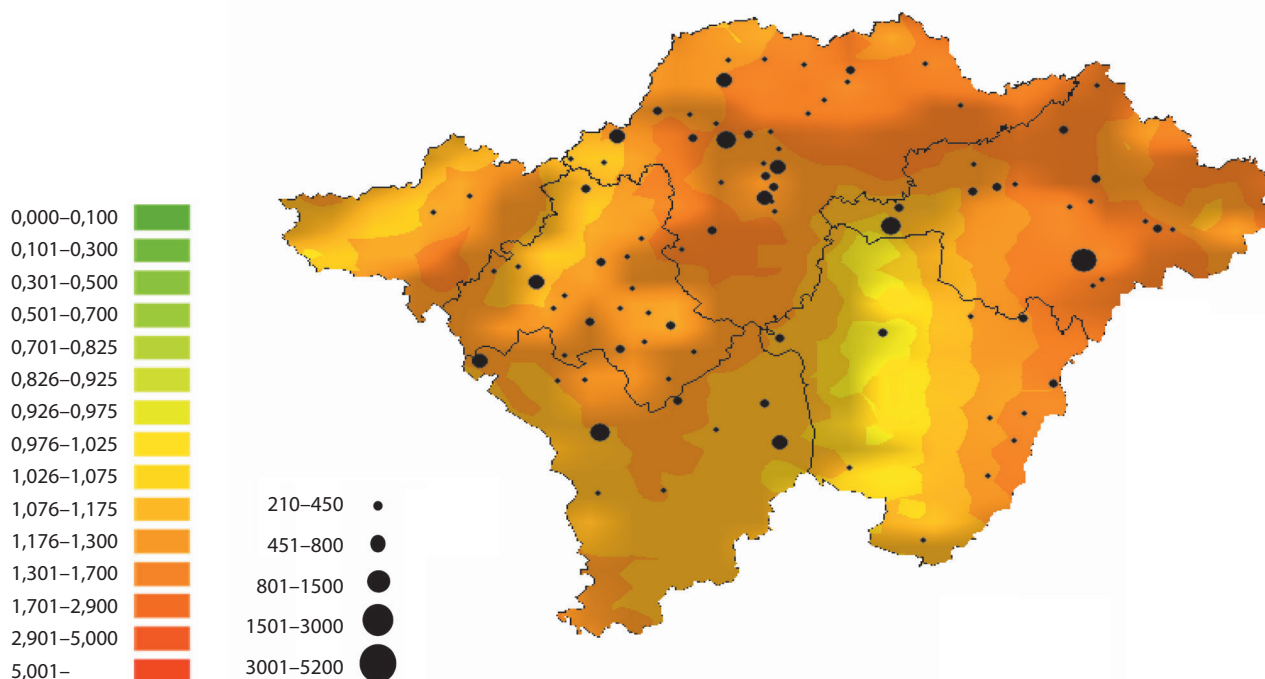


1. ábra
A 25–64 éves férfiak és nők halálozásának területi különbségei Magyarországon a megyék megyeszékhelyei és vidéki területei szerinti bontásban a Program koncepciójának kidolgozásakor rendelkezésre álló adatok (2005–2007) alapján

a születések számát, s azóta az ország demográfiai helyzetét a népesség természetes fogyása jellemzi. A népességfogyást a lakosság korstruktúrájának változása, kiemelten a 65 éven felüli lakosság arányának folyamatos növekedése kísérte. Az 1970-es évek közepén kezdődött el a korai halálozás példátlan meredekségű, 1993-ban tetőző, növekedése. Ez a növekedés paralel zajlott az EU15 tagországok korai halálozási mutatóinak töretlen javulásával, s így elszakadásunk az EU15 átlagtól egyre mélyült. Bár a tetőzést követően a halálozási viszonyok ugyan mérsékeltek, de egyértelmű javulása volt észlelhető, a korai halálozás relatív kockázata az EU15 országok átlagához viszonyítva a keringési rendszer betegségei, a rosszindulatú daganatok és a légzőrendszeri betegségek okozta halálozás vonatkozásában is egyre romlott.

A férfiak és nők korai halálozását jellemző mutatók egyúttal súlyos térségi egyenlőtlenségeket is jeleztek. A halálozási egyenlőtlenségek legjellemzőbb vonásai a megyék vidéki területein élő lakosság a megyeszékhelyek lakosságánál lényegesen kedvezőtlenebb halálozása, valamint két régió, az Észak-Magyarországi és az Észak-Alföldi Régió, lakosságának súlyos érintettsége volt (1. ábra). Ezen régiók kiemelkedően kedvezőtlen helyzete a haláloki bontásban elvégzett elemzések

kapcsán is egyértelmű volt. E jelenséget akkor az ország geoszociális és gazdasági polarizációjának sajátos indikátoraként értelmeztük. Az akkor már és még működő Észak-Kelet Magyarországi Egészségobszervatórium elemzéseivel világosan kimutatták, hogy az ikerrégióban a férfiak korai halálozásának relatív kockázatát megjelenítő domborzati térképen a halálozási csúcsok a döntően romák lakta telepkek eloszlásával jelentős mértékű egybeesést mutatnak (2. ábra). Az ikerrégió roma lakosságának egészségmagatartását feltáró felmérés eredményei 2007-ben kerültek publikálásra [9], s egyértelműen jelezték, hogy a telepszerű körülmények között élő lakosság esetében a kedvezőtlen egészségmagatartási tényezők (ezen belül is kiemelten a dohányzás) prevalenciája igen magas (a 30–44 éves roma férfiak körében elérte a 75%-ot). A korreferátum, (i) a regionális alapon szervezett monitoring rendszer felállítása és működtetése, (ii) a monitoring rendszer eredményeire és elemzéseire épített, az egyenlőtlenségek mérséklését közvetlenül célzó egészségfejlesztési és betegség megelőzési intervenciók, (iii) a népegészségügyi tevékenység eredményességéhez nélkülözhetetlen népegészségügyi szaktudás és tevékenység elismerése mellett egyértelműen sürgette, (iiii) az alapellátás prevenciók tevékenységének újraértelmezését a népegészségügyi in-



2. ábra

A 210 főnél nagyobb létszámú telepkek eloszlása a 15–64 éves férfiak halálozásának (1994–2004) relatív kockázatát megjelenítő domborzati térképen az Észak-Kelet-Magyarországi Egészség Obszervatórium (ÉKMEO) monitorozási területén

tervenciók hálózat struktúrájának és tartalmának újradefiniálása keretében. „Az egészségfejlesztés országos hálózatának kiépítése mellett fontos a paradigma-váltás az egészségügyi alapellátás vonatkozásában. Személyi összetételükben jól definiált alapellátási teamek biztosíthatják, hogy az alapellátás szintjén kellő súlyt kapjon a betegségmegelőzés és egészségfejlesztés, az életmód tanácsadás, valamint a mentális egészség védelme, fejlesztése és helyreállítása a tradicionális betegellátási tevékenység mellett” [8].

A hazai alapellátás korrekcióra szoruló anomáliáit ugyanekkor az alábbiak szerint határoztuk meg [10]:

1. Az ellátást nyújtó személyzet mennyiségi és minőségi hiányosságai/problémái, a kompetenciák tisztázatlansága

A háziiorvosi alapellátást praxisonként akkor is egy orvos és egy ápoló nyújtotta, esetenként egy adminisztratív dolgozó, illetve gyermek- és vegyes körzetekben védőnő(k) által támogatva. Már akkor kb. 160 háziiorvosi praxis volt betöltetlen az országban, jellemzően olyan területeken, melyek orvos-megtartó képessége részben gazdasági okokból, részben a praxis szociális összetétele miatt igen alacsony. A praxisokban a krónikus betegek gondozása, s még inkább rehabilitációja esetleges volt, prevenciók tevékenységeire pedig alig volt példa.

2. Az elvárt szolgáltatás tartalmának hiányos definíciója

A háziiorvosi és a szakellátások által nyújtható szolgáltatások között a határ tisztázatlan, a betegek – esetenként indokolatlan – elirányítása a jóval költségesebb szakellátás irányába általános jelenség. Bár a háziiorvosi rendszerben végzendő, illetve a kötelező egészségbiztosítás keretében térítésmentesen végezhető prevenciók tevékenységeket ugyan kormány és miniszteri rendelet is tételesen rögzíti, s ezek elmaradását elvben szankcionálja is, a gyakorlatban ezen szolgáltatások elmaradása következmények nélküli.

3. A teljesítmény indikátorok teljes mellőzésével kialakított fejkvóta alapú finanszírozás

A finanszírozás alapvető sajátossága, hogy mértékét a nyújtott szolgáltatásnak sem a mennyisé-

ge, sem a minősége nem befolyásolja, azaz a családorvost alapvetően a praxis létszámának maximalizálására (legalább a regresszió érvényesítésének határáig) és a teljesítmény minimalizálására ösztönzi. Finanziális ösztönzés hiányában elmaradnak a kockázati magatartásformák és a betegségek korai stádiumban való felismerését biztosító szűrővizsgálatok (magas vérnyomás, cukorbetegség és zsíryanycsere zavarok korai felismerése érdekében), s nem működik a daganatszűrő programok asszisztenciája sem.

4. A minőségbiztosítás hiánya

Az alapellátás szintjén nyújtott szolgáltatások minőségének mérésére és ennek a finanszírozásba való beépítésére rendszer szintjén soha nem került sor.

Az alapellátás átalakítására 2008-ban az alábbi javaslatokat tettük [10]:

1. Alapellátási teamek létrehozása

Rámutatunk, hogy az alapellátás szintjén – az akut és rehabilitációs fókuszú krónikus kuratív betegellátás mellett – elvárando többszintű preventív szolgáltatások személyi feltételrendszere csak alapellátási team felállításával és működtetésével biztosítható. A háziorvos irányításával működő alapellátási teamnek az orvoson és ápolón kívül szükségszerűen tagja a népegészségügyi szakember és az egészségpszichológus, de indokolt gyógytornász fizioterapeuta és diétás nővér alkalmazása is. Váztuk, hogy a prevenciók szolgáltatások biztosítása érdekében „elképzelhető” a praxisok társulása, s e munkatársak idejének és alkalmazásuk költségeinek megosztása. Az alapellátási teamek keretei között működő szakemberek alapvető feladatait öt fő csoportba soroltuk:

- a szükséges védőoltások a célpopulációra vonatkoztatva teljeskörű biztosításának szervezési munkálatai;
- az egészségfejlesztési programok tervezése, szervezése, lebonyolítása és értékelése;
- kockázat felmérések, életmód tanácsadás szervezése, lebonyolítása;
- szűrési programok szervezése, nyilvántartása, monitoringja (esetenként szűrési tevékenységek is);
- a krónikus betegek gondozásához és rehabilitációjához szükséges támogató tevékenységek.

2. Az alapellátás finanszírozásának átalakítása

Az alapellátás fejkvóta alapú finanszírozására működő nemzetközi példák említhetők ugyan, de a hazánkban megvalósuló gyakorlat számos olyan problémával terhelt, mely a hatékony alkalmazás gátját jelenti. Jogi szabályozás híján a szolgáltatások (különösen a prevenciós szolgáltatások) körét alapvetően a családorvos igényessége és lelkiismeretessége határozza meg. Szükségesnek láttuk hazánkban az elmozdulást a teljesítmény mutatókhoz kötött keretfinanszírozás irányába, melyhez természetesen szükséges a teljesítmény indikátorok rendszerének, ezen belül a preventív szolgáltatások indikátorainak pontos kimunkálása. A prevenciós (primer, szekunder és terciér egyaránt) szolgáltatások finanszírozása a nemzetközi biztosítási rendszerek általánosan fellelhető eleme, mely nyilvánvalóan a súlyos ellátási terhekkel jellemezhető krónikus betegségek megelőzését, illetve azok manifesztációjának késleltetését, az ellátási és gondozási terhek lehetséges mértékű mérséklését célozza.

3. Az alapellátás minőségbiztosítása

Közel 10 esztendővel ezelőtt az információs technológia akkor adott lehetőségei közepette is fontosnak tar-

tottuk a praxisok komplex, egységesített, jól kezelhető adatbázisának létrehozását, melyet egy e feladatra is képzett „asszisztens” tartana karban, aki rendszerezi az adatokat, szervezi az egyének behívását, s informálja a team tagokat soros teendőikről. „A hazai alapellátási teamben ezeket a feladatokat a népegészségügyi szakember is elláthatja” – jeleztük már akkor is.

JAVASLAT AZ ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI MODELLPROGRAM KONCEPCIÓJÁRA

A fentebb részletezett tartalmú közlemény azon tárgyalás, majd az azt követő – a részletek finomítását célzó – egyeztetések kapcsán született, melyre a Budapest Svájci Nagykövetség Svájci Hozzájárulás Irodájának vezetője Liliana de Sá Kirchknopf és a cikk szerzője között 2008. február 18-án került sor Debrecenben (3. ábra).

Összhangban a Svájci Magyar Keretegyezmény két fő céljával, valamint a 4. fókuszon belül „Egészség” című szó alatt nevesített célkitűzéssel és a támogatható projektek típusaival a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumának Kapcsolat Napja rendezvényén a szerző által arra történt javaslat, hogy az *Észak-Magyarországi és Észak-Alföldi Régió leghátrányosabb*



3. ábra

Liliana de Sá Kirchknopf a Svájci Nagykövetség Svájci Hozzájárulás Irodájának vezetője a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumának vezetőivel, Gergely Pállal, Cserech Lászlóval és Ádány Rózával, azon a 2008. február 18-i Kapcsolat Napja rendezvényen, ahol az alapellátás-átalakítását célzó modellprogramra vonatkozó – akkorára már fővonalaiiban kidolgozott – koncepció a cikk szerzője által ismertetésre került

területein működő praxisok bevonásával olyan, az alapellátás átalakítását célzó, modellprogram kerüljön megvalósításra, mely alapellátási teamekre építve a hagyományos betegellátás mellett az érintett közösségek számára egészségfejlesztési, betegség megelőzési és a krónikus betegségben szenvedők egészségének helyreállítását célzó rehabilitációs szolgáltatásokat is nyújtani képes, s közösség-orientált tevékenységének kiemelt célcsoportjait jelentik a társadalom legsérülékenyebb csoportjai, kitüntetetten a roma közösségek. A 2001-ben indított Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program számára a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kara (akkor még Népegészségügyi Iskolája) által már korábban kidolgozott segéd-egészségőri rendszer „újraélesztésére” is javaslat történt. A Svájci Hozzájárulás Iroda vezetője a javaslat megvalósíthatóságának értékelésére törekedve számos tájékoztató kérdést tett fel, kérte annak ún. „concept paper”-ben való rögzítését és megküldését a Svájci Hozzájárulás Irodának. Néhány hónap után érkezett visszajelzés, miszerint Svájc a projekt javaslat megvalósítását támogatni kívánja, s a megvalósíthatósági tanulmány elkészítésére is megbízást adott.

A PRAXISKÖZÖSSÉGEKRE ÉPÜLŐ ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI MODELLPROGRAM – IMPLEMENTÁCIÓRA VONATKOZÓ – RÉSZLETEINEK KIDOLGOZÁSA

2010 és 2011 folyamán a Nemzeti Fejlesztési Minisztérium és a Nemzeti Erőforrás Minisztérium munkatársai dolgozták ki a Kormány részére az előterjesztést az „Egészségügy forrásainak felhasználásával Népegészségügyi fókuszú Alapellátás-szervezési Modellprogram Virtuális ellátó központ támogatásával” című projekttervezetre vonatkozóan a Svájci-Magyar Együttműködési Program 8. prioritás – „Humán erőforrás- és társadalomfejlesztés” – mentén, mely az Észak-Alföldi és az Észak-Magyarországi Régió leghátrányosabb helyzetű kistérségei lakossága, azon belül a roma közösségek, egészségi állapotának javítását célozta.

A projekt beazonosításáról az 1240/2011. (VII. 15.) Korm. határozat formájában született döntés, végrehajtójaként a Gyógyszerészeti, Egészségügyi, Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézetet megjelölve. A Korm. határozat megjelenését követően intenzív fejlesztő munka kezdődött a projekt megvalósításával kapcsolatos részletek tisztázása érdekében. Ezen időszak eseményeinek részletezése nem az érdemi munkáról, hanem

sokkal inkább a magyar politikai kultúra és az ennek gyengeségeit kihasználó szakpolitika nem éppen szakmai szempontok által vezérelt manővereiről adna tájékoztatást, ezért ennek ismertetését e helyen mellőzzük.

Többször előállt az a helyzet, hogy olyan „szakértők” jelentek meg a projekt fejlesztése körül, akik részvételi ambíciója szakmai felkészültségüket messze túlszárnyalta. Ez a tény értelemszerűen nem segítette elő a projekt működtetésének kidolgozását, s a potenciális partnerek feladatkörei kapcsán kialakult viták is jelentősen hátráltatták a projekt elindítását.

A konzorciumi partnerek által a partnerségi megállapodás aláírására csak 2012. július 18-án került sor, s a projekt Felügyelő Bizottsága által később elfogadott „Működési Kézikönyv a praxisközösségek népegészségügyi szolgáltatásaihoz 5. verzió, [11] is csak 2013. május 31-i dátummal született meg. Ez a dokumentum már a konzorciumi partnerek teljes konszenzusára épült, így a projekt indítása elől az akadályok elhárultak. Mikként azt a Működési Kézikönyv dokumentálja az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram egy olyan innovatív egészségfejlesztési és népegészségügyi program, mely a közreműködők legfőbb törekvése értelmében megalapozza egy közösségorientált alapellátási rendszer kifejlesztését Magyarországon. Ez a törekvés szervesen illeszkedik ahhoz a nemzetközi trendhez, mely szerte a világon az ún. közösség-orientált egészségcentrumok létrehozását célozta és célozza, melyek 2013-ban nemzetközi szervezetbe tömörültek (International Federation of Community Health Centres - IFCHC) [12].

Ez a nemzetközi szervezet fő céljának a világ közösség-orientált alapellátási rendszerei között a minél teljes körűbb együttműködés kialakítását jelöli meg, melynek eredményeként az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás szintjén megvalósul az esélyegyenlőtlenség felszámolása. A magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram a koncepciójukban azonos, de megjelenésükben igen variábilis alapellátási teamekre épülő programok között is újszerű, a praxisközösségek szolgáltatási spektruma az alapellátási rendszer és a népegészségügyi szolgáltatások közötti tényleges kapcsolatot valósítja meg. Ennek köszönhető, hogy a program koncepciója, tartalma és humán erőforrás fejlesztési törekvései Európa vezető népegészségügyi folyóiratában is közzé kerülhettek [13–15], s a Program kapcsán megfogalmazott törekvést az Egészségügyi Világszervezet európai igazgatója ajánlotta a Régió 52 további tagországának figyelmébe [16]. A program implementációja során a nem-

zetközi érdeklődés és elismerés mértéke meghaladta a hazai mértékét, ennek köszönhető a program eredményeinek megjelenése különböző szakfolyóiratokban és a szakpolitika nemzetközi színterein, köztük a 2016. évi European Health Forum-on.

Remélhetőleg a program eredményei a hazai alapellátás átalakítása és egy remélhetőleg hamarosan megszülető Nemzeti Népegészségügyi Program kapcsán hasznosításra kerülnek, s az alapellátás kibővített humán erőforrására és célzott képzések kapcsán adekvát módon fejlesztett szaktudására is alapozva a magyar népegészségügyi szolgáltatások sikere érdemben járul hozzá az ország gazdasági fejlődéséhez.

IRODALOM

1. Svájci-Magyar Hozzájárulási Program
https://www.palyazat.gov.hu/swiss_contribution
2. Bilateral Framework Agreement between the Swiss Federal Council and the Government of the Republic of Hungary concerning the implementation of the Swiss-Hungarian Cooperation Programme to reduce economic and social disparities within the enlarged European Union
https://www.eda.admin.ch/content/dam/erweiterungsbeitrag/en/documents/Laender/Rahmenabkommen-Ungarn_en.pdf
3. 348/2007. (XII. 20.) Korm. Rendelet a kibővült Európai Unió gazdasági és társadalmi egyenlőtlenségei csökkentését célzó, a Svájci Szövetségi Tanács és a Magyar Kormány között létrejött Svájci-Magyar Együtműködési Program végrehajtásáról szóló Keretmegállapodás kihirdetéséről
4. A Bilateral Framework Agreement Annex 1. between the Swiss Federal Council and the Government of the Republic of Hungary concerning the implementation of the Swiss-Hungarian Cooperation Programme to reduce economic and social disparities within the enlarged European Union.
https://www.eda.admin.ch/content/dam/erweiterungsbeitrag/en/documents/Laender/Annex%201_Amend_Ungarn.pdf
5. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
6. Moore, G., Showstack, J.: Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. *Ann. Int. Med.*, 138:244-247, 2003
7. The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever). World Health Organization, 2008
8. Ádány, R.: A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra. *Népegészségügy*, 86:5-20, 2008
9. Kósa, Zs., Széles, Gy., Kardos, L., Kósa, K., Németh, R., Ország, S., Fésűs, G., McKee, M., Ádány, R., Vokó, Z.: A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. *Am. J. Public Health*, 97:853-859, 2007
10. Ádány, R., Bugán, A., Bíró, K., Rurik, I.: Az alapellátás tartalmi, strukturális és finanszírozási átalakítása, mint a hazai népegészségügyi helyzet javításának eszköze. *Népegészségügy*, 87:117-122, 2009
11. Ádány, R.: (szerk): Működési Kézikönyv a praxisközösségek népegészségügyi szolgáltatásaihoz (5. verzió). 2013. május 31.
http://www.nepegeszseg.hu/swiss/SH.8.1_mukodesi_kezikonyv_5.0_teljes_hu.pdf
12. International Federation of Community Health Centres – IFCHC
<http://www.ifchc.org/>
13. Kósa, K., Sándor, J., Dobos, E., Papp, M., Fürjes, G., Ádány, R.: Human resources development for the operation of general practitioners' cluster. *Eur. J. Public Health*, 4:532-533, 2013
14. Sándor, J., Kósa, K., Fürjes, G., Papp, M., Csordás, A., Rurik, I., Ádány, R.: Public health services provided in the framework of general practitioners' clusters. *Eur. J. Public Health*, 4:530-532, 2013
15. Ádány, R., Kósa, K., Sándor, J., Papp, M., Fürjes, G.: General practitioners' cluster: a model to reorient primary health care to public health services. *Eur. J. Public Health*, 4:529-530, 2013
16. Jakab, Z.: Public health, primary care and the 'cluster' model. Editorial. *Eur. J. Public Health*, 4:528, 2013

SZABÓ JÁNOS¹
TÓTH ADRIENN²

Egy praxisközösség hétköznapjai

The daily life of the GP cluster

¹ JVZSE Nonprofit Egészségügyi Kft. – 3360 Heves, Alkotmány út 59. – Tel.: (30) 915 1200 – E-mail: szabodr@t-online.hu

² Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet – 1096 Budapest, Nagyváradi tér 2.

Összefoglalás: A Svájci Hozzájárulás program támogatásával lehetőség nyílt az egészségügyi alapellátás reformjának keretében egy új ellátási modell megalkotására és a gyakorlatban történő kipróbálására. A klaszterikus házi orvos, egészségügyi szakdolgozó, védőnő által működtetett házi orvosi praxisok praxisközösségbe szervezésével, s humán erőforrás kapacitásának bővítésével négy halmozottan hátrányos helyzetű észak-magyarországi és észak-alföldi területen magas színvonalú, lakosság közeli prevenciók szolgáltatások biztosítására nyílt lehetőség. A szerzők a Hevesi Praxisközösségben folyó munkát, a közösség szakembereinek feladatait, a praxisközösségben elért eredményeket ismertetik a mindennapi gyakorlat szemszögéből.

Kulcsszavak: praxisközösség, egészségi állapot felmérés, életmód tanácsadás, közösségi egészségfejlesztés

Summary: The Swiss Contribution Programme created the foundation for the development and implementation of a new model of primary health care service as part of a wider reform of the Hungarian health system. Single-handed general practices comprised of one GP, one nurse and one health visitor were teamed up and formed GP clusters employing various other health professionals in four multiply disadvantaged regions of Hungary to provide high-quality preventive services for their target population. The authors present an account of the daily work of one GP cluster that operates in Heves microregion, describing the tasks of the health professionals and also reporting on the accomplished results.

Keywords: GPs' cluster, health status assesment, lifestyle counselling, health promotion at community settings

Jelenleg hazánkban az egészségügyi alapellátás bázisát a házi orvosi szolgálatok alkotják, melyekben a házi orvos és egy egészségügyi szakdolgozó végzi a munkáját. A védőnői szolgálatok vidéken szorosabb, városokban lazább együttműködést alakítanak ki a házi orvosi praxisokkal.

A házi orvosok átlagéletkorának emelkedése, a tartósan betöltetlen praxisok számának emelkedése, az utánpótlás hiánya és a lakosság részéről jelentkező elvárás a lakóhelyen igénybe vehető magas színvonalú ellátás iránt együttesen teszi szükségessé az egészségügyi alapellátás reformját.

A hatékony és magas szakmai színvonalú ellátási rendszer kialakítása új ellátási formák létrehozásával, a lakosság közeli ellátások számának növelésével, az alapellátás kompetenciáinak fejlesztésével, a prevenciók tevékenységek, valamint a krónikus betegek gondozásának minőségi javításával és az egészségfejlesztési tevékenységek hatékonyabbá tételével valósíthatók meg.

A Svájci Hozzájárulás program keretében lehetőség nyílt négy halmozottan hátrányos helyzetű észak-magyarországi és észak-alföldi területen alapellátási praxisközösségek kialakítására, egy hazánkban új ellátási forma működésrendszerének elméleti megalkotására és a gyakorlatban történő kipróbálására.

Az Alapellátás Fejlesztési Modellprogram keretében négy praxisközösség működik, a Berettyóújfalui, a Borsodnádasdi, a Jászapáti és a Hevesi praxisközösség. Valamennyi praxisközösség felépítése, működése hasonló.

A Hevesi praxisközösség működésének bemutatásával kívánunk rámutatni a praxisközösségi működés előnyeire, valamint a működési forma által a lakosság részére biztosítható, helyben elérhető szolgáltatásokra, melyekkel az ellátásban résztvevő lakosság egészségi állapota hatékonyan javítható.

A HEVESI PRAXISKÖZÖSSÉG

A Hevesi praxisközösségben négy településről – Heves, Átány, Kömlő, Tiszanána – 6 háziorvosi praxis vesz részt. A praxisok területi, betegellátási integritása, valamint gazdasági függetlensége változatlan maradt. Szoros szakmai együttműködés a prevenciók tevékenységei, a krónikus beteg gondozási tevékenységek és ezekhez kapcsolódó helyben elérhető többlétszolgáltatások, valamint az egészségfejlesztési tevékenységek területén valósul meg.

Minden praxisközösségben, így a Hevesiben is van vegyes, felnőtt, gyermek populációt ellátó praxis és tartósan betöltetlen praxis is. Az ellátási területekre jellemző a halmozottan hátrányos helyzetű lakosság, ezen belül is a cigány lakosság magas aránya.

A praxisközösség praxisaihoz tartozó háziorvosok, egészségügyi szakdolgozók és védőnők mellett az egész praxisközösség területén tevékenykedő szakemberek biztosítják a többlétszolgáltatásokat. A praxisközösség szakemberei a népegészségügyi koordinátor, a népegészségügyi szakember, a praxisközösségi nővér, a dietetikus, a gyógytornász és az egészségpszichológus.

Népegészségügyi koordinátor – a hatékony praxisközösségi működés kulcs szakembere. A praxisközösség orvosai közül választott praxisközösségi koordinátorral együttműködve koordinálja a praxisközösség szakembereinek tevékenységeit. Az ő feladata a praxisközösségi munka összefogása, szervezése, irányítása, emellett részt vesz az egészségfejlesztési programok szervezésében, lebonyolításában. Ő tartja a kapcsolatot a különböző szervezetekkel, iskolákkal, önkormányzatokkal is.

Népegészségügyi szakember – a praxisközösségi működés alapja a praxisközösség területén élő lakosság egészségi állapotának felmérése, melyet praxisközösségi szűrő-team végez a rendelésektől elkülönített időpontban. Ő a szűrő-team vezetője, ő végzi a praxisközösségi nővérral közösen az egészségi állapot felméréseket és részt vesz az egészségfejlesztési programokban is.

Praxisközösségi nővér – a praxisközösség valamennyi praxisában végzi a szűréseket a népegészségügyi szakemberrel közösen.

Gyógytornász – a praxisközösség valamennyi praxisában csoportos és egyéni terápiákat végez a kiszűrt páciensek, valamint a háziorvosi team referálta páciensek körében, egészségfejlesztés keretében az óvodapedagógusoknak, tanítóknak, tanároknak rendszeresen

tornasorokat tanít meg, melyekkel hatékonyabban javíthatók a tartásproblémák és más gyermekkori mozgásszervi rizikóállapotok, valamint csoportos gyógytorna foglalkozásokat is tart az óvodákban, iskolákban is.

Dietetikus – tanácsadást tart a kiszűrt pácienseknek, illetve a háziorvosi team által referált betegeknek a praxisközösség valamennyi praxisában. A praxisközösség területén rendszeresen konzultál a közétkeztetés szakembereivel, mintaétrendek összeállításával segíti az egészségesebb közétkeztetést.

Egészségpszichológus – a praxisközösség valamennyi praxisában egyéni és csoportos egészségfejlesztést végez. Relaxációs csoportokat, dohányzásról és alkohorról való leszokást támogató programokat vezet és egyéni konzultációkat tart a kiszűrt és a referált betegeknek.

A szakemberek együttműködnek a különböző egészségkockázatokkal kiszűrt és csoportos intervencióra szoruló kliensek csoportjainak vezetésére, mediálisa során is. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy egy testsúlykontroll csoport, vagy egy diabetes betegklub, dohányzásról való leszokást támogató csoport esetén a gyógytornász, dietetikus, egészségpszichológus közösen vesz részt a munkában és komplex ismereteket adnak át a résztvevőknek.

A Modellprogramban minden praxishoz tartozik segéd-egészségőr munkatárs is. Ők olyan helyi cigány emberek, akiknek tekintélyük van a közösségben és hatékonyan tudják segíteni az egészségi állapot felmérésre meghívott lakosok toborzását, valamint az egészségfejlesztési programokon való részvételt.

A PRAXISKÖZÖSSÉG SZOLGÁLTATÁSAI

A praxisközösségi tevékenység alapját az egészségi állapot felmérés képezi, mely egy olyan komplex szűrés, ahol a páciens egészségi állapotát holisztikus szemléletben bio-pszicho-szociális tényezők részletes feltárásával végzik a szakemberek, átfogó képet alkotva az adott személy egészségi állapotáról és az azt befolyásoló tényezőkről.

A praxisközösség praxisaiban a szűrési tevékenységet előre összeállított szűrési terv alapján a szűrési team végzi, a háziorvosi rendelőtől elkülönítetten, melynek tagjai a népegészségügyi szakember és a praxisközösségi nővér. A népegészségügyi koordinátor és a praxis háziorvosa a szűrési terv alapján a segéd-egészségőrök közreműködésével hívja meg a szűrendő pácienseket,

I. táblázat
 Egészségi állapot felmérésen 2016. március 31-ig megjelent felnőtt lakosság aránya
 a Hevesi Praxisközösségben

Praxis	Életvitelszerűen a praxis ellátási területén élő felnőttek száma	Egészségi állapot felmérésen részt vettek száma	Egészségi állapot felmérésen részt vettek aránya
Kömlő	1046	823	79%
Tiszanána	1004	814	81%
Átány	903	799	88%
Heves	1412	1136	80%
Tiszanána	728	556	76%
	5 093	4 128	81%

akik egyeztetett időpontban, várakozás nélkül vehetnek részt a szűrővizsgálaton, ahol az eredményekről a szűrő-team tagjai azonnal tájékoztatják a páciens, szükség esetén rövid intervenciót is alkalmaznak. A rizikó állapottal, betegség gyanúval kiszűrt pácienseknek a praxisközösségi kliensút algoritmusa alapján vagy életmód tanácsadást, vagy a háziorvos prevenciók rendezésén történő részvételt ajánlják.

A háziorvos minden szűrési eredményt ellenőriz, azokét a páciensekét is, akiknek az egészségi állapota nem indokol prevenciók rendezésén történő konzultációt.

Jó lakossági tájékoztatással, a segéd-egészségőrök és a praxisok dolgozóinak koordinált együttműködésével elértük, hogy a praxisközösség szolgáltatási területén életvitelszerűen élő lakosság 81%-a részt vett egészségi állapot felmérésen (I. táblázat). Ennek eredményeként pontos információkkal rendelkezünk a praxisközösség területén élők egészségi állapotáról, egészség-

kockázatáról, betegségeiről, mely információk lehetővé teszik egy célzott praxisközösségi egészségterv elkészítését, meghatározva az intervenciókhoz szükséges szakembereket, a lakosság közeli ellátás keretében biztosítandó szakorvosi konzultációk szakterületeit, valamint gyakoriságát, és az egészségfejlesztési feladatokat.

Az egészségi állapot felmérésen azonosított egészségkockázatok megszüntetése, csökkentése érdekében a szűrő-team tagjai a praxisközösség szakembereihez irányítják a pácienseket, amennyiben betegség gyanút vagy magas rizikó státuszt észlelnek, akkor a háziorvos prevenciók rendezésre irányítják a páciens.

A praxisközösség szakembereinek tanácsadásaira és a háziorvos prevenciók rendezésére is egyeztetett időpontot kapnak a páciensek. Ha a megbeszélte időpontban a beteg nem jelenik meg, a segéd-egészségőrök közreműködésével új időpont egyeztetésére kerül sor.

II. táblázat
 Szakemberek egyéni és csoportos foglalkozásai (gyógytornász, dietetikus, pszichológus)
 a Hevesi Praxisközösségben

Év	Dietetikus (elérés szám)		Gyógytornász (elérés szám)		Pszichológus (elérés szám)	
	Egyéni	Csoportos	Egyéni	Csoportos	Egyéni	Csoportos
2013. nov.-dec.	113			213		75
2014	52	968	349	1844	196	667
2015	264	2589	119	3066	156	886
2016	440	3778	302	4952	228	458
Össz. elérés	8204		10845		2666	

III. táblázat
Egészségfejlesztési programok a Hevesi Praxisközösségben

Települési egészségnapok	Óvodai egészségnapok	Iskolai egészségnapok	Szünidei klubok, nyári táborok	Közmunkásoknak szervezett foglalkozások
16 alkalom	13 alkalom	47 alkalom	44 alkalom	38 alkalom
9240 (becsült adat) fő	607 fő	5010 fő	654 fő	429

A tanácsadásokon a szakemberek megbeszélnek a páciensekkel, hogy milyen segítséget tudnak nyújtani, egyéni vagy csoportos intervenciók szolgáltatást javasolnak. A páciensek jelentős része igénybe veszi a felajánlott szolgáltatásokat, több csoport a szakemberek által nyújtott intervenciók tevékenységét követően is tovább működik. A Hevesi Praxisközösség szakembereinek tevékenységét a II. táblázat foglalja össze.

Az egészségi állapot felmérés, az egyéni és csoportos intervenciók tevékenységei mellett igen fontos feladata a praxisközösség szakembereinek a közösségi egészségfejlesztés, így rendszeresen részt vesznek iskolai, civil rendezvényeken, falunapokon, ellátogatnak klubokba, idősotthonokba, munkahelyekre. A hatékonyságban a rendszeresség jelentős javulást eredményez, mert jó koordinációval havonta több alkalommal is interaktív foglalkozásokon tudnak kor-specifikus egészségügyi ismereteket átadni a szakemberek az iskolákban, óvodákban, mely ismeretek a rendszeresség miatt sokkal mélyebben beépülnek a gyermekeknél. A különböző beteg és nyugdíjas klubokban, civil szervezeteknél tartott foglalkozások közvetlen haszna mellett igen fontos változás az is, hogy jelentősen javult a praxisközösség településeinek a civil aktivitás, részben a különböző csoportok tovább működésével, részben új csoportok szerveződésével, mely a tagok mentális egészségére pozitív hatással van. Az iskoláskorú gyermekek részére szervezett nyári egészségtáborok olyan lehetőséget teremtenek a halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek részére, amelyben az egészségügyi alapismeretek elsajátítása mellett fontos mintát kapnak a szabadidő hasznos eltöltésére is (III. táblázat).

A PRAXISKÖZÖSSÉG DOLGOZÓINAK EGYÜTTMŰKÖDÉSE

A praxisközösségi működési mód a közösségben dolgozó szakemberek életében is pozitív változásokat eredményez. A szoros földrajzi közelségben dolgozó házi-

orvosok is gyakran teljesen elszigetelten végzik munkájukat az egészségügyi szakdolgozójuk segítségével. A praxisközösségi működés során a havonta megrendezésre kerülő praxisközösségi megbeszéléseken lehetőségük van a praxisközösség munkatársainak a közös gondolkodásra, esetmegbeszélésekre, illetve egy-egy munkaterület részletesebb megismerésére. A helyi lehetőségek ismeretében a szakemberek közös munkája során olyan betegtájékoztató anyagok kidolgozására is lehetőség nyílik, mely célzottan a helyi lakosságnak szól. A praxisközösségi működés lehetőséget biztosít arra is, hogy olyan képzések valósulhassanak meg, melyben a praxisközösség valamennyi munkatársa részt vesz.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az egészségi állapotfelmérés során időben felismerhetőek egyes rizikófaktorok és kórállapotok, a kliensek kezelése időben megkezdődhet, és a gondozás is komplex formában és helyben valósulhat meg. Komplex ellátást tudunk nyújtani klienseink számára, mivel szükség esetén minden szakember tanácsadását igénybe vehetik, illetve csoportos foglalkozásaink egy részét ezen szakemberek közösen tartják.

A praxisközösségi többlétszolgáltatások a hátrányos helyzetű csoportok számára (roma lakosság, idősek) is elérhetővé váltak, mivel ezek helyben valósulnak meg, így pénz, tömegközlekedés hiánya miatt a hátrányos helyzetű csoportok sem szorulnak ki azokból a többlétszolgáltatásokból, amiket eddig csak a járóbeteg szakellátás keretében tudtak igénybe venni.

A praxisközösségben dolgozó szakemberek az intervenciók területén élő lakosság minden korcsoportjához (óvodás–idős korosztály) eljutnak, ezáltal hozzájárulnak a lakosság egészséges életmóddal, betegségmegelőzéssel kapcsolatos ismereteinek növeléséhez, segítik a tévhitik eloszlatását.

Egészségfejlesztési tevékenység, primer prevenció és krónikus gondozás jelenleg ilyen komplex formában

csak a praxisközösségekben valósul meg – tapasztalataink/véleményünk szerint.

A praxisközösségben dolgozó szakemberek (orvos, ápoló, védőnő, népegészségügyi szakemberek, dietetikus, pszichológus, gyógytornász) között folyamatos konzultáció valósul meg a kliensek állapotával kapcsolatban.

IRODALOM

1. Ádány, R. (szerk): *Működési kézikönyv a praxisközösségek népegészségügyi szolgáltatásaihoz. 5. verzió 2013*
http://nepegeszseg.hu/swiss/SH.8.1_mukodesi_kezikonyv_5.0_hu.pdf
2. Szabó, J.: *Prevenációs szolgáltatások menedzsmentje az alapellátás szintjén. In: Ádány, R., Papp, M. (szerk): Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 441-466, 2017*
3. Papp, M. (szerk.): *A praxisközösségek eljárásrendje. 5.2. verzió. 2015*
http://www.alapellatasimodell.hu/images/dokumentumok_szakmai/eljarasrend/PK_ELJ%C3%81R%C3%81SREND_5_2.pdf
4. Ilyés, I.: *Prevenció az egészségügyi alapellátásban. In: Ádány, R. (szerk): Megelőző orvostan és népegészségtan. (2. kiadás), Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 704-709, 2012*

PAULIK EDIT¹
 SZABÓ ANDREA¹
 LUKÁCS ANITA¹
 MÁTÉ ZSUZSANNA¹
 VIRÁG KATALIN²
 BUZÁS NORBERT³
 KISS ISTVÁN MÁRTON³
 HORVÁTH EDINA¹

Az alapellátásba integrált egészségi állapot felmérés tapasztalatai

Experiences on health status assessment integrated into primary health care

¹ Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet – 6720 Szeged, Dóm tér 10. – Tel.: (62) 545 119
 Fax: (62) 545 120 – E-mail: paulik.edit@med.u-szeged.hu

² Szegedi Tudományegyetem, Természettudományi és Informatikai Kar, Bolyai Intézet – 6720 Szeged, Aradi vértanúk tere 1.

³ Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Egészség-gazdaságtani Intézet – 6720 Szeged, Szőkefalvi-Nagy Béla u. 6.

Összefoglalás: Az alapellátás fejlesztésének fontos területe a megelőzés, a népegészségügy és az egészségfejlesztés szerepének megerősítése. Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram keretében kifejlesztett egészségi állapot felmérés célja, hogy a 18 év feletti felnőttek alapellátási szinten kivitelezett szűrésével segítse az elkerülhető kockázati tényezők, illetve a korai stádiumban levő betegségek időben történő felfedezését a tünetekkel orvoshoz nem fordulók körében. A program 2013. november és 2016. február közötti időszakában több mint 20 ezer egészségi állapot felmérés történt, amely során feltárára kerültek a lakosság egészségi állapotát meghatározó krónikus nem fertőző betegségek kockázati tényezői, valamint lehetőség volt ezen kórképek korai felismerésére is.

Kulcsszavak: krónikus betegségek, rizikófaktorok, megelőzés

Summary: Key areas of the development of primary health care are prevention, public health and health promotion. Activities in these areas are greatly helped by proper targeting that should be based on personal risk assessment. The health status assessment of the Primary Care Development Model Programme aimed at the systematic screening of all adult clients of the GP clusters – including those who otherwise do not visits GPs – in order to create individual risk profiles and recognize diseases in early stages. The health status of more than 20,000 participants were assessed between November 2013 and February 2016 in the Model Programme that uncovered a number of hidden diseases and enabled the targeted referral of those in need to appropriate preventive and health promoting services.

Keywords: chronic diseases, risk factors, prevention

BEVEZETÉS

Az alapellátás kulcsfontosságú eleme az egészségügyi ellátó rendszereknek. Az Almai-Atai Nyilatkozatban közzétett alapellátás definíció folyamatosan formálódott az utóbbi évek során az egészségügyi alapellátással kapcsolatos elvárások változásával párhuzamosan.

Az Európai Bizottság szakértői testületének javaslata (2014) alapján „az alapellátás általánosan hozzáférhető, egyén-központú, átfogó egészségügyi és közösségi szolgáltatások összessége, amelyet szakemberek csoportja (team) nyújt, és amely az egyéni egészségügyi szükségletek nagy többségét képes kielégíteni. A szol-

gáltásokat a betegekkel, informális gondozókkal, a családokkal és közösségekkel tartós partnerségben szervezi, és központi szerepet játszik az ellátás átfogó koordinációjában és folyamatosságának biztosításában” [1].

Bizonyított, hogy az erős alapellátási rendszerekkel rendelkező országokban jobb a lakosság egészségi állapota, alacsonyabb a szükségtelen kórházi felvételek aránya, és kisebbek az egészségi állapotban megmutató társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek. Az alapellátás fejlesztésére számos területen van szükség: szolgáltatások bővítése, minőség fejlesztése, finanszírozás átalakítása stb. Az alapellátásban nyújtott szolgáltatások bővítésében meghatározó a megelőzés, a népegész-

ségügy és az egészségfejlesztés szerepének megerősítése, melynek egyik eleme – a krónikus betegségek megelőzése érdekében – a kliensek egészségi állapotának és az azt meghatározó biológiai, életmódi és környezeti tényezőknek a megismerése [2].

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) adatai alapján, 2012-ben a globálisan megfigyelt 56 millió összhalálózásból 38 millió krónikus nem fertőző betegségre volt visszavezethető, mely adat alapján, ezen betegségek egészségi állapotot meghatározó szerepe megkérdőjelezhetetlen [3]. A „Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015” szerint a magas jövedelmű országokban a dohányzás, a magas vérnyomás, a magas testtömegindex (túlsúly-elhízás), az emelkedett vércukor, a magas koleszterinszint, az alkoholfogyasztás és nem megfelelő táplálkozás a vezető okai a rokkantsággal korrigált elveszített potenciális életeveknek. Magyarországon hasonló, de sorrendjében némileg eltérő kép figyelhető meg, mivel a legnagyobb egészségvesztést okozó tényező a magas vérnyomás, ezt követi a dohányzás, a magas testtömegindex, koleszterin és vércukor szintek emelkedése, a túlzott alkoholfogyasztás, a kevés teljes kiőrlésű gabona és gyümölcs fogyasztása, ugyanakkor a sok só bevitele [4]. A nemzetközi és a hazai eredmények egyaránt az ún. befolyásolható rizikótényezők meghatározó szerepére utalnak. Ennek, a megelőzés valamennyi szintje, de különösen az elsődleges prevenció szempontjából van jelentősége: időben – minél fiatalabb korban – elkezdett beavatkozással (például életmód-változtatással) elkerülhetjük, módosíthatjuk, vagy akár meg is szüntethetjük a már kialakult elváltozást; ehhez viszont a rizikóállapotok minél korábbi felismerése szükséges. A Svájci Hozzájárulás SH/8/1 Alapellátás-fejlesztési Modellprogram keretében kifejlesztett új módszertan – egészségi állapot felmérés (EÁF) – arra irányult, hogy a praxisközösségek szintjén vezessen be új szervezési megoldásokat a 18 év feletti felnőttek alapellátási szinten kivitelezett szűrésére. Az EÁF célja az, hogy segítse az elkerülhető kockázati tényezők, illetve a korai stádiumban levő betegségek időben történő felfedezését a tünetekkel orvoshoz nem fordulók körében. A szűrendő kockázati tényezők és elváltozások tekintetében a fő irányvonalat a Népjóléti Miniszter 51/1997-es rendelete határozta meg, kiegészítve két nemzetközi szakértői testület (US Preventive Services Task Force; Royal Australian College of General Practitioners) ajánlásaival [5].

Jelen közleményben a Modellprogram 2013. november és 2016. február közötti időszakában történt és rögzített EÁF-ek főbb eredményeit mutatjuk be. Vizsgáljuk az EÁF-en megjelent kliensek szocio-demográfiai jellemzőit, valamint – a teljesség igénye nélkül – a krónikus nem fertőző betegségek néhány fontosabb rizikófaktorának – dohányzás, egészségtelen táplálkozás, elhízás, emelkedett koleszterinszint – az előfordulását.

MÓDSZER

A Modellprogram keretében 16 észak- és kelet-magyarországi település, összesen 24 háziiorvosi praxisa állt össze négy praxisközösséggé. A felnőtt – 18 év feletti – lakosság egészségi állapotának felmérését a praxisközösségi nővér, a népegészségügyi szakember és a háziorvosok hajtották végre, és az EÁF eredményei alapján – szükség esetén – javaslatot tettek a praxisközösségi többlétszolgáltatások igénybevételére. A helyi lakosság jobb elérését, eredményesebb bevonását segéd-egészségőrök segítették a programban; a segéd-egészségőr, a népegészségügyi koordinátor irányításával, közvetítő szerepet töltött be az alapellátó személyzet és a lakosság – különösen a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzetben élők, kiemelt hangsúllyal a roma lakosság – között, a program megvalósulását célzó EÁF-en, szűréseken, prevenciós szolgáltatáson, életmód tanácsadáson, egészségfejlesztő előadásokon való részvétel, valamint a krónikus ellátás körébe tartozó szolgáltatások igénybevétele érdekében [5].

A felnőttek EÁF-e az alábbi főbb területeket foglalta magába: társadalmi-gazdasági státusz, családi anamnézis, életmód (táplálkozás, mozgás, alkoholfogyasztás, dohányzás) felmérése, fizikális vizsgálatok (antropometriai vizsgálatok és vérnyomásérték) elvégzése, szakellátók által kivitelezett vizsgálatok rögzítése, laboratóriumi vizsgálatok kezdeményezése és azok eredményeinek rögzítése, az oszteoporózis és a hasi aorta aneurizma szűrés vizsgálati eredményeinek dokumentálása, népegészségügyi vagy járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálatok eredményeinek dokumentálása, lelki egészség kérdőív (önkitöltős) felvétele. Az EÁF mérőeszközei, méréshatárai szakmai irányelvek, hazai és nemzetközi ajánlások alapján kerültek kialakításra [5].

A vizsgálatok eredményeit az a szakember dokumentálta, aki ténylegesen elvégezte a szűrést. A program kezdetén papíralapú adatrögzítés történt, majd ezt felváltotta az egységes elektronikus adatgyűjtési és dokumentációs rendszer, amely lehetővé tette egy komplex elemzések végzésére is lehetőséget adó anonim adat-

bázis létrehozását. A vizsgált 2013. november–2016. február közötti időszakban 21 544 fő EÁF eredménye került be a jelen elemzés alapját képező adatbázisba. Tekintettel arra, hogy nem minden személynél volt komplett a kitöltöttség, így az egyes elemzéseknél mindig az aktuálisan választ adók, illetve vizsgálati eredménnyel rendelkezők számát tekintettük 100%-nak.

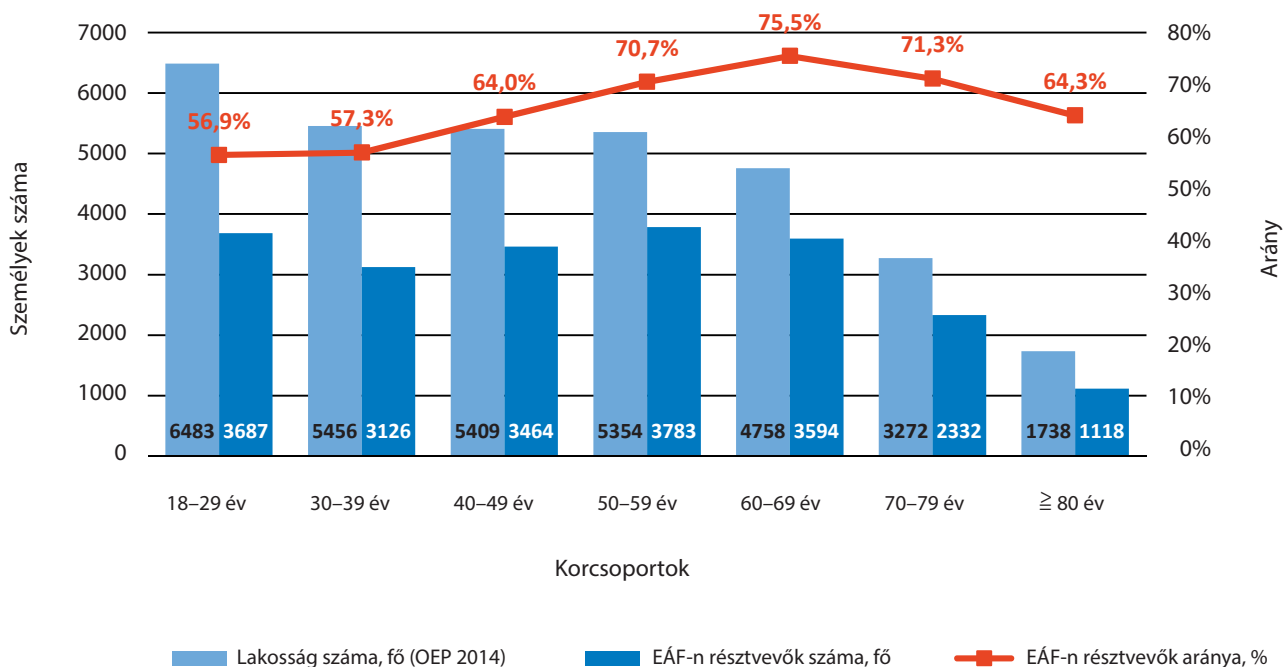
Az elemzéseket IBM SPSS Statistics 24 programmal végeztük. A statisztikai értékelés százalékos megoszlások és többváltozós bináris és multinomiális logisztikus regressziós modellek alapján történt. A regressziós elemzésnél a függő változók a dohányzás, a zöldség-gyümölcs fogyasztás, a testtömegindex alapján kategorizált tápláltsági állapot és a koleszterinszint, a független változók pedig a nem, az életkor (korcsoport), az iskolai végzettség és az önminősített etnicitás voltak; az eredményeket esélyhányadosok (EH) és 95%-os megbízhatósági tartomány (95% MT) formájában mutatjuk be.

A vizsgálatot az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (ETT-TUKÉB) engedélyezte (52119-2/2015 EKV). Az adatok a vizsgált személyek előzetes, tájékozott beleegyezését követően kerültek felvételre, az elemzések anonim módon történtek.

EREDMÉNYEK

Az EÁF-en a praxisközösségi házi orvosokhoz bejelentkezett 18 év feletti felnőtt lakosság vett részt. Némek szerint a nők (12 424 fő; 57,7%) nagyobb arányban vettek részt az EÁF-en, mint a férfiak (9 120 fő; 42,3%); az átlagéletkor $49,9 \pm 18,3$ év volt. Az iskolázottságot illetően a legfeljebb 8 általános (37,8%) és az érettségi nélküli középfokú végzettség (25,3%) volt a domináns, érettséggel 27,6%, diplomával pedig 9,3% rendelkezett. A megkérdezettek önbevallása alapján a roma kliensek aránya 7,2% (1 473 fő) volt.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2014. decemberi praxislétszám adatai szerint a praxisokba bejelentett felnőtt lakosságra vonatkozóan a 21 544 fős részvétel 66,3%-os átszűrtséget jelentett (az állapotfelmérések jelen adatbázis lezárását követően is folytatódtak, s a részvételi arány 2017 februárjára elérte a 80%-ot). A korcsoportok szerinti részvételt, illetve átszűrtséget az 1. ábra mutatja be, mely szerint, magasabb részvételi arányokat láthatunk az idősebb korcsoportoknál (a legmagasabb átszűrtség a 60–69 éveseknek volt), míg jellemzően alacsonyabbak az értékek a fiatalabb, munkaképes korosztálynál; a program további



1. ábra

A lakosság száma (az OEP 2014. december 31.-ei praxislétszám adatai szerint) és az egészségi állapot felmérésen (EÁF) résztvevők aránya korcsoportok szerint az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram intervenció területén (2013. november–2016. február)

időszakában különösen ezen csoportok elérésére kellett törekedni.

Az EÁF eredményei szerint a napi rendszerességgel vagy alkalmászerűen dohányzók aránya 34,1% volt. A megkérdezettek 22%-a nem fogyasztott napi rendszerességgel zöldséget és/vagy gyümölcsöt, az EÁF-en részt vevők kétharmada túlsúlyos (32,2%) vagy elhízott (32,5%) volt. A koleszterinszint 14 813 főnél volt ismert: 49,2% laboreredménye kívánatos értéket (<5,2 mmol/l) mutatott, 31,8%-nál határeseti értékeket (5,2-6,2 mmol/l közötti), 19,0% esetén pedig emelkedett (>6,2 mmol/l) koleszterinszintet mértek.

Az EÁF eredmények és a szocio-demográfiai tényezők összefüggéseit leíró logisztikus regressziós modelleket az I. táblázat mutatja be. A dohányzás, a kevés zöldség- és gyümölcsfogyasztás és az elhízás esélye szig-

nifikánsan nagyobb volt a férfiak, míg az emelkedett koleszterinszinté a nők körében. Az egészséget veszélyeztető életmódi tényezők előfordulásának esélye az életkor előrehaladtával csökkent, és jellemzően az 50 év alattiakat érintette. Ugyanakkor az elhízás és az emelkedett koleszterinszint esélye minden korcsoportnál szignifikánsan nagyobb volt, mint a referenciaként választott 18–29 éves korosztály esetében. Az iskolázottság és az etnicitás különösen az életmódi tényezők esetén bírt meghatározó szereppel, az alacsonyabb végzettségűek és a magukat romának vallók körében nagyobb volt az esélye a dohányzásnak és az egészségtelen táplálkozásnak. A biológiai tényezők közül kiemelendő még, hogy a romák körében az emelkedett koleszterinszintnek is nagyobb volt az esélye, mint a nem romáknál.

I. táblázat
Az egészségi állapot felmérés egyes eredményei szocio-demográfiai jellemzők mentén
többváltozós logisztikus regressziós modellek alapján

Szocio-demográfiai változók	Egészségi állapot felmérés eredménye			
	Dohányzás ¹	Kevés zöldség-gyümölcs fogyasztás ¹	Elhízás ²	Emelkedett koleszterinszint ²
	EH (95% MT)	EH (95% MT)	EH (95% MT)	EH (95% MT)
Nem (Referencia: nők)				
Férfi	1,23 (1,16; 1,32)***	1,35 (1,26; 1,45)***	1,10 (1,02; 1,20)*	0,68 (0,62; 0,75)***
Korcsoport (év) (Referencia: 18–29 korcsoport)				
30-39	0,97 (0,87; 1,07)	1,06 (0,95; 1,19)	2,37 (2,06; 2,72)***	3,39 (2,67; 4,32)***
40-49	0,96 (0,87; 1,06)	0,93 (0,84; 1,04)	3,68 (3,21; 4,22)***	7,67 (6,10; 9,63)***
50-59	0,70 (0,63; 0,77)***	0,71 (0,63; 0,79)***	6,54 (5,71; 7,50)***	14,35 (11,50; 17,91)***
60-69	0,34 (0,31; 0,38)***	0,42 (0,37; 0,48)***	9,83 (8,52; 11,34)***	14,09 (11,28; 17,59)***
70-79	0,09 (0,07; 0,10)***	0,34 (0,29; 0,39)***	8,75 (7,45; 10,29)***	9,93 (7,83; 12,60)***
80-	0,02 (0,01; 0,03)***	0,41 (0,34; 0,49)***	3,72 (3,03; 4,58)***	6,54 (4,87; 8,77)***
Iskolai végzettség (Referencia: felsőfokú végzettség)				
Legfeljebb 8 általános	4,06 (3,55; 4,64)***	3,38 (2,89; 3,96)***	1,16 (1,01; 1,34)*	0,90 (0,76; 1,07)
Középfokú, érettségi nélkül	2,70 (2,36; 3,10)***	2,35 (2,00; 2,76)***	1,28 (1,11; 1,49)***	1,01 (0,85; 1,20)
Érettségi	1,78 (1,55; 2,03)***	1,72 (1,46; 2,02)***	1,07 (0,92; 1,23)	0,92 (0,77; 1,09)
Etnicitás (önbevallás) (Referencia: önbevallás szerint nem roma)				
Roma	1,82 (1,61; 2,05)***	1,42 (1,26; 1,60)***	1,13 (0,97; 1,31)	1,26 (1,02; 1,55)*

¹ bináris logisztikus regresszió;

² multinomiális logisztikus regresszió

EH: esélyhányados; 95% MT: 95%-os megbízhatósági tartomány,

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

MEGBESZÉLÉS

A megelőző/népegészségügyi szolgáltatásokat is nyújtó alapellátás pozitív hatását a lakosság egészségi állapotára számos vizsgálat bizonyította [6]. A helyi szükségleteket figyelembe vevő, a lakosság egészségi állapotának javítására irányuló intervenciók közösségi, illetve egyéni szintű adatokra építhetők fel, amelyhez komplex egészségi állapot felmérésre van szükség; ennek módszertani fejlesztésére nyílt lehetőség a Modellprogram keretében. A praxisközösségi nővér és a népegészségügyi szakember által végzett EÁF eredményeit áttekintő házi orvos dönt az ellátás további menetéről. A szűrés négyféle eredménnyel zárulhat, és ennek megfelelően alakul a további kliensút is. Ha sem kockázati tényezőt, sem korai stádiumú betegséget nem találnak, azaz egészséges az illető, akkor az egészségfejlesztési programok felé orientálják a klienst, ha életmódi kockázati tényező jelenlétét állapítják meg, akkor a prevencióra irányítják, korai betegség gyanúja esetén a házi orvos gondoskodik a további kivizsgálásról, ha pedig a kliens definitív orvosi ellátást igényel akár akut, akár krónikus betegség gyanúja esetén, akkor azonnali házi orvosi konzultációt kell kezdeményezni a szűrést végző szakembernek [5].

A további ellátást/gondozást igénylő klienseket a házi orvos utalja tovább a többlétszolgáltatások szakembereihez: dietetikushoz, egészségpszichológushoz, gyógytornászhoz, népegészségügyi koordinátorhoz, védőnőhöz (várandósság gyanúja esetén) és/vagy házi orvoshoz. Ezáltal a lakóhely közelében olyan többlétszolgáltatásokat tud igénybe venni a páciens, amelyekre egyébként a hátrányos helyzetből vagy egyéb okból adódóan nem, vagy jelentősen nagyobb erőfeszítéssel lenne lehetősége.

Az EÁF eredményeit négy olyan kockázati tényező vonatkozásában mutattuk be, amelyek vezető szerepet töltenek be a magyar lakosság kedvezőtlen egészségi állapotában és veszélyeztető egészségmagatartásában, és részben ebből adódóan, felhasználhatók több krónikus betegség – kardiovaszkuláris kórképek, diabetes mellitus stb. – kockázatának megítéléséhez is.

A dohányzás egyike a legnagyobb egészségvesztést okozó rizikófaktoroknak; a WHO adatai szerint évente 6 millió halálozás hozható összefüggésbe a dohányzással világszerte [7]. Az ELEF 2014 eredményei szerint a dohányzás hazai prevalenciája 29% [8], jelen vizsgálat szerint, a Modellprogram praxisközösségeiben ennél kedvezőtlenebb a helyzet (34,1%). A dohány-

zási szokások felmérése és a dohányzó páciensek leszokás támogatás felé való irányítása meghatározó jelentőségű a krónikus nem fertőző betegségek prevenciója szempontjából. Az egészségügyi ellátásban dolgozó valamennyi felsőfokú végzettséggel rendelkező szakembernek feladata, hogy a pácienssel történő találkozáskor rákérdezzen dohányzási szokásaira, azt dokumentálja, és ha dohányzik, akkor tanácsolja a dohányzás abbahagyását, illetve tárja fel és erősítse meg a leszokási szándékot [9].

A megfelelő zöldség- és gyümölcsfogyasztás a táplálkozási ajánlásoknak is egyik kulcseleme [10]. A táplálkozási szokások vizsgálata az EÁF során felhasználható a 2-es típusú diabetes mellitus kockázatának mérésére szolgáló validált FINDRISC kérdőív [11], valamint ha annak eredménye nem megfelelő a páciens dietetikushoz irányítható.

A túlsúly és az elhízás a második legfontosabb megelőzhető rizikófaktor, amely számos népegészségügyi jelentőségű krónikus betegség kialakulásában kulcsszerepet játszik. A WHO adatai alapján, a világon a túlsúlyos lakosok aránya 39%, míg az elhízottaké 13% [3]; az elhízás vonatkozásában mind az országos (férfiak: 21%, nők: 20%) [8], mind a Modellprogram eredményei (32,5%) kedvezőtlenebb képet mutatnak. A tápláltsági állapotra (testtömegindex, háskőfog) vonatkozó eredmények felhasználhatók a diabetes mellitus kockázatának meghatározásához (FINDRISC).

A kardiovaszkuláris rizikóbecslés (Systematic Coronary Risk Evaluation, SCORE) legegyszerűbb formájához, a laboreredmények közül, elégséges a szérum összkoleszterin szintjének ismerete (az újabb ajánlások már a többi lipid szintjének – pl. HDL-C – meghatározását is igénylik). A WHO adatai alapján 2008-ban az emelkedett összkoleszterin-szint globális prevalenciája a felnőttek körében 9,8% volt (férfiak: 8,6%; nők: 10,9%), az európai régióban azonban ennél magasabb prevalenciáról (16,8%) számoltak be [12]. Az ELEF 2014 adatai szerint a magas koleszterinszint a magyar felnőtt lakosság 11%-át érinti [8], jelen eredményeink ennél kedvezőtlenebb képet (19,0%) mutattak.

Az EÁF eredményeinek – a bemutatott adatokon túlmenően – komplex értékelése lehetővé teszi a tényleges egészségügyi szükségletekre alapozott egyéni és közösségi beavatkozások megtervezését és kivitelezését. Az eredmények szocio-demográfiai változók mentén történő vizsgálata is tükrözte az egészségi állapot társadalmi-gazdasági meghatározottságát, és alátámasztotta annak szükségességét, hogy az alapvető demográfiai

adatok (nem és életkor) mellett fontos a legmagasabb iskolai végzettség rögzítése is az egészségügyi dokumentációban, mivel annak meghatározó szerepe van az egyén életmódja és egészségi állapota szempontjából.

KÖVETKEZTETÉS

Az EÁF során alkalmazott mérőeszközök egyszerűen, az alapellátás szintjén, a mindennapi betegellátásba beépülve használhatók. A népegészségügyi végzettséggel, illetve ismeretekkel rendelkező szakemberekkel kibővített alapellátási csapatok növelni tudják a lakosság átszűrtségét, beleértve a kiemelten definiált roma népesség átszűrtségét is. Az EÁF során feltárt életmódi rizikók, az egyes krónikus betegségek gyanújának, korai stádiumának, vagy az akut ellátást igénylő betegségeknek a felismerése, és a szükséges ellátás – praxisközösségi többlétszolgáltatások, háziorvosi ellátás, szakellátás – igénybevétele érdemben járul hozzá a lakosság egészségi állapotának javulásához.

IRODALOM

1. *EXpert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH): Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems*, 27 February 2014, European Commission. http://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/001_definitionprimarycare_en.pdf
2. *Az alapellátás jellemzői Európában*. GYEMSZI, Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság, Rendszerelemzési Főosztály, Budapest, 2014. szeptember https://irf.gyemszi.hu/new3/kutatas/zip_doc/2014/alapellatas_EU.pdf
3. *Global status report on noncommunicable diseases*. World Health Organization, 2014 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf
4. *GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. *Lancet*, 388:1659–1724, 2016 [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31679-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31679-8.pdf)
5. Ádány, R. (szerk.): *Működési kézikönyv a praxisközösségek népegészségügyi szolgáltatásaihoz*. *Népegészségügy*, 92:137–221, 2014
6. Starfield, B., Shi, L., Macinko, J.: *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*. *The Milbank Quarterly*, 83:457–502, 2005 http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Starfield_Milbank.pdf
7. *World Health Organization: Tobacco Fact Sheet* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
8. *Európai lakossági egészségfelmérés, 2014*. Statisztikai tükör, 2015/29, 2015. április 30. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>
9. *Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyi Államtitkárság Egészségügyi Szakmai Kollégium: Egészségügyi szakmai irányelv – A dohányzásról való leszokás támogatásáról* (Azonosító: 000637)
10. *World Health Organization: Healthy diet*. 2015. Fact sheet No. 394. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>
11. Lindström, J., Tuomilehto, J.: *The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk*. *Diabetes Care*, 26:725–731, 2003
12. *World Health Organization: Global Health Observatory data repository*. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2571?lang=en>

A praxisközösség működési tapasztalatai a népegészségügyi koordinátor szemszögéből

Operational experience of the GPs' cluster from the viewpoint of the public health coordinator

SH/8 Alapellátás-fejlesztési Modellprogram Berettyóújfalu Praxisközösség – Tel.: (70) 491 2392 – E-mail: gombkotoeva@gmail.com
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet – 1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.

Összefoglalás: A többlétszolgáltatásokat nyújtó szakemberekkel együtt egy új szakember jelent meg az alapellátásban, a népegészségügyi koordinátor. Jelen elemzés célja, hogy 2014. szeptember és 2016. március között a praxisközösségekben megvalósított új szolgáltatások eredményindikátorainak segítségével értékelje a népegészségügyi koordinátorok Modellprogramban végzett munkáját. Az eredmények alapján egyértelműen igazolni lehet, hogy a praxisközösségi keretek között végzett különböző népegészségügyi szolgáltatások szakszerű kivitelezésében a népegészségügyi koordinátorok munkája nélkülözhetetlen.

Kulcsszavak: praxisközösség, többlétszolgáltatás, népegészségügyi koordinátor, közösségi egészségfejlesztés.

Summary: In addition to other health professionals of the GPs' cluster, one public health coordinator joined every GPs' cluster as a new type of specialist integrating and supervising the activities of all non-medical personnel. The present paper describes the work of the public health coordinators of the Model Programme between September 2014 and March 2016, and also presents indicators characterizing the new services of the clusters. Quantitative results along with the subjective experiences of all team members support the conclusion that public health coordinators play an essential role in the provision of community-oriented public health services.

Keywords: practice community, additional services, public health coordinator, community health promotion

Az idő előtti egészségromlás megelőzésében kiemelkedő szerepe van a megelőzést és egészségfejlesztést szolgáló korszerű hálózatoknak, melyek szinte teljesen hiányzanak az ellátórendszerből Magyarországon. A kérdés az, hogy ezt a hiányt hogyan lehetne pótolni? Hogyan lehetne hatékony egészségfejlesztési hálózatot kiépíteni a jelenlegi egészségügyi rendszer és finanszírozási forma biztosításával. A szűkös források miatt a preventív tevékenységet nem lehet a jelenlegi egészségügyi rendszer keretében finanszírozni. A célcsoportba tartozók aktív bevonása, érdekeltté tétele alapvető fontosságú lenne ebbe a folyamatba. A jelenlegi és közeljövőben várható gazdasági feltételek szűkre szabják az egészségpolitika tényleges mozgásterét. Ez azonban még inkább aláhúzza egy hosszú távú stratégia szükségességét. Hosszú ideje egyetértés mutatkozik – legalábbis szavakban – abban, hogy kormányzati ciklusokon átívelő egészségpolitikai stratégiára lenne szükség [1].

A hatékony alapellátás a betegségek megelőzése mellett ösztönzi is a lakosokat az egészséges életmódra. Az egészséget holisztikusan közelíti meg, az egészségügyi szükségleteken kívül odafigyel a megromlott egészség társadalmi, szociális és foglalkoztatásban rejlő okaira is. Az alapellátás sokkal inkább egészség központú, mint betegség központú elven működik [2].

A háziorvosi praxisok körzeteinek kijelölése ma egyáltalán nem a szükséglet alapú tervezésre támaszkodik, nagyságuk, földrajzi elhelyezkedésük, szolgáltatási csomagjuk független attól. Az ellátás színvonalát tekintve az Európai uniós átlaghoz való felzárkózás helyett az elért eredmények fenntarthatóságának kockázata merül fel [3].

Magyarországon az egészségügyi ellátásban meghirdetett reform eddig az alapellátást érintette, illetve a szakellátásnál a teljesítményelvű finanszírozás bevezetését jelentette.

A reform első lépéseként bevezetett új finanszírozási rendszer bevezetése után további stratégiai fontoságú lépések elmaradtak. Nem volt ösztönzés a definitív ellátások arányának növelésére, az orvosi technológia gyors fejlődése által lehetővé tett rövidebb ellátási idők, és/vagy a progresszivitás alacsonyabb fokán is el látható esetek rendszerszerű bevezetésére, amik az ellátórendszer stratégiai, irányítói pontjain teszik pazarlóvá az ellátórendszert. A változtatások az intézményi, strukturális reformokra szűkültek, az egészségügyi menedzsment kapacitásának javítására még csak kísérletek sem születtek. A szükséglet-alapú és szolgáltatás elvű egészségügyi ellátás nem tudott eddig kellően megvalósulni. A „Népegészségügyi fókuszú alapellátás – szervezési modellprogram virtuális egészségközponttal” program megoldást kínálhat ezekre a problémákra. A preventív jellegű szolgáltatások alapellátásba integrált nyújtását biztosító praxisközösségi működési modell támogathatja egy olyan ellátási rendszer kialakítását, mely érdemben hozzá tud járulni a lakosság egészségi állapotának javításához, az egészségi állapot szintjén fellelhető társadalmi egyenlőtlenségek csökkentéséhez. A praxisközösségi- és népegészségügyi koordinátorok munkájukkal nagymértékben hozzájárulhatnak az egészségügyi menedzsment kapacitásának javításához [4].

A praxisközösség célja az ellátott lakosság egészségi állapotának javítása, amely magába foglalja a betegellátáson túl a betegségmegelőző tevékenységeket és az egészségi állapot fejlesztését a célcsoportban. A népegészségügy alapvető feladatai közül az alábbiak szervesen kapcsolódnak az alapellátáshoz:

1. a lakosság egészségi állapotának folyamatos monitorozása, az egészségproblémák és az egészséget károsító veszélyforrások azonosítása,
2. az egészségproblémák hátterének feltárása,
3. a lakosság tájékoztatása az egészségproblémákról és azok megelőzésének/kezelésének lehetőségeiről,
4. a társadalom mozgósítása a problémák megoldása érdekében, partnerség kialakítása az érintett kormányzati és civil szervezetek között,
5. egészségfejlesztési, betegségmegelőzési programok kifejlesztése.

Ezek csak abban az esetben valósulhatnak meg, ha az alapellátási szolgáltatást nem pusztán a családorvos és a gyógyító/gondozó tevékenységet támogató ápoló, esetleg a velük együttműködő védőnők, hanem olyan alapellátási team nyújtja, mely a népegészségügyi szol-

gáltatások megvalósítására kellő felkészítést kapott, megfelelő kompetenciákkal rendelkezik [5].

Ilyen magasan képzett szakemberekből és kompetens támogató személyzetből álló alapellátási csapatok dolgoznak a Modellprogram keretében működő praxisközösségekben, akik képesek megtervezni, megszervezni és kivitelezni a különböző népegészségügyi szolgáltatásokat. A többlétszolgáltatásokat nyújtó szakemberekkel együtt egy új szakember is megjelent az alapellátásban, a népegészségügyi koordinátor, aki egyben népegészségügyi szakértői feladatokat is ellát.

Jelen elemzés célkitűzése, hogy bemutassa a 2014. szeptember és 2016. március között a praxisközösségekben megvalósított új szolgáltatások eredmény-indikátorainak, és a népegészségügyi koordinátorok munkájához kapcsolódó monitoring indikátorok segítségével a népegészségügyi koordinátorok összetett munkáját, valamint a Modellprogram eredményeit, megerősítve ez által azt az egészségpolitikai ajánlást, mely szerint az alapellátásban szükséges és nélkülözhetetlen a népegészségügyi szakemberek alkalmazása, nem helyettesíthetőek más egészségügyi végzettséggel rendelkező szakemberekkel. A Modellprogramban szerzett több éves tapasztalataikkal kulcsszerepet tölthetnek be az alapellátási modell országos kiterjesztésében is.

A népegészségügyi koordinátor a praxisközösség nem orvosi végzettségű közalkalmazott szakembereinek közvetlen felettese, a napi munkavégzés vonatkozásában felettük munkáltatói jogokat gyakorol (a házi orvosi praxisok szakszemélyzetének kivételével) megfelelően a mindenkor hatályos jogszabályoknak, a szerződésében és az eljárásrendben foglaltaknak. Feladata a beosztott szakemberek modellprogrammal kapcsolatos tevékenységeinek szakmai irányítása, szervezése és felügyelete.

► Tervezési feladatai keretében:

- Elkészíti a praxisközösség szakembereinek szabadságolási tervét;
- A szakmai vezető utasításai alapján elkészíti a praxisközösség szakembereinek feladataival kapcsolatos éves munkatervet;
- A praxisközösségi koordinátorral közösen ütemtervet dolgoz ki a lakosság egészségi állapotának felmérésére;
- Egyénre szabott kockázatelemzést készít az egészségi állapot felmérés alapján;
- Éves akciótervet dolgoz ki az egyéni és közösségi egészségfejlesztési programokon és szűrővizsgálatokon való részvétel népszerűsítésére

- ▶ Koordinációs feladatai keretében:
 - Rendszeresen egyeztet a praxisközösségi koordinátorral a praxisközösségekben tervezett és folyamatban lévő tevékenységekről;
 - Szervezi és irányítja a szűrési- és egészségfejlesztési ütemtervek megvalósítását;
 - Szervezi és irányítja a Projektiroda által delegált feladat definíciós lapon meghatározott feladatok elvégzését;
 - Utasítási jogkörét gyakorolva szervezi és összehangolja az irányítása alá tartozó szakemberek munkáját;
 - Egyeztet a praxisközösségi koordinátorral a segéd-egészségőröknek a házi orvosi praxisokban végzendő feladatairól, azok ellátásában való részvételéről
- ▶ A praxisközösségi koordinátorral együttműködve megszervezi és lebonyolítja a praxisközösség értekezleteit;
 - A praxisközösségi koordinátorral együttműködve kapcsolatot tart a helyi partnerszervezetekkel (helyi önkormányzatokkal, kisebbségi önkormányzatokkal, egészségi ellátást biztosító intézményekkel, civil szervezetekkel) és együttműködési megállapodások megkötését kezdeményezi a praxisközösségi koordinátorral;
 - Megszervezi az egészségügyi szűrővizsgálatokat és az egészségfejlesztési programokat, oktatással kapcsolatos tevékenységeket;
 - Koordinálja az előjegyzéseket az egészségi állapot felmérésre és az életmód tanácsadásra és továbbítja az összeállított klienslistát a praxisközösségi nővérnek
- ▶ Ellenőrzési feladatai körében;
 - Figyelemmel kíséri az egészségi állapot felmérési és egészségfejlesztési tervekben foglalt ütemtervek megvalósítását;
 - Ellenőrzi és fogadja a szakdolgozók havi beszámolóinak elkészítését, szakmai és tartalmi megfelelőségét;
 - Havi beszámolási kötelezettségének eleget téve, jelentést készít, melyben összesíti az adott hónapban elvégzett Modellprogrammal kapcsolatos feladatokat;
 - Negyedéves beszámolójában személyre szólóan értékeli a praxisközösség szakembereinek

- (kivéve praxisközösségi koordinátort és a házi orvosi praxisok orvosait, ápolóit) és segéd-egészségőreinek munkáját. Az értékelést negyedévente írásban átadja az érintett szakembernek (teljesítményértékelés) és tevékenységüket jobbitó szándékkal értékeli;
- Évenként elkészíti a beosztott közalkalmazottak minősítését, ismerteti a dolgozóval és továbbítja a Projektiroda felé;
- Motiválja a lakosságot a szűrővizsgálatokon, valamint a védőoltásokon és az egészségnevelési programokon való részvételre és erre a tevékenységre ösztönzi munkatársait is;
- Tájékoztatja a lakosságot a programról, személyre szabott meghívólevelekkel mobilizálja a lakosságot a védőnők és a segéd-egészségőrök segítségével;
- Köteles részt venni a népegészségügyi koordinátorok számára rendezett képzéseken [6].

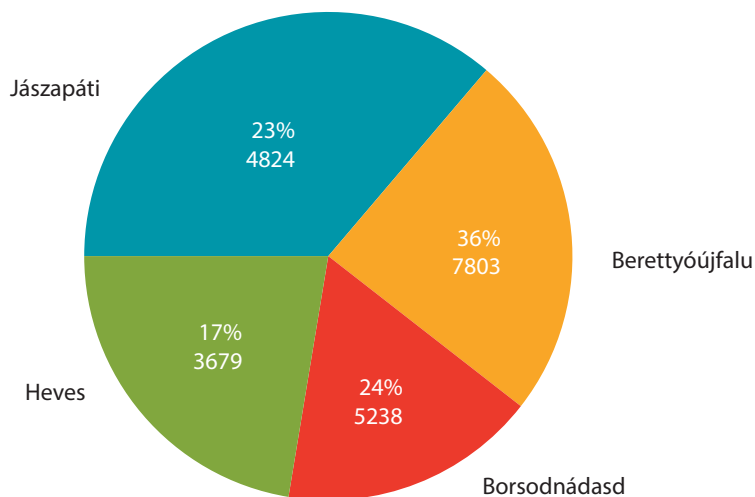
Az eljárásrendben foglalt feladatain túl, a népegészségügyi koordinátor helyettesíti szükség esetén a szűrési teamből hiányzó szakdolgozókat, hogy a szűrési tervben foglalt egészségi állapotfelmérések maradéktalanul teljesüljenek. A különböző egészségfejlesztési programok szervezésén túl, prevenciós foglalkozásokat, illetve órákat tart a különböző oktatási intézményekben, illetve önálló klubokat vezet.

A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KOORDINÁTOROK MUNKÁJÁHOZ KAPCSOLÓDÓ MONITORING INDIKÁTOROK

Összességében megállapítható, hogy a népegészségügyi koordinátorok tényleges munkaideje messze meghaladja a kötelezően előírt napi 8 órát. Ehhez adódnak még a hétvégeken megvalósított színtérprogramok, melyeken legtöbbször a helyi települési önkormányzatok felkérésének eleget téve vesznek részt kollégáikkal együtt (I. táblázat).

I. táblázat
Népegészségügyi koordinátorok tevékenységének bemutatása

Elvégzett tevékenység megnevezése	Tevékenység végzésének gyakorisága	Ráfördített idő (percben)
Napi feladatok egyeztetése, változások kezelése, aktualitások, helyettesítések	naponta	120
EÁF-ben helyettesítés	hetente	300
Szakdolgozói megbeszélések	hetente	90
Heti EÁF jelentések	hetente	120
Egyeztetések a háziorvossal az EÁF-ek kapcsán	hetente	360
Ad hoc jelentések, statisztika készítése a projektirodának, egyéb adatszolgáltatás	hetente	240
Munkaügyi jelentések, munkáltatói egyéb feladatok	havonta	480
Szakmai beszámolók, havi jelentések (27 fő)	havonta	1440
Havi munkaterv elkészítése	havonta	480
Szintérprogramok szervezése havi bontásban	havonta	2400
Stakeholderek felkeresése, programok egyeztetése	havonta	180
SE monitoring, ad hoc ellenőrzések az EÁF behívásokhoz	havonta	540
Szakdolgozói tevékenységek monitoringja ad hoc jelleggel	havonta	480
Koordinátori értekezlet	havonta	480
Előrehaladási jelentések készítése EÁF	negyedévente	960
Népegészségügyi országos kampányokban való részvétel koordinálása, szervezése	negyedévente	1920
Szakkollégiumi megbeszélések, szupervízió	negyedévente	480
Prevenációs szakemberek értekezlete (védőnők is)	negyedévente	120
Teljesítmény értékelések (17 fő)	félévente	1020
Közalkalmazotti minősítések elkészítése	évente	1020
Éves beszámoló elkészítése	évente	2400
Éves munkaterv elkészítése	évente	2400
Éves szűrési terv elkészítése	évente	2400
Települési egészség tervek készítése (1 település)	évente	2400
Iskolai ped. program egészségnevelési stratégia aktualizálása	évente	4800



Forrás: SH8/1 Final Report

1. ábra
Egészségi állapot felmérések százalékos megoszlása, az elvégzett EÁF-ek száma

EREDMÉNYEK

Egészségi állapotfelmérés

A Modellprogram ideje alatt a négy praxisközösségben összesen 21 544 kliens egészségi állapotfelmérését végezték el, mely 80%-os átszűrtséget jelent. Ez az eredmény kimagaslónak tekinthető (1. ábra).

Egészségfejlesztési programok

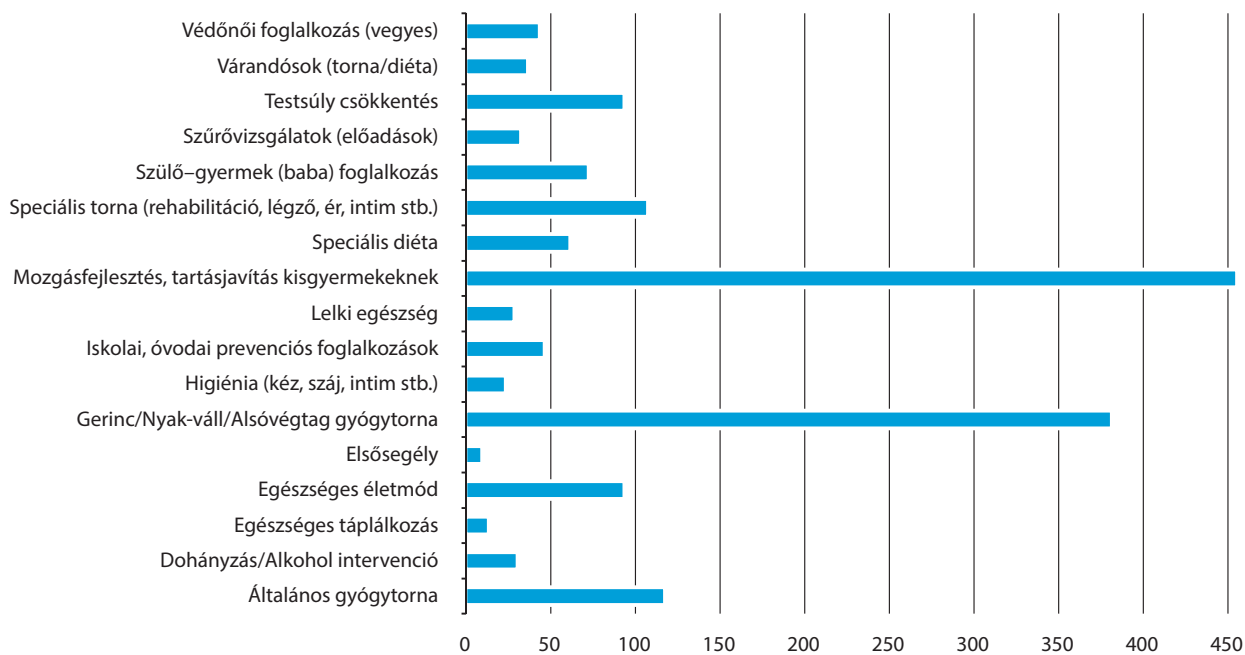
A közösségi szintereken végzett egészségfejlesztés célja, hogy fejlessze az intervenció terület lakosságának az egészségmagatartását, ezáltal járuljon hozzá a lakosság egészségi állapotának a javulásához. Tapasztalatok alapján egészségügyi ellátásban és közösségi szintereken nyújtott, különféle intenzitású, egyéni és csoportos intervenciók is hatékonyak lehetnek nemcsak az egészségfejlesztésben, hanem az egészségműveltség tartós javításában is. A beavatkozásokat azonban igazítani kell a helyszínhez és célcsoporthoz, valamint a középpontba állított kockázati tényezőhöz is (2–3. ábra).

2014. szeptember és 2016. március között 4562 csoportos foglalkozás megtartására került sor a 4 praxisközösségben a népegészségügyi koordinátorok szervezésében, mellyel 114 684 főt sikerült elérni. Ebből a népegészségügyi koordinátorok által tartott csoportfoglalkozások száma 364 volt, melyen 25 501 elérést teljesítettek kötelezően ellátandó feladataikon túl.

A fenti eredmények alapján, a Modellprogram Megvalósíthatósági tanulmánya szerinti logikai keretmátrix eredményindikátorait a népegészségügyi koordinátorok és a szakdolgozók maradéktalanul teljesítették, sőt, azt is megállapíthatjuk, hogy az alapvállalásokat túlteljesítették. Eredményindikátorok: egészségi állapot szűrés a lakosság 80%-a esetén; a szakdolgozó-kliens találkozás minimum 20%-os növelése az érintett lakosság körében; a Program ismertsége minimum 50%-os, annak pozitív értékelése minimum 25%-os legyen; javuljon az egészségismeret, morbiditási mutatók a lakosság körében.[7]

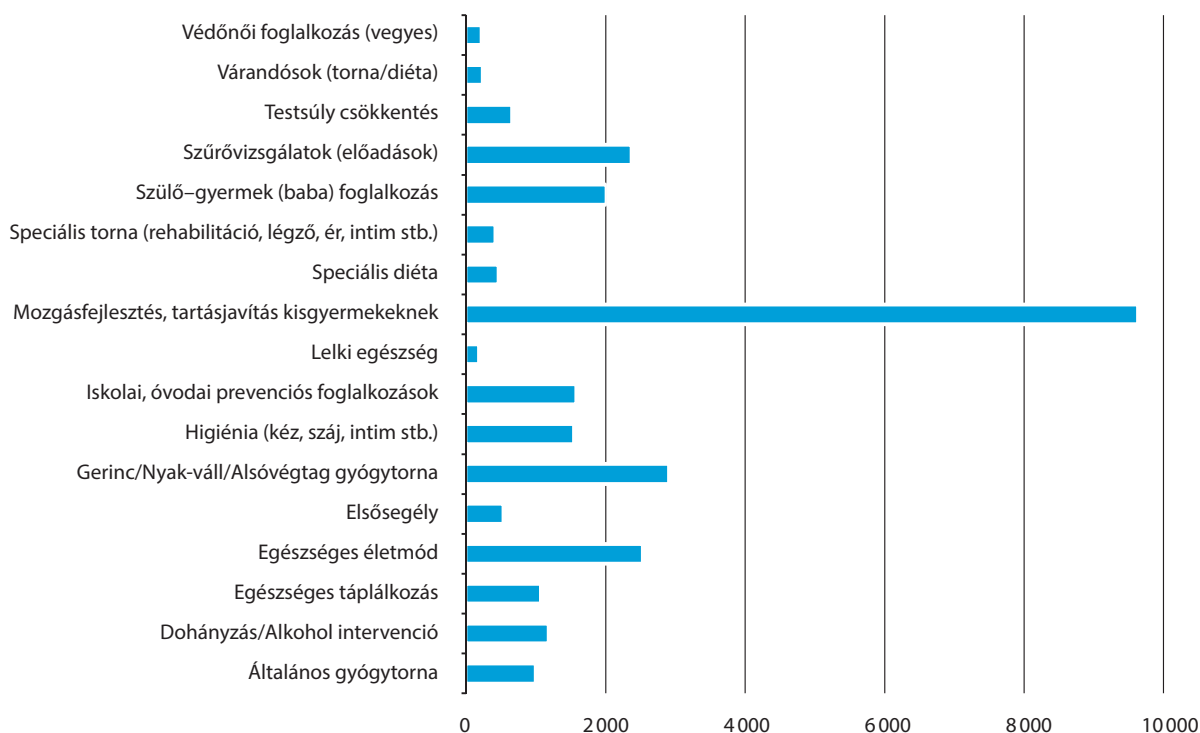
KÖVETKEZTETÉS

A kapott eredmények egyértelműen alátámasztják a népegészségügyi koordinátorok jelentőségét a Modellprogram eredményeinek elérésében, valamint azt, hogy alkalmazásuk nélkülözhetetlen a megújuló alapellátási rendszerben. Munkájuk összetett, mely felöleli a népegészségügyi szakértői tevékenységeken túl, az egészségügyi menedzsment feladatait is, képzettségük alkalmassá teszi őket az alapellátásban magas színvonalú, nem orvosi feladatok ellátására, különböző népegészségügyi szolgáltatások nyújtására.



Forrás: SH8/1 Final Report

2. ábra
Csoportos foglalkozások száma (db.) az egyes foglalkozás kategóriákban
 – összes foglalkozás (2015. okt.–2016. márc.)



Forrás: SH8/1 Final Report

3. ábra
Csoportos foglalkozásokon résztvevők száma (fő) az egyes foglalkozás kategóriákban
 – összes foglalkozás (2015. okt.–2016. márc.)

Köszönetnyilvánítás

Köszönöm valamennyi népegészségügyi koordinátor kollégám munkáját a Modellprogramban: Borsodnádasi Praxisközösség – Szabó Edit népegészségügyi koordinátor, Heves Praxisközösség – Tóth Adrienn népegészségügyi koordinátor, Jászapáti Praxisközösség – Elek Ágnes népegészségügyi koordinátor, akik időt és fáradságot nem ismervé, teljes odaadással, hittel és lelkiismerettel végezték munkájukat.

IRODALOM

1. Orosz, É.: A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése. In: Bodrogi J. (szerk.): A magyar egészségügy. Semmelweis Kiadó, Budapest, 30-31, 2010
2. GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság, Rendszerelemzési Főosztály: Az alapellátás jellemzői Európában. Budapest, 2014. szeptember
3. Bíró, K.: A magyar egészségügyi ellátórendszer működtetésének kihívásai. Doktori értekezés. Debreceni Egyetem Közgazdaságtudományi Doktori Iskola, Debrecen, 2011
4. 237/2008. (IX. 26.) Korm. rendelet a Svájci-Magyar Együttműködési Program végrehajtási rendjéről. Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye
5. Ádány, R., Papp, M. (szerk): Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2017
6. Ádány, R. (szerk): Működési Kézikönyv a praxisközösségek népegészségügyi szolgáltatásaihoz (5. verzió). Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, 2013. május 31.
7. SH8/1 Program Megvalósíthatósági Tanulmány (1. sz. melléklet): Eredményindikátorok.

VERES-BALAJTI ILONA¹
MOLICS BÁLINT²

A praxisközösségi működés tapasztalatai a gyógytornász szemszögéből

Experience of GPs' cluster operations from the view of the physiotherapist

¹ Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar Fizioterápiás Tanszék – 4028 Debrecen, Kassai út 26. – Tel.: (52) 512 732
E-mail: balajti.ilona@sph.unideb.hu

² Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar Fizioterápiás és Sporttudományi Intézet – 7623 Pécs, Rét utca 4.

Összefoglalás: A gyógytornászok kompetenciái a szakellátásban végzett rehabilitációs feladatokon túl, kiterjednek az egészségfejlesztési szolgáltatásokra is, így munkájuk könnyen beilleszthető volt a modellprogramba. A praxisközösségekben a fizioterápiás tevékenységek szervezése és megvalósítása a prevenció különböző szintjeire fókuszált. A gyógytornászok által végzett ellátás kötelező szinten tartalmazott különböző életkorokra adaptált gerinc tréningeket, általános fizikai fejlesztést, mozgásszervi panaszok kezelését és testsúlycsökkentő tornaprogramokat. A fizioterápiás szolgáltatások hatékonyságát igazolta, hogy az állapotfelmérő fizikális vizsgálatok és életminőséget mérő kérdőívek adatai szignifikáns javulást mutattak, továbbá, hogy a programban résztvevők körében végzett kérdőíves felmérés is 90% feletti elégedettséget mutatott.

Kulcsszavak: gyógytornász, alapellátás, praxisközösség, modellprogram, egészségfejlesztés

Summary: The provision of health promoting services are included in the competences of physiotherapists in addition to rehabilitative tasks provided in specialized care. Therefore, physiotherapists integrated seamlessly into the Primary Care Development Model Programme. Physiotherapeutic services in the GP clusters were implemented at different levels of prevention, and in all clusters included programmes such as spinal training, improvement of motility and endurance, treatment of various problems of the musculoskeletal system, and exercise programs for weight loss. Efficiency of the physiotherapy services was supported by surveys on health status and quality of life as well as physical status examinations yielding significantly improved results. A patient satisfaction survey conducted among participants of physiotherapeutic interventions showed that over 90% of the clients were satisfied with these types of services.

Keywords: physiotherapist, primary care, GP cluster, model programme, health promotion

BEVEZETÉS

A gyógytornász, a képzése során megszerzett ismeretei, tudása, és kompetenciája alapján, a fizioterápia eszközeit alkalmazva vesz részt az *ápolás és betegellátás, a rehabilitáció és a prevenció* folyamatában [1]. Az érvényben lévő szabályozás alapján, a gyógytornászok által végzett fizioterápiás szolgáltatások a magyar egészségügyi szolgáltató rendszerben közismerten a szakellátási területre korlátozódnak. A betegek ellátása leginkább a kórházakban vagy a szakrendelésekhez kötött, járóbeteg ellátó központokban valósulhat meg. Ezen túl működik még, mint speciális szakellátási terület az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott házi bete-

gellátási gyógytorna szolgáltatás, amire Magyarországon 1996. november 1-től van lehetőség. Ennek a szolgáltatásnak a lényege, hogy a beteg otthonában, kezelőorvosa rendelésére végezhető a fizioterápiás ellátás [2]. Ezek a kezelések nem a szakellátó területén valósulnak meg, de nem is tartoznak az alapellátás irányítása alá.

A háziorvosi szolgálatok feladatai a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény szerint: *az egészséges lakosság részére nyújtott tanácsadás és szűrés, a beteg vizsgálata, gyógykezelése, orvosi rehabilitációja. A krónikus betegek gondozása, életvezetési tanácsadás, a beteg vagy gondozója által használt gyógykezeléshez szükséges diagnosztikus és ter-*

piás eszközök használatának betanítása. [3] Ez azt mutatja, hogy a betegségek korai felismerését célzó szolgáltatások jelenleg is az alapellátásban dolgozó egészségügyi szakdolgozók kiemelt feladatai közé tartoznak, így a családorvosi praxisokban/praxisközösségekben megjelenő gyógytornászok tevékenysége szervesen kapcsolódik az alapellátási törvényben előírt kötelezően nyújtandó szolgáltatásokhoz.

MÓDSZER

A praxisközösségi gyógytornászok munkájának kialakítása során, az első lényeges feladat volt meghatározni, hogy hogyan juthat el a beteg/kliens a praxisközösségben dolgozó új szakemberhez, a gyógytornászhoz. A jelenlegi tapasztalatok és a kialakult gyakorlat alapján a beteg-, illetve kliensazonosítás a gyógytornász számára a praxisközösségekben több módon is megvalósulhat:

1. Az egészségi állapot felmérés során kiszűrésre kerülhetnek azok a még egészséges kliensek, akik mozgásszegény életmódjukból adódóan veszélyeztetettek a – népegészségügyi szempontból kiemelt kockázatot jelentő – mozgásszervi és egyéb megbetegedések tekintetében. Az így fókuszba került egyének jelentős része – a projektnek köszönhetően – igénybe tudta venni az alapellátás keretében működő preventív jellegű gyógytorna szolgáltatásokat.
2. Azok a felnőttek, akiknél az alapállapot felmérés során gondozást igénylő betegségeket találtak, pl. anyagcsere vagy szív-érrendszeri problémákat, illetve ha rendelkeztek korábban detektált elsősorban mozgásszervi vagy más krónikus betegséggel és már folyamatos gondozás alatt álltak, ők a családorvossal és a szakorvossal történő egyeztetés után lakóhelyükön járhattak fizioterápiás kezelésekre, ahol a tornaprogram célja, a krónikus betegség szövődményeinek megelőzése.

I. táblázat
A praxisközösségi gyógytornászok kötelezően nyújtandó szolgáltatásai

Szolgáltatás	Célcsoport	Praxisközösségen belüli partnerek
Tartásjavító, fizikai állapotfejlesztő torna óvodásoknak	5–6 éves (nagycsoportos) óvodások	védőnő, gyermekorvos, családorvos
Az iskolaorvos által kiszűrt és a szakorvosi ellátásban részesült ortopédiai gerincproblémával (Hanyagtartás, Scoliosis, Schauermann betegség) rendelkező gyerekek számára gondozási feladatok	6–18 éves korú iskolások	védőnő, iskolaorvos, családorvos
Mozgásszegény (ülő) életmód káros következményeinek (nyak-váll; hátlumbális gerincpanaszok) kivédése. Rendszeresen végzett speciális csoportos gyógytorna program. Betanított otthon végzett önálló mozgásprogram, időszakos konzultáció a gyógytornásszal	18–65 éves felnőttek, akik az alapállapot szűrés mozgásszegény életmódúnak minősített	családorvos, ápolónő, népegészségügyi szakember, segéd-egészségőr
A praxisközösség területén, szervezett idős gondozásban (idősek otthona, nyugdíjas klub) részesülők számára csoportos mozgás programok szervezése	60–65 év feletti, nyugdíjasok	családorvos, ápolónő, népegészségügyi szakember, segéd-egészségőr
Túlsúlyosok és elhízottak testtömeg-kontrollja	túlsúlyos és elhízott gyerekek (és szüleik), túlsúlyos és elhízott felnőttek	dietetikus, egészségpszichológus, népegészségügyi szakember, segéd-egészségőr, családorvos

3. A népegészségügyi szakemberek és a praxisközösségi nővérek által, az iskolákban és az idősek körében szervezett egészségfejlesztési célú programokon további információt kaphattak a lakosok a gyógytornászok munkájáról és az új szolgáltatás igénybevételének a lehetőségéről.

A program pilot jellegéből adódóan a másik fontos feladat, maga a gyógytornászok által végzett tevékenységek pontos definiálása volt. Ehhez a végzendő szolgáltatásokat két nagy csoportba osztottuk: voltak kötelezően végzendő feladatok (I. táblázat) és voltak ajánlott szolgáltatások (II. táblázat) a praxisközösségi gyógytornászok számára. Az előírányzott szolgáltatások mellett, meghatározásra kerültek azok célcsoportjai is, valamint azok a szakemberek, akikkel a praxisközösségen belül a feladatok megvalósításához együttműködést kellett kialakítaniuk, csoportos foglalkozásokat megvalósítaniuk. A kötelezően alkalmazandó programok fókuszában – gyerekek és a felnőttek körében egyaránt – elsősorban a gerincet érintő problémák állnak. A 65 év fölötti, időskorú lakosság esetében kiemelten az általános funkcionális képességek fejlesztése volt előtérben, az életminőség javítása céljából. További fontos feladata még az alapellátásban dolgozó gyógytornászoknak a testsúlycsökkentő programokban való közreműködés, a mozgással kapcsolatos programelemek aktív megszerzése és megvalósítása. Így a kötelezően nyújtandó szol-

gáltatások teljes vertikumát alkalmazva – életkor szerint kategorizálható szolgáltatások formájában – elérésre kerül a teljes lakosság, a kisgyermektől kezdve az idősekig. Többek között ezért is kerültek bevonásra a tervezett programokba az óvodák, az iskolák és az időseket ellátó szociális intézmények is. Az ajánlott besorolásban található gyógytorna tevékenységek a települések társadalmi, gazdasági és szociális sajátosságait szem előtt tartva szerveződtek.

Minden típusú gyógytorna szolgáltatás alkalmazása esetén kiemelt szempont volt, a kliensek minél szélesebb körű elérése, a programokba való bevonása, és hogy a résztvevők minél könnyebben hozzáférhessenek az új típusú szolgáltatáshoz. Ezeknek a céloknak a teljesülése érdekében a foglalkozások megvalósítása az esetek többségében csoportos formában történt, elsősorban az adott településen kialakított, gyógytorna szolgáltatásra alkalmas helyiségekben illetve a korábban megnevezett intézmények tornatermeiben vagy más közösségi programok megvalósítására alkalmas helyiségekben.

A gyógytorna programok hatékonyságának és eredményességének mérése önkitöltős kérdőívek segítségével és a fizikai állapot mérésére szolgáló, állapotfelmérő tesztek alkalmazásával történt. A változások detektálása céljából, a vizsgálatba bekerülő személyek állapotfelmérése, a releváns tesztekkel illetve kérdőívekkel

II. táblázat

A praxisközösségi gyógytornászok ajánlottan nyújtandó szolgáltatásai

Szolgáltatás	Célcsoport	Praxisközösségen belüli partnerek
Kismamatorna, (kismamák fizikai felkészítése a terhességre és szülésre)	kismama (második, és harmadik trimeszterben járó kismamák)	Baba-mama klub védőnő, dietetikus, egészségpszichológus, segéd-egészségőr
Gerinctorna beépítése a mindennapi testnevelésbe	általános és középiskolások	védőnő, iskolaorvos, testnevelő, gyógy-testnevelő
Gátizom torna megtanítása a serdülőkorú lányoknak. Az iskolai egészségnevelés/ egészségfejlesztés keretében (pl. osztályfőnöki órán) felhívni a lányok figyelmét a gátizom szerepére és elsajátíttatni az egyénileg végezhető gátizom tornát.	általános iskola felső tagozat, középiskola	népegészségügyi szakember, segéd-egészségőr, egészségpszichológus,
Gátizom torna megtanítása azoknak, akiknek vizelettartási problémáik vannak a szülést követően, vagy a menopauza időszakában	felnőtt nők, idősek családorvos javaslatára	családorvos, ápolónő, egészségpszichológus, dietetikus
Egyéni tanácsadás, mozgásprogram tanítása	családorvos javaslatára, pontos diagnózissal ellátva, igény szerint	családorvos, ápolónő, segéd-egészségőr, egészségpszichológus, dietetikus

a program kezdetén megtörtént. Ezt követte – általában nyolc héten át – a releváns gyógytorna szolgáltatás igénybevétele, az érintettek számától és állapotától függően egyéni vagy csoportos formában, heti 2–3 alkalommal, alkalmanként 45–60 perces időtartamban. A program befejezését követően a korábbi állapotfelmérésnél alkalmazott vizsgálati módszerekkel újra megtörtént az adatok felvétele és az eredmények dokumentálása.

EREDMÉNYEK

A praxisközösségi adatrögzítések alapján, gyógytornászok munkájának foglalkozás forgalmi adatai a következőképpen alakultak: 2014 szeptembere és 2016 márciusa között összesen 4791 gyógytorna foglalkozás valósult meg a négy praxisközösségben, melyből 3282 foglalkozás történt csoportos formában, a többi egyéni kezelés volt. A csoportos programokon elért kliensek/betegek száma 42 388 fő volt, az egyéni programokkal együtt, összesen 43 897 fő vette igénybe az alapellátás új szolgáltatását.

A fent leírt csoportos programokon kívül igen népszerűek voltak még a néhány fős kiscsoportban vagy egyéni formában lebonyolított érszűkület megelőző torna, a légző torna, az osteoporosis és reumás ízületi gyulladás tornája, a rehabilitációs gyógytorna és a vénás torna.

A klienselégedettség mérésére alkalmazott kérdőívek alapján megállapítható, hogy a válaszadók minden vonatkozásban igen nagy elégedettséget mutattak. Kiemelkedő, 97% fölötti volt a teljes elégedettséget jelzők aránya a programok megközelíthetősége és a kérdéseikre kapott válaszok tekintetében. A foglalkozások légköre és a kezdések pontossága kapcsán az érintettek 95%-a jelzett maradéktalan elégedettséget. Az új ismeretek szerzése és a tanultak mindennapi használhatósága szempontjából a megkérdezetteknek 90%-a találta nagyon hasznosnak az új szolgáltatást, sőt saját bevallásuk szerint az egészségi állapotuk javulása szempontjából is nagyon hasznosnak ítélték meg a számukra szervezett gyógytorna programokat. A foglalkozások további folytatását nagymértékben igényli a válaszadók több mint 95%-a.

A résztvevők véleményét a saját egészségi állapotukról, illetve annak változását a gyógytorna programok hatására, életminőség mérő kérdőívek segítségével vizsgáltuk. Az SF-36 kérdőív az általános életminőség nyolc dimenziójára (testi/fizikai teljesítőképesség, csökkent

fizikai teljesítőképesség által okozott szerepcsökkenés, fájdalom, általános egészségpercepció, energia/fáradtság /vitalitás, társadalmi szerep, érzelmi problémák által okozott szerepcsökkenés, érzelmi állapot/mentális egészség) vonatkozóan összesen 36 kérdést tartalmaz [4]. A 139 értékelhető kérdőív eredményei alapján megállapítható, hogy mind a nyolc dimenzióban erősen szignifikáns ($p < 0,001$) volt a javulás.

Az állapotfelmérés során fontos mérő eszköz volt a Magyar Gerincgyógyászati Társaság által kifejlesztett 12 tesztből álló gyakorlatsor [5], mind az óvodások, mind az iskolások, mind pedig a felnőttek körében végzett tartáskorrekciós programok és gerinctréningek hatékonyságának a vizsgálatánál. A felmérések eredményei, kivétel nélkül minden korcsoportnál erősen szignifikáns ($p < 0,001$) javulást mutattak. A 65 év feletti fizikai képességének változását a „Time up and go” (TUG) teszt [6] segítségével vizsgáltuk. Az intervenció programot követően elvégzett mérés eredményei szintén erősen szignifikáns ($p < 0,001$) javulást mutatattak a résztvevők körében.

Vizsgálatok igazolták, hogy a mozgásszegény, ülő életmód egyik leggyakoribb következménye a hát- és derékfájás, mely jelentős életminőség romlást okoz már fiatal korban is és a három-, vagy többnapos munkahelyi távolmaradások 49,9%-áért felelős, [7, 8] ezért kiemelt figyelmet fordítottunk a derékfájás miatt indikált tornafoglalkozások hatására bekövetkező életminőség-változás mérésére. Ehhez két, állapotfelmérés és a terápiás után-követés céljára kérdőívet használtunk. Az Oswestry Disability Index (ODI) a százalékban mért funkciócsökkenésről ad információt [9], a Roland-Morris Disability (RMD) kérdőív pedig specifikus állapotfelmérésre ad lehetőséget, azaz konkrétan a derékfájás okozta problémák változásának jellemzésére alkalmas [10]. Mindkét kérdőív válaszait elemezve, a kitöltők körében funkcionális javulás volt kimutatható a gyógytorna programok hatására. A változások mértéke ebben az esetben is szignifikánsnak bizonyult.

A praxisközösségi modellprogram hosszú távú megvalósíthatóságának egyik fontos feltétele, hogy az alkalmazott új szakemberek és az általuk megvalósított programok pénzügyi szempontból is működtethetők legyenek. Ennek ellenőrzésére vizsgáltuk meg, hogy ez a többlétszolgáltatás milyen anyagi ráfordításokat igényel illetve, a felmerülő költségeket, milyen forrásból lehetne fedezni. Magyarországon jelenleg a járóbeteg-szakellátás finanszírozása teljesítmény elv alapján történik tételes elszámolással, az Orvosi Eljárások Nem-

zetközi Osztályozási Rendszere (OENO) kódok és a német pontrendszer szerint. A fizioterápiás eljárások finanszírozási alapját az adja, hogy az egészségügyi intézmények minden betegnél dokumentálják az elvégzett eljárásokat, azokat továbbítják az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) felé, és ennek alapján a kezelések díjait az OEP megtéríti a szerződéses szolgáltatóknak [11]. Ez a finanszírozási szabályozás jelenleg csak a szakellátásra vonatkozik és az ott elvégzett egészségügyi szolgáltatás költségeinek megtérítésére szolgál. A korábban leírtak alapján könnyen belátható, hogy az alapellátásban nyújtott gyógytorna szolgáltatások pontosan ugyanolyan elveken alapulnak, mint a szakellátásban végzett tevékenységek. A Modell Programban alkalmazott gyógytornászok tevékenységeit az OENO kódrendszer alapján dokumentálva végeztünk egy kalkulációt, ami alapján megállapítható, hogy egy praxisközösségi gyógytornász által végzett kezelések havi díja, a német pontozás alapján, 800 000–1 500 000 Ft közé tehető. Megalapozottan állítható, hogy a gyógytornász szolgáltatásai alapján elérhető bevétel nemcsak a bér és járulékainak fedezésére lenne elegendő, de szakirányú fejlesztéseket is lehetővé tenne az egészségügyi szolgáltató részére.

MEGBESZÉLÉS

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram legfontosabb célkitűzése a magyar alapellátás megújításának előkészítése volt. Az erre célra javasolt praxisközösségi működés modellezését 24 háziorvosi praxis, négy praxisközösséget alkotva végezte el. A korábbi humán erőforrás új szakemberekkel egészült ki, többek között praxisközösségenként egy-egy gyógytornással. Az új szakembergárda, a hagyományos betegellátás mellett szélesebb körű és hatékonyabb prevenciós tevékenységeket tudott megvalósítani, így a hagyományos egészségügyi szolgáltatások kiegészültek helyi közösségi, egészségfejlesztő programokkal. A hatékony team munka fontos elvárás a gyógytornászokkal szemben, így ennek megfelelően egyik területen sem jelentett problémát a beilleszkedés számukra a praxisközösségekbe, és a gyógyító rehabilitációs tevékenység mellett nagyobb hangsúlyt kaptak a prevenció különböző szintjein megvalósítandó fizioterápiás programok. A Modellprogram kiemelt célkitűzése volt a hátrányos helyzetű lakosság minél szélesebb körű elérése is és az egészségfejlesztés hatékony megvalósítása körükben. Ehhez a cél-

kitűzéshez könnyen illeszthetőek voltak a gyógytornászok által megvalósított különböző mozgásprogramok, és fokozatosan egyre több területen és egyre több célcsoportban ismerték fel a gyógytorna foglalkozások hasznosságát. Az összeállított, kötelezően megvalósítandó programokon keresztül sikeresen jutott el a különböző korosztályokhoz a mozgás jótékony hatásának az ismerete és a tapasztalata is.

Az alapellátás új szolgáltatásának sikerét mutatja, hogy a résztvevők kiemelkedően magas arányban ítélték hasznosnak a gyógytorna programokat, és szükségesnek tartják a megkezdett foglalkozások folytatását. A preventív mozgásprogramok eredményességét és hatékonyságát igazolták azok az állapotfelmérések is, melyek eredményei kivétel nélkül szignifikáns javulást mutattak az életminőség, a fizikai állapot és a funkcionális képességek vonatkozásában egyaránt.

Kiemelkedően nagy sikere volt mind a gyerekek, mind pedig a felnőttek körében megszervezett gerincvédő mozgásprogramoknak. Az összes praxisközösségi gyógytorna szolgáltatás közül ez volt az, amit mindenhol nagyon magas részvételi számmal működtettek a gyógytornászok a Modellprogram beindulásától kezdve a teljes futamidő alatt. Szintén sikeresnek tartjuk, a 65 év feletti körében végzett egészségfejlesztési célú mozgásprogramokat, melyek a térségben már működő nyugdíjas klubok vagy szociális ellátást végző időszotthonok programjaiba jól beilleszthetőek voltak, és az érintettek is nagy lelkesedéssel végezték az újonnan megismert tornagyakorlatokat.

További fontos eredmény, különösen a program pilot jellegéből adódóan, hogy míg kezdetben nem minden közoktatási intézményben értették, hogy a testnevelő tanár mellett, mit szeretne vagy mit is tud egy gyógytornász tenni a gyerekek nevelése, fizikai fejlesztése területén, addig néhány hónap elteltével – többek között a népegészségügyi szakemberek segítségével – már egyre több óvodában és iskolában sikeresen működtek a lábboltozat erősítő és/vagy tartáskorrekciós tornaprogramok. Sok intézményben a pedagógusok is szívesen megtanulták az új irányelveket és maguk is alkalmazták a foglalkozásaikon, így biztosítva, hogy a térségben lakó minden gyermek megtanulhatta a mozgásszervrendszer védelme érdekében végzett prevenciós tornagyakorlatokat.

KÖVETKEZTETÉS/AJÁNLÁS

A fent leírtak alapján, teljes mértékben igazolódott, hogy a gyógytornászok, mint új szakemberek, könnyen beilleszkedtek az alapellátás rendszerébe, még abban az esetben is, amikor a körülmények nem voltak teljes mértékben ideálisak a tornaprogramok megvalósításához. Képesek voltak a team-munka összehangolt megvalósítására, és az alapellátásban dolgozó szakemberekkel könnyen össze tudták hangolni a tevékenységüket, sőt hatékonyabbá is tudták tenni az egészségfejlesztési célú térségi programokat.

Ki kell emelni, hogy ez az új szolgáltatás a hátrányos helyzetű térség lakossága számára hiánypótló, ezért mindent meg kell tenni azért, hogy minél szélesebb körben váljon hozzáférhetővé.

Összességében megállapítható, hogy kiemelten jó volt a fogadtatása ennek az egészségügyi szolgáltatásnak mind a lakosság mind pedig a praxisközösségi szakemberek részéről.

A Modellprogram további feladata még, az alapellátásban dolgozó gyógytornászok tevékenységének és kompetenciáinak minél pontosabb definiálása, hogy egyértelmű és behatárolható legyen ez az új szolgáltatás. Kezdetben több nehézséget jelentett, hogy a praxisközösségben dolgozó korábbi szakemberek, csak a szakellátásból ismert feladatokat várták a gyógytornásztól, és nem tudták pontosan behelyezni a gyógytornát a Modellprogram közösség-orientált szolgáltatásai közé. Ezzel a problémával jelenleg már egyre ritkábban találkozik a praxisközösségi gyógytornász.

Jelentősen hozzájárulhatna a Program sikeres kiterjesztéséhez, ha az egészségügyi szabályozás kiterjeszténé a házi orvosok jogosultságát a gyógytorna indikálására külön szakorvosi beutalás nélkül. Jelenleg ez komoly akadályozó tényezője a szolgáltatáshoz való hozzáférésnek.

Végül kiemelten fontosnak tartom ráirányítani a döntéshozók figyelmét arra, hogy a gyógytorna – mint az alapellátás egyik új szolgáltatása – amennyiben teljesítmény alapú finanszírozás szerint működhetne, önfenntartó tevékenységként lenne beilleszthető az alapellátás rendszerébe. Ez a lehetőség a modellprogram hosszú távú működtetésének és kiterjesztésének egyik lényeges feltételét biztosítaná.

Köszönetnyilvánítás

A kutatás a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósult meg.

A dolgozat a GINOP-2.3.2-15-2016-00005 kutatási pályázat támogatásával készült.

IRODALOM

1. Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Képzési és Kimeneti Követelmények <http://www.nefmi.gov.hu/kkk> Lekérve: 2017. március 10.
2. 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99600020. NM Lekérve: 2017. március 10
3. ESzCsM rendelet 60/2003. (X. 20.) http://www.who.int/medical_devices/survey_resources/medical_devices_by_facility_hungary.pdf Lekérve: 2017. március 10
4. Jenkinson, C., Layte, R., Wright, L., Coulter, A.: *Manual and interpretation guide for the UK SF-36*. Health Services Research Unit, Oxford, 1996
5. Gardi, Zs., Feszthammer, A., Darabosné Tim, I., Tóthné Steinhauz, V., Somhegyi, A., Varga, P. P.: *Primary prevention program of the Hungarian Spine Society--part I. Scientific background of the posture correction exercise scheme*. *Ideggyógyászati Szemle*, 58:105-12. 2005
6. Mathias, S., Nayak, U., Isaacs, B.: *Balance in elderly patients: the "get-up and go" test*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67:387, 1986
7. ILO.: *Occupational Injuries – Days lost, by economic activity: Hungary* LABOURSTA. Lekérve: 2017. március 10.
8. Bevan, S., Quadrello, T., McGee, R., Mahdon, M., Vavrovsky, A., Barham, L.: *Fit For Work? Munkaképes? a mozgásszervi megbetegedések és a magyar munkaerő piac*. *The Work Foundation* http://www.fitforworkeurope.eu/Website-Documents/ffw_hungary_hungarian.pdf Lekérve: 2017. március 10.
9. Fairbank, J., Couper, J., Davies, J., O'Brien, J.: *The Oswestry low back pain questionnaire*. *Physiotherapy*, 66:271-3. 1980
10. Roland, M., Fairbank, J.: *The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire*. *Spine*, 25:3115-24, 2000
11. Az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatás díjának elszámolása. http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/gyogyito_megteleozo_ellatas/tajekoztatok/egbiztalap_fin_szolg_dij_elszam.html Lekérve: 2017. Március 10.

HENTER IZABELLA¹
 FIGLER MÁRIA²
 MARÓTI PÉTER³
 BERÉNYI KÁROLY⁴

A praxisközösségi működés tapasztalatai a dietetikus szemszögéből

Nutritional services in the GP clusters

1 Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Gyermekegészségügyi Igazgatóság – 1096 Budapest, Nagyvárad tér 2. – Tel.: (30) 502 8602
 E-mail: izabella.henter@gmail.com

2 Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Táplálkozástudományi és Dietetikai Intézet

3 Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet, Műveleti Medicina Tanszék

4 Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet

Összefoglalás: Az Alapellátás-fejlesztés Modellprogram keretében a praxisközösségek mindegyikét további felsőfokú végzettséggel rendelkező egészségügyi szakemberek is segítik. A projekt zárásaként a dietetikai szolgáltatás/gondozás hatékonyságának mérésére kontroll bevonása mellett lakossági kérdőíves adatfelvétel történt, a diabéteszes, obes, hipertóniás és ischaemiás szívbetegség csoportjában. A dietetikai tanácsadás hatására mindegyik betegcsoportban szignifikáns javulás következett be a testtömeg-index, a háskörfogat, az étkezések gyakorisága, a folyadékfogyasztás, az energiabevitel, a zöldség-, gyümölcsfogyasztás, a zsíradékválasztás tekintetében. A táplálkozási ismeretek javultak az intervenció csoportban, bár már a kiinduláskor is jobbak voltak a kontrollénál. Az egészség attitűd, a helyes táplálkozás, a cukor-édesség fogyasztás az intervenció mellett pozitív irányba változott, míg az ideális testtömeggel kapcsolatban nem volt értékelhető eltérés egyik csoportban sem. Szignifikánsan javultak az SF-12 életminőség adatai azoknak, akik rendszeresen dietetikai tanácsadásban részesültek, valamint a diabétesz, az elhízott és az ISZB csoportban a vérlipidek HDL és koleszterinszint szignifikánsan javultak. Az étrendi napló rendszeres vezetése minden csoportban jelentősebb javulást eredményezett.

Kulcsszavak: 2-es típusú cukorbetegség, hipertónia, obesitas, iszkémiás szívbetegség, dietetikus, dietetikai gondozás, dietetikai tanácsadás, táplálkozási ismeretek

Summary: All GP clusters of the Primary Health Care Development Model Programme employed a range of health professionals, including dietitians. A questionnaire survey was carried out at the end of the Programme to measure effectiveness of nutritional and dietetic services and care among patients with chronic diseases such as diabetes, obesity, hypertension and ischaemic heart disease living in the intervention area and in a control area. Dietary counseling significantly improved body mass index, abdominal circumference, frequency of meals, energy and fluid intake, fruit and vegetable consumption and fat selection, respectively. Dietary knowledge also increased in the intervention group although that had already been better at baseline compared to the control group. Attitudes to health, proper nutrition, consumption of sugar and candy all changed in a positive direction, but there was no change in ideal body weight in either group. Significant improvement of quality of life measured by SF-12 was seen in those who regularly received dietary advice; and improvements in blood lipids such as HDL and cholesterol were measured among diabetic, obese and CHD patients. Groups who kept regular food diaries experienced greater improvements.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, hypertension, obesity, ischemic heart disease, dietitian, nutrition care process, dietary advice, nutritional knowledge

BEVEZETÉS

Dietetikai gondozással a háziiorvosi ellátás mellett, a praxisközösségek keretében az alapellátásban jelentős mértékben növelhető a terápia hatásossága. Az alap-

ellátásban megjelenő dietetikai szolgáltatás a háziiorvos időmenedzsmentjét könnyíti meg, integrálódva a prevenció minden szintjébe, segíti a beteg edukációt, javítja a páciens állapotát, amely hosszútávon költséghatékonyságot is eredményezhet. A krónikus nem fertő-

ző betegségek: elhízás, hipertónia, iszkémiás szívbetegség/ISZB, 2-es típusú cukorbetegség, atherogén diszlipidémia, mozgásszervi betegségek, bizonyos típusú onkológiai kórképek, gasztrointesztinális kórképek, melyek mind a várható élettartamot, mind az életminőséget előnytelenül befolyásolják, kiemelten kezelendők. Mindezek mellett szűrést és gondozást igényel a gyakori mennyiségi és minőségi malnutrició is, amely nemcsak a jelen, de a jövő generációk egészségét is befolyásolja. A szív és érrendszeri megbetegedések és az általuk okozott halálozás legfontosabb kockázati tényezői a magasvérnyomás-betegség, a cukorbetegség, a zsíranyagcsere-zavar, az elhízás, a dohányzás és az alkoholizmus, valamint az egészségtelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód [1]. Az egészséges táplálkozás és a diéta szerepe a prevenció minden szintjén jelentős. Az alapellátásban dolgozó dietetikusok az adekvát tanácsadással, a többszöri beteg-dietetikus találkozóval jelentősen hozzájárulhatnak számos betegség megelőzéséhez és terápiájuk eredményességéhez [2,3].

MÓDSZER

Mind a négy praxisközösségben a Svájci-Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram zárásaként lakossági kérdőíves adatfelvétel történt, négy betegségcsoportra fókuszálva. A kezdeti állapotot jelző V_0 és az intervenció valamint a kontroll csoportban történt változásokat leíró V_1 adatlapokon az egészséges táplálkozással kapcsolatos ismeretek, egészségmagatartás, életminőség (SF-12), laboratóriumi értékek és antropometriai paraméterek változását rögzítették kontrollcsoport bevonásával a helyi közösségekben 2015. októbertől 2016. ápriliséig. Az esettanulmányokon alapuló kvantitatív elemzéseket a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézete végezte. A 2-es típusú cukorbetegség/DM vizsgálatba bevont és V_0 és V_1 kérdőívvel rendelkező 187 fő 39,6%-a volt férfi. A teljes csoport átlagéletkora 60,13 év \pm 11,37 év (18–85 év). Átlagosan 10,4 éve diagnosztizálták a diabéteszt (SD:7,51 év; 0–31 év). A DM dietetikai adatlap 132 fő esetében került értékelhető módon kitöltésre. Esetükben a táplálkozási szokásokat és a dietetikai tanácsadás hatására történő változásokat páros Wilcoxon próbával jellemezték. A DM étrendi ismeretekre vonatkozó kérdőívből 158 értékelhető adatlap érkezett be: 108 valamely tanácsadásba bevont praxisból és 50 kérdőív a kontroll körzetekből. A kutatásba bevont, obes

beteg, melyek 32,5% volt férfi, értékelhetően visszaérkezett kérdőíveinek száma 212 volt. Átlagéletkoruk 54,7 év \pm 12,4 év (18–82 év). A vizsgált praxisok közül csak a Hevesi és a Borsodi praxisokban bevont személyek átlagéletkorában volt szignifikáns különbség a kontrollhoz viszonyítva (ANOVA, majd Bonferroni teszt, $p=0,018$). A nemi megoszlás a praxisok között nem mutatott szignifikáns különbséget ($p=0,111$; $\chi^2=7,514$; $df=4$). A visszaérkezett hipertónia kérdőívek alapján 156 tanácsadón résztvevő és 49 kontroll csoportba tartozó személy adatai kerültek kiértékelésre. Az intervenció csoportban a férfiak aránya 33,3%, a kontroll csoportban 53,1% ($p=0,013$; khi-négyzet próba). Az intervenció csoport betegeinek átlagéletkora 59,56 \pm 10,99 év (18–82 év), a kontroll csoportban 62,67 \pm 9,91 év (45–86 év), szignifikáns különbség nem igazolódott ($p=0,078$). Az ISZB csoportban összesen 115 kérdőív került feldolgozásra, melyből 25 a kontroll csoportból (ennek 56%-a férfi) és 90 az intervenció csoportból (ennek 33,3%-a férfi) érkezett. A nemi megoszlás eltérése szignifikánsan különböző ($p=0,039$; khi-négyzet próba). A tanácsadón részt vett személyek átlagéletkora 63,29 \pm 9,86 év (34–85 év). A kontrollcsoportban 66,24 \pm 7,90 év (51–85 év), szignifikáns különbség nem volt kimutatható ($p=0,113$). A szívbetegségük súlyosságára utaló NYHA stádiumbeosztásban sem volt szignifikáns különbség: ($p=0,686$). Mindkét csoportban megközelítőleg 52%-a NYHA II-es stádiumban volt a betegeknek, a többi páciens I-es és III-as stádiumú volt többségében hasonló arányban. Az élelmi anyag, élelmiszer fogyasztás gyakorisága a Kruskal-Wallis teszt alapján került elemzésre.

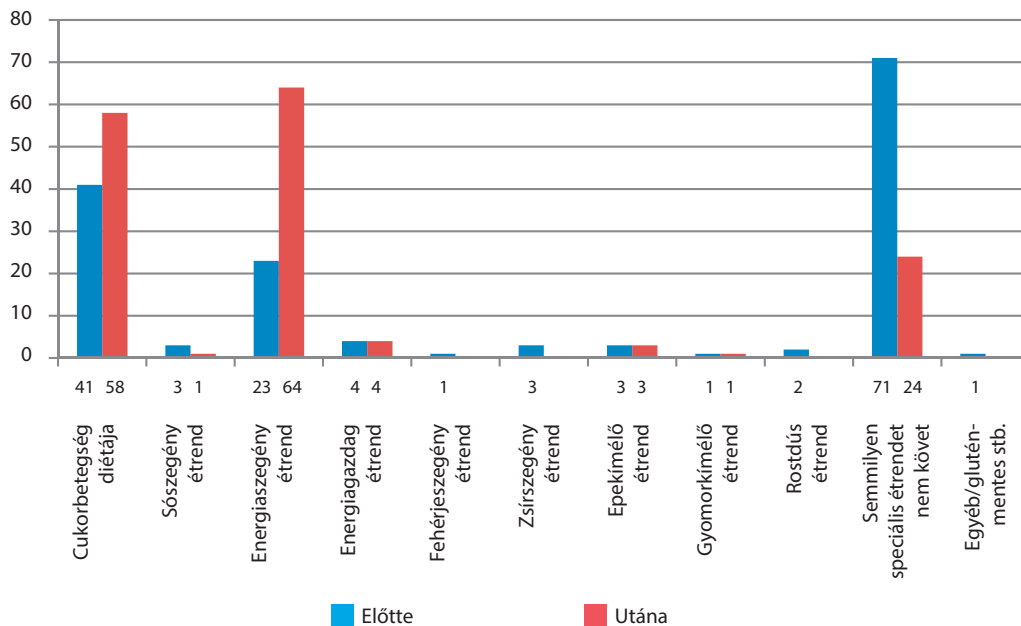
EREDMÉNYEK

2 típusú cukorbeteg csoportjának eredményei

A DM dietetikai tanácsadást követő adatfelvételre szignifikáns változás történt az intervenció csoportban: a BMI, a haskőfogát, az éhgyomri vércukorszint és a koleszterinszint esetében szignifikáns csökkenés, az étkezési gyakoriság, a fizikai aktivitás (10 fokozatú skálán mérve) és a folyadékfogyasztásban növekedés volt tapasztalható. (A kontrollcsoport esetében egyik felmért paraméter esetében sem volt szignifikáns változás.) Mind a zöldség, mind a gyümölcsfogyasztásuk szignifikánsan gyakoribbá vált. Legalább napi rendszerességgel 53,8%-uk fogyasztott zöldséget a tanács-

adás előtt, mely arány 74,2%-ra emelkedett; a gyümölcsfogyasztás esetében ugyanez az arány 56,1%-ról 74,2%-ra emelkedett. A főzéshez az olaj használata került előtérbe. Az alapvető DM étrendi ismeretek közül az ideális testtömeg fontossága, a kevesebb cukor/édesség fogyasztása és az egészséges étkezés betegségmegelőzési szerepéről alkotott vélemények a kontrollcsoportban szignifikánsan nem változtak (rendre: $p=0,635$; $p=0,854$; $0,408$). Az intervencióban részesültek az ideális testtömeg fontosságáról alkotott nézete továbbra sem változott ($p=0,564$), ugyanakkor a kevesebb édesség fogyasztása ($p=0,023$) és a későbbi betegségek megelőzése érdekében az egészséges étkezések jelentősége szignifikánsan fontosabbá vált ($p=0,008$). A további, táplálkozási ismereteket felmérő kérdésekből alkotott tudást jelző pontszám az intervenció hatására szignifikánsan javult ($p<0,001$; $t=-13,038$; $df=111$). A kontrollcsoportban hasonló változás nem volt megfigyelhető ($p=0,935$; $t=-0,083$; $df=40$). Az intervenció csoportban már a kezdeti pontszámok is szignifikánsan magasabbak voltak, mint a kontrollcsoportban ($p<0,001$), ami azt támasztja alá, hogy a kezdeti magasabb tudásszint esetén is szükséges és eredményes a dietetikai tanácsadás. Az obes csoportban az intervenció hatására a BMI, a haskőrfogat és a koleszterinszint egyaránt szignifikánsan csökkent. A folyadékfogyasztás és a fizikai aktivitás növekedése is szignifikáns volt, míg a kontroll-csoport esetében egyik paraméterben sem volt szignifikáns változás. Azt is szükséges megjegyezni, hogy bár volt kitű-

zött testtömeg cél, ezt az értéket a vizsgálat végére nem sikerült elérni. Ahol táplálkozási naplót vezettek, a haskőrfogat csökkenése szignifikánsan nagyobb volt, mint ahol nem ($p=0,004$; $t=2,920$; $df=147$). Ahol a rendszeres testtömeg-kontroll is megvalósult, szignifikánsan nagyobb mértékű volt a haskőrfogat-csökkenés ($p<0,001$; $t=3,942$; $df=146$); a folyadékfogyasztás- ($p=0,037$; $t=2,102$; $df=154$) és a fizikai aktivitás növekedése is ($p<0,001$; $t=4,626$; $df=158$). A haskőrfogat változása a csoportos dietetikai tanácsadás esetén volt eredményesebb ($p=0,003$; $t=-3,011$; $df=147$), míg más területen nem volt különbség a csoportos, és egyéni tanácsadás eredményessége között. A jobban együttműködő személyek esetében szignifikánsan nagyobb volt a BMI ($r=0,436$; $p<0,001$) és a haskőrfogat ($r=0,568$; $p<0,001$) csökkenése is. A folyadékfogyasztás növekedésében ($r=0,191$; $p=0,017$) és a fizikai aktivitás növekedésében ($r=0,226$; $p=0,004$) mindössze gyenge korreláció fedezhető fel. Az iskolai végzettség a compliance-szel csak gyenge összefüggést mutat ($r=0,270$; $p=0,001$), a fizikai paraméterek változásával pedig összefüggés nem igazolható. Az étkezések gyakorisága az intervenció hatására szignifikánsan emelkedett ($p<0,001$; $t=-8,920$; $df=161$), míg a kontroll csoportban nem változott ($p=0,236$; $t=1,254$; $df=11$). Az energiabevitel mértéke (mely 5 fokozatú sorrendi skálán került felvételre) az intervenció csoportban szignifikánsan csökkent ($p<0,001$) (a kontroll csoportról nem érkezett vissza értékelhető adat).



1. ábra
Az obes betegek által követett diéták az intervenció előtt és azt követően

Obes csoport eredményei

A 155 obes egyén esetében állt rendelkezésre értékelhető dietetikai kérdőív-pár (kontrollcsoport nem került elemzésre). Az intervenciót követően az arányok jelentősen megváltoztak: a DM 50%-al, az energiaszegény étrend közel háromszorosára növekedett, míg az ön diagnózison alapuló étrendek, vagy divatdiéták közel a felére csökkentek (1. ábra). A főzéshez használt zsiradékok, a zöldség és gyümölcsfogyasztás szignifikánsan pozitív irányba változott. A legalább napi rendszerességű zöldségfogyasztás a páciensek 55,9%-át jellemezte a tanácsadás előtt, mely 82,9%-ra emelkedett ($p < 0,001$); a gyümölcsfogyasztás a kezdeti 59,2%-ról 77,0%-ra emelkedett ($p < 0,001$). Az étrendi ismeretek kérdőív-párt 47-en töltötték ki a kontroll praxisokból és összesen 103-an az intervenció körzetekből. A kérdőív első három kérdésére adott válaszok alapján megállapítható, hogy az intervenció csoportban mindhárom vonatkozásban javult a helyzet: fontosabbá vált az ideális testsúly elérése ($p = 0,028$), a kevesebb cukor fogyasztása ($p = 0,001$) és az egészséges étkezés ($p < 0,001$). Megjegyzendő, hogy az ideális testtömeg fontosságát mind a kontroll mind az intervenció csoportokban hasonlóan értékelték ($p = 0,705$), addig a cukor és édes-ség fogyasztását ($p = 0,002$) és az egészséges táplálkozást is ($p = 0,005$) az intervenciót megelőzően is a terápiába vont praxisok értékelték fontosabbnak. Így a dietetikus segítségnyújtás még egy eleve jobb helyzetben lévő csoport véleményét is tudta pozitív irányba befolyásolni.

Hipertóniás betegcsoport eredményei

A hipertóniás betegektől visszaérkezett kérdőívek alapján 156 tanácsadón résztvevő és 49 kontroll csoportba tartozó személy adatai kerültek kiértékelésre. Az intervenció csoportban a férfiak aránya 33,3%, a kontroll csoportban 53,1% volt ($p = 0,013$; khi-négyzet próba). A dietetikai tanácsadón részt vevő páciensek BMI-je, haskörfogata, szisztolés vérnyomása és fizikai aktivitása szignifikánsan csökkent, folyadékfogyasztása és az étkezések gyakorisága pedig szignifikánsan emelkedett. A kontroll csoportba tartozók egyik paraméter esetében sem mutattak szignifikáns változást. Bár a BMI szignifikánsan csökkent, ugyanakkor a kitűzött cél-testtömegetől továbbra is szignifikánsan elmaradtak az értékek. A testtömeg kontrollon rendszeresen résztvevők között szignifikánsan nagyobb volt a haskörfogat

csökkenése ($p = 0,011$), a szisztolés vérnyomás csökkenése ($p = 0,001$), és a fizikai aktivitás növekedése ($p < 0,001$). A táplálkozási naplót vezetők körében a szisztolés vérnyomás csökkenése szignifikánsan nagyobb mértékű ($p = 0,018$) volt, továbbá az étkezések gyakorisága ($p = 0,010$) is. Más paraméterek változását a dietetikai tanácsadás nem befolyásolta. Az írásos betegtájékoztatót kapók körében szintén nagyobb mértékben csökkent a szisztolés vérnyomás, mint azoknál, akik nem kaptak. Az étkezési gyakoriság növekedése az egyéni tanácsadón résztvevők körében eredményesebb volt, mint a csoportos tanácsadón résztvevők körében. Az egyes paraméterekben bekövetkezett változás mértéke nem függött sem a betegek életkorától, sem az iskolai végzettségtől. Hipertónia 152 dietetikai adatlap értékelhető kérdőív-pár feldolgozása során a cukorbetegség diétát és az energiaszegény étrendet követők száma növekedett, azoknál, akik korábban semmilyen speciális étrendet nem követtek (I. táblázat). A főzéshez használt zsiradékok minősége és a zöldség- a gyümölcsfogyasztás ($p < 0,001$) szignifikánsan javult. A táplálkozással, egészséggel, életmóddal kapcsolatos ismeretek kapcsán mindkét csoportban szignifikáns javulás volt tapasztalható, az intervenció csoportban átlagosan közel 85%-os tudásszintet értek el, szemben a kontroll csoport alig 38%-os legjobb eredményével. A kontroll csoportban átlagosan $0,62 \pm 1,89$ ponttal javult az eredmény, míg az oktató személyek átlagosan $3,13 \pm 2,5$ ponttal teljesítettek sikeresebben ($p < 0,001$).

I. táblázat

Az intervenció hatása egyes élelmiszerek fogyasztási gyakoriságára hipertóniás betegek esetében

Élelmiszer	Változás	p
Baromfi	növekedés	0,349
Hal	növekedés	0,004
Sajt	csökkenés	0,318
Tej	növekedés	0,064
Tojás	csökkenés	0,001
Nyers gyümölcs	növekedés	<0,001
Nyers zöldség	növekedés	<0,001
Főzelékféle	növekedés	<0,001
Hüvelyesek	csökkenés	0,144
Olajos magvak	csökkenés	0,002
Barna kenyér	növekedés	<0,001

Az ISZB betegcsoport eredményei

Az ISZB dietetikai tanácsadáson részt vevő páciensek BMI-je és haskőrfogata is szignifikánsan csökkent, étkezéseik gyakorisága és folyadékfogyasztásuk szignifikánsan nőtt. A célként kitűzött testtömeget azonban nem sikerült elérniük. A kontrollcsoportban az koleszterinszint és a folyadékfogyasztás szignifikáns emelkedése mellett további paraméterekben szignifikáns változás nem történt. Sem a betegek életkora, sem az iskolai végzettségük nem volt hatással egyik vizsgált paraméter változására sem. Abban sem mutatkozott szignifikáns különbség, hogy a betegcsoport tagjai egyéni vagy csoportos terápián vettek részt, kaptak-e vagy sem írásos betegtájékoztatót, valamint, hogy vezettek-e vagy sem táplálkozási naplót. A 88 kiértékelésre alkalmas kérdőívpar hipertónia dietetikai adatlap szerint a cukorbetegség diétáját és az energiaszegény étrendet követők száma jelentősen emelkedett, míg a semmilyen diétát sem követők aránya csökkent. A főzéshez használt zsiradékok közül a zsír és szalonna használata csökkent jelentősen, míg az olajat használók aránya növekedett. A zöldségfogyasztást legalább napi egyszer étrendjükbe iktatók aránya a kezdeti 61,4%-ról 81,8%-ra nőtt ($p < 0,001$). A napi rendszerességgel gyümölcsöt fogyasztók aránya 58,0%-ról 77,3%-ra emelkedett ($p = 0,004$). A hipertónia étrendi ismeretek kérdőívpart értékelhetően a kontrollcsoportból 25 fő, az intervenció csoportból 84 fő töltötte ki. A dietetikai tanácsadás hatására az ideális testsúly eléréséről alkotott vélemény nem változott sem a kontrollcsoportban ($p = 0,454$), sem az intervenció csoportban ($p = 0,169$). A tanácsadásban nem részesültek között a kevesebb édesség/cukor fogyasztás szükségességével kapcsolatban adekvát véleményt alkotók aránya szignifikánsan romlott ($p = 0,048$), míg az intervenció csoportban szignifikáns emelkedés volt tapasztalható ($p = 0,002$). A gyakori étkezés fontosságával kapcsolatban a kontrollcsoportban változás nem történt ($p = 0,705$), míg az intervenció csoportban szignifikáns javulás volt megfigyelhető ($p = 0,021$). Mindhárom paraméter esetén az intervenció csoport tagjai már a dietetikai tanácsadás előtt is fontosabbnak gondolták ezeket a szempontokat, mint a kontrollcsoport tagjai. A tudásszintmérő kérdésekre adott helyes válaszok száma alapján a kontrollcsoportnál nincs szignifikáns változás ($p = 0,197$), míg az intervenció csoportnál a tudásszint emelkedése szignifikáns volt ($p < 0,001$).

MEGBESZÉLÉS

A dietetikai intervenció hatására mindegyik betegcsoportban szignifikáns javulás következett be a BMI, a haskőrfogat, az étkezések gyakorisága, a folyadékfogyasztás, az energiabevitel, a zöldség- és gyümölcsfogyasztás, a zsiradékválasztás (az olajfogyasztás került előtérbe) vonatkozásában. A dietetikus által vezetett és kontrollált betegek étrendi ismeretei is jelentősen javultak, bár az intervenció csoport ismeretei már kiinduláskor is jobbak voltak, mint a kontroll csoporté. Az attitűdöt mérve szignifikánsan fontosabbá vált az egészséges étkezés, a cukor és édesség fogyasztásának csökkentése, de az ideális testtömeggel kapcsolatos attitűd egyik csoportban sem javult. Szignifikánsan javult az SF-12 életminőség adatai alapján az összesített életminőség azoknál, akik rendszeresen részesültek dietetikai tanácsadásban. Minden csoportban jelentősebb javulás volt megfigyelhető azoknál a pácienseknél, akik rendszeresen vezettek étrendi naplót. A diabétesz, elhízott és az ISZB csoportban a koleszterinszint szignifikáns csökkenése volt kimutatható összehasonlítva a kontrollcsoporttal.

KÖVETKEZTETÉS

A praxisközösségi dietetikus feladata kiterjed egyéni, csoportos és közösségi szintekre is. A projekt keretében eddig elért eredmények is megerősítik a dietetikus szerepének fontosságát az alapellátásban.

Köszönetnyilvánítás

Az adatfelvételért, a dietetikai szakmai feladatok ellátásáért Bakos Juditot, Batóné Bodnár Anikót, Buj Józsefet, Horváth Lászlónét, Makranczy Bélánét, míg az adatok elemzéséhez nyújtott segítségért Prof. Dr. Kiss Istvánt illeti köszönet.

IRODALOM

1. Ádány, R. (szerk.): *Működési Kézikönyv a Praxisközösségek Népegészségügyi Szolgáltatásaihoz. Népegészségügy. 92:137-221, 2014*
2. Henter, I.: *Egészséges táplálkozást segítő programok, dietetikai tanácsadás az alapellátás szintjén. In: Ádány, R., Papp, M. (szerk.) Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 201-220, 2017*
3. *Dietitians in Primary Health Care. <https://www.dietitians.ca/Downloads/Public/Dietitians-in-Primary-Health-Care-bilingual.aspx>*

MARTOS TAMÁS¹
 SALLAY VIOLA¹
 PAPP-ZIPERNOVSZKY
 ORSOLYA¹
 RAFAEL BEATRIX^{1,2}
 PINTÉR JUDIT NÓRA¹
 CSABAI MÁRTA¹

A praxisközösségi működés tapasztalatai az egészségpszichológus szemszögéből

Experiences of health psychologists in relation to the functioning of GP clusters

¹ Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet – 6722 Szeged, Egyetem u. 2. – Tel.: (62) 544 509
 E-mail: tamas.martos@psy.u-szeged.hu

² Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Rehabilitációs és Fizikális Medicina Tanszék

Összefoglalás: A tanulmány bemutatja az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram egészségpszichológiai szolgáltatásainak eredményességvizsgálatát. Egészségpszichológiai szolgáltatásban részesült páciensek mintáján igazoltuk, hogy a beavatkozások után alacsonyabb depresszivitás és észlelt stressz, valamint fokozott jóllét érzés volt jellemző mind az egyéni mind a csoportos intervencióban részesült személyeknél (Cohen $d > 0,70$). A páciensekkel és a praxisközösségi teamekkel folytatott fókuszcsoportos interjúk kvalitatív elemzése azt mutatta, hogy a pozitív hatás fontos része a pszichoedukáció, a pszichológiai segítség elfogadhatóvá válása és a megtapasztalt egyéni és közösségi támogatás. A monitoring folyamat eredményei tehát igazolják, hogy az egészségpszichológiai szolgáltatások fontos szerepet tölthetnek be az alapellátásban és hozzájárulhatnak a népesség testi és lelki egészségének javításához.

Kulcsszavak: alapellátás, egészségpszichológia, mentálhigiénié

Summary: The study presents the monitoring of the efficacy of services provided by health psychologists in the Primary Care Development Model Programme. Lower scores of depression and perceived stress as well as an increased sense of well-being were measured after intervention in a sample of patients who participated in individual or group-based services compared to their status before (Cohen $d > 0,70$). Analysis of the focus group interviews conducted with patients and GP cluster members showed that important contributors of the positive results are psychoeducation, a greater acceptance of psychological support, and heightened individual and community support. The results of the monitoring process demonstrate the important role health psychological services play in primary health care hereby contributing to the improvement of the physical and mental health of the population.

Keywords: primary care, health psychology, mental hygiene

A szerzők ezúton nyilatkoznak arról, hogy a kapcsolódó kutatómunka a SH/8/1 regisztrációs számú Svájci Hozzájárulás keretében támogatott „Az egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával” című program keretében készült.

BEVEZETÉS

A magyar népesség testi és lelki egészségi helyzete sok szempontból problematikus [1, 2], miközben az egészségpolitikai, népegészségügyi vonatkozású prioritások az utóbbi 25 évben számos alkalommal változtak [3]. Az utóbbi években az alapellátás területén jelentkező

hiányok kiküszöbölésére, az egészséges életmód támogatására és a betegségek megelőzésére elindult egyik fontos népegészségügyi jelentőségű fejlesztés az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram [4]. Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram egyik fontos szolgáltatási területe az egészségpszichológusok foglalkoztatása révén valósul meg [5], melynek részei az egészségfejlesztési programok adaptálása, megvalósítása és értékelése; életmód tanácsadás és főként krónikus betegek esetében a pszichés rehabilitáció – elsősorban csoportos formában [6]. Jelen tanulmányban bemutatjuk az egészségpszichológusok tevékenységének monitorozása során szerzett tapasztalatainkat, és beszámolunk azokról az egészség-

pszichológiai szolgáltatásokkal kapcsolatos szükségletekről, melyeket a kutatás során feltártunk.

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram egy népegészségügyi fókuszú program, melynek célja, hogy hozzájáruljon a magyar lakosság egészségi állapotának javításához azáltal, hogy a kliensek számára nemcsak alapszintű betegellátást biztosít, hanem különös hangsúlyt fektet a prevencióra betegségmegelőzési programok, szűrések, tanácsadási és egészségfejlesztési szolgáltatások nyújtásával [5–7]. Az egészségpszichológusok feladatait a Praxisközösségek eljárásrendje (PKE) [6] az egyéni és csoportos terápiás órák tartásában, célzott életmód tanácsadásban, háziorvosi indikáció alapján a krónikus szolgáltatás keretében kezelési terv készítésében és végrehajtásában, valamint a lakossági tájékoztatás és egészségfejlesztési rendezvények lebonyolításában való közreműködésben határozza meg. Ez kötelezően magában foglalja a dohányzásról való leszokás és a testsúlycsökkentés támogatását, az alkoholfogyasztás mérséklését segítő és problémamegoldó csoportok működtetését. Ezen kívül az egészségpszichológusnak „kapuőr” funkciója van a pszichiátriai problémák azonosításában és a páciensek tovább irányításában.

A modellprogram egészségpszichológiai szolgáltatásainak monitoringját a Szegedi Tudományegyetem Személyiség-, Klinikai- és Egészségpszichológiai Tanszékén készítettük el a 2015 novembere és 2016 májusa közötti időszakban, a monitoring-folyamatot koordináló munkacsoporttal egyeztetett módszertannal. A rendelkezésre álló viszonylag rövid időtartamra a monitoring folyamat alapvető céljaként azt tűztük ki, hogy az egészségpszichológiai szolgáltatások kulcselemeinek hatékonyságát megvizsgáljuk. Azaz 1) megbecsüljük az ezen szolgáltatásokkal elérhető egészségnyereség mértékét és 2) megértjük a szolgáltatások alapvető hatásmechanizmusait. Ennek érdekében mind kvantitatív, mind kvalitatív adatgyűjtést végeztünk. Az alábbiakban beszámolunk a kutatás és az elemzések legfontosabb eredményeiről. A kutatás a válaszadók önkéntes részvételével és írásbeli beleegyezésével, az ETT TUKÉB által kiadott etikai engedély birtokában zajlott (ügyiratszám: 56143-/2015/EKU).

A KUTATÁS BEMUTATÁSA

A kérdőíves adatfelvétel

A programban dolgozó egészségpszichológusok segítségével egy utánkövetéses mintavételt és adatfelvételt valósítottunk meg. A kérdőíves adatfelvételhez azoknak a pácienseknek a köréből toboroztunk önkéntes résztvevőket, akik a jelzett időszakban (2015 november és 2016 májusa között) egyéni vagy csoportos formában egészségpszichológiai szolgáltatásban részesültek. A kutatásban való részvételre vállalkozó páciensek egészségpszichológiai szolgáltatásba való belépésekor (T1) felvett adatok szolgáltatták a referencia-értékeket, a szolgáltatás lezárásakor (T2) felmért jellemzők pedig a referencia értékekhez viszonyítva lehetőséget adtak a program során bekövetkezett egészségi állapot változás mértékének becslésére. A felméréshez alkalmazott kérdőív moduljai közül itt az alábbiakat elemezzük:

- Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI-S): az egyik leggyakrabban használt kilenc tételes kérdőív a depresszivitás testi, kognitív és érzelmi tüneteinek felmérésére [8],
- WHO Jólét Index: öt tételes kérdőív a pozitív érzelmi állapotok gyakoriságának felmérésére (WHO) [9],
- Észlelt Stressz Skála: négy tételes kérdőív a szubjektíven megélt stressz és a megküzdőképesség mértékének becslésére [10].

A kérdőíves adatfelvétel mintája és módszere

Az adatfelvétel 2015. november és 2016. május között zajlott. Az adatfelvételt a vizsgálati személyek két időpontban teljesítették: a számukra nyújtott egészségpszichológiai szolgáltatás kezdetén (T1) és annak lezárásakor, illetve az után közvetlenül (T2). A két adatfelvétel között eltelt idő átlagosan mintegy 120 nap volt. Az első alkalommal 156 páciens töltötte ki a kérdőívet, míg a második adatfelvételben közülük 137-en vettek részt (lemorzsolódási arány: 12,2%). A minta legfontosabb jellemzői a I. táblázatban láthatók. A viszonylag rövid felmérési időszak és a praxisközösségekben zajló sokirányú szakmai munka (ami az egyes alcsoportok esetében alacsony és heterogén elemszámot eredményezett) miatt arra nem volt módunk, hogy az egyes beavatkozási formák (pl. csoportos stressz-kezelési tanácsadás, testsúlycsökkentő program) hatékonyságát kü-

I. táblázat
Az egészségpszichológiai intervenciók hatékonyságának felmérésében vizsgált indikátorok változása a monitoring időszak alatt

Változó	T1		T2		T1-T2 összevetés		
	m	SD	m	SD	t	r	d
BDI-S	17,90	5,85	13,69	3,84	9,27***	0,462	0,82
Észlelt stressz	2,87	0,83	2,32	0,62	8,01***	0,425	0,73
WHO	6,63	3,22	8,96	2,63	-7,51***	0,239	0,79
Intenzív testmozgás, napok száma	3,12	2,63	3,69	2,37	-3,25**	0,667	0,23
Élettel való elégedettség	5,58	2,05	6,71	1,89	-6,75***	0,513	0,57
Társas támogatás	13,72	6,55	15,22	6,60	-3,83***	0,756	0,23

Megjegyzések:

BDI-S = Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; WHO = WHO Jólét Index; T1 = beavatkozás előtti adatfelvétel; T2 = beavatkozás előtti adatfelvétel; m = átlag; SD = szórás; t = t-próba teszt-statisztikája; r = Pearson-féle korrelációs együttható a T1 és T2 értékek között; d = a hatásméret Cohen-féle d-értéke (0,2 – 0,5 kicsi, 0,5 – 0,8 közepes, 0,8 felett nagy hatásméret) szabadságfok (df) = 136, valamennyi elemzésre; ** p < 0,01, *** p < 0,001; a BDI-S esetében a leíró statisztika az eredeti pontszámra, míg a teszt-statisztika a gyöktranszformált értékekre vonatkozik

lön-külön vizsgáljuk. A további elemzésekben ezért összesített jellemzők elemzésére fókuszálunk.

A kvalitatív adatfelvétel

A monitoring kérdőívvel végzett kvantitatív adatfelvételt kiegészítette egy kvalitatív adatfelvételi eljárás, melynek során fókuszcsoportos félig strukturált interjúkat vettünk fel minden egyes praxisközösségben külön a kliensek egy csoportjával, valamint a praxisközösségi teamekkel. A fókuszcsoportos interjúk adatfelvételi és elemzési eljárását a szakpolitika alakításában is használatos Grounded Theory [12, 13] és Framework Analysis [14] módszertanának ötvöztetésével alakítottuk ki. A mintavételi eljárás során a kutatási kérdéshez igazodó, célvezérelt mintavétellel dolgoztunk, az interjúk témacentrikus tartalomelemzésében pedig a folytonos összehasonlítás módszerét és az induktív kódolás logikáját alkalmaztuk.

A kvalitatív adatfelvétel mintái

A kutatás során az egészségpszichológusokkal és a népegészségügyi koordinátorokkal együttműködve minden praxisközösségben megszerveztük a praxisközösségi kollégák fókuszcsoportját, amelyben lehetőség szerint minden érintett szakma képviseltette magát (há-

zi orvos, ápoló, praxisközösségi nővér, egészségpszichológus, népegészségügyi koordinátor, gyógytornász, dietetikus, védőnő, segéd-egészségőr). Emellett az egészségpszichológusok segítségével minden praxisközösségben megszerveztük az egészségpszichológiai ellátásban részesültek fókuszcsoportjait is (2–8 fő csoportonként). Végül a praxisközösségeket ellátó, összesen öt egészségpszichológus részvételével szakmaspecifikus fókuszcsoportos kutatást végeztünk. Így a 9 fókuszcsoportos interjúon összesen 34 szakember (köztük négy orvos és öt egészségpszichológus) és 21 kliens vett részt. A fókuszcsoportokat az erre a célra összeállított interjú-vezérfonalak alapján az első két szerző vezette.

EREDMÉNYEK

Kérdőíves vizsgálat eredményeinek elemzése

A két adatfelvételi időpontban mért értékeket (ld. I. táblázat) összetartozó mintás t-próbával ellenőriztük, melyhez hatásméretet is számítottuk. Ennek alapján a depresszivitás (BDI-S), az észlelt stressz és az érzelmi jólét (WHO Jólét Index) mutatói esetében magas hatásméretet lehetett kimutatni (Cohen d=0,73–0,80, jelentős hatásméret). Amennyiben az elemzést azokkal a vizsgálati személyekkel végeztük csak el, akiknek a BDI-S

II. táblázat
Az egyéni és csoportos foglalkozásban részt vettek mentális egészségének változása az egészségpszichológiai intervenciók hatására

Változó	T1		T2		F T1-T2	F egyéni-csoport	éta négyzet
	m	SD	m	SD			
BDI-S – egyéni	19,46	5,10	14,52	4,19	87,4***		0,393
BDI-S – csoport	16,40	6,16	12,90	3,30		11,6**	0,079
Észlelt stressz – egyéni	3,11	0,74	2,52	0,61	64,1***		0,324
Észlelt stressz – csoport	2,65	0,86	2,14	0,57		17,4***	0,115
WHO – egyéni	5,94	3,01	8,51	2,93	56,4***		0,295
WHO – csoport	7,29	3,31	9,40	2,25		8,5**	0,059

Megjegyzések:

BDI-S = Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; WHO = WHO Jólét Index; T1 = beavatkozás előtti adatfelvétel; T2 = beavatkozás előtti adatfelvétel; m = átlag; SD = szórás; F = F-próba teszt-statisztikája szabadságfok (df) = 135 valamennyi elemzésre; ** p < 0,01, *** p < 0,001; a BDI-S esetében a leíró statisztika az eredeti pontszámra, míg a teszt-statisztika a gyöktranszformált értékekre vonatkozik

pontszáma valamelyest emelkedett volt (legalább 4 többet pontot kaptak a teljes tünetmentességhez képest, N=99), a hatásméreték még jelentősebbek voltak: Cohen d=1,39; 1,13 és 1,24 a változók említett sorrendjében.

A fenti összefüggéseket megvizsgáltuk a minta egyes alcsoportjaiban is. Mivel az egyes beavatkozási formák szerinti alacsony elemszám részletesebb csoportbontást nem tett lehetővé, csak az egyéni és csoportos foglalkozásokon részt vettek változási adatait elemeztük. A depresszivitás, az észlelt stressz és a WHO Jólét Index pontszámaival ismételt mérések (repeated measures) modell szerinti GLM-et (general linear model) futtattunk (ld. II. táblázat). Az eredmények azt mutatják, hogy mind az egyéni, mind a csoportos intervenciók hatásosan csökkentették a résztvevők depresszivitását illetve az észlelt stressz mértékét, és mindkét beavatkozási mód hatására növekedett a jólét-érzés szintje. A hatásméretet kifejező éta négyzet érték közelítőleg 0,3 és 0,4 közé esett a három változó esetében, ami nagy hatásméretnek felel meg. A csoportok közötti különbség továbbá arra utal, hogy az egyéni foglalkozásokat eleve azok vették nagyobb valószínűséggel igénybe, akik rosszabb lelki egészségi állapottal voltak jellemezhetőek (magasabb volt a BDI-S pontszámuk és alacsonyabb a jólét-érzés szintje). Mivel a főhatások (adat-

felvételi időpont és egyéni vs. csoportos beavatkozási forma) interakciói egyik esetben sem voltak szignifikánsak, a praxisközösségekben nyújtott egyéni és a csoportos beavatkozási formák az adatok alapján egyforma mértékben tekinthetők hatásosnak.

A kvalitatív vizsgálat eredményeinek elemzése

A kérdőíves, kvantitatív elemzések eredményei arra utalnak, hogy az egészségpszichológiai szolgáltatásokban résztvevők jelentős mértékű egészségnyereséget tapasztalhattak meg a szolgáltatások következtében. A kvalitatív kutatások célja részben annak feltárása volt, hogy milyen módon, milyen hatásmechanizmusok révén valósult ez meg. Az elemzés kérdéskörei az egészségpszichológiai tevékenység hatásai és fejleszthetősége voltak, melyekből jelen tanulmányban a kvantitatív elemzés kiegészítéseként az elsőt mutatjuk be. Az alábbiakban felsoroljuk azokat a tartalmi kódokat (kiemelt témákat) is, melyek az egyes kérdésekkel kapcsolatban megjelentek, illetve közlünk néhány, a témákra jellemző interjúrészletet is.

A kvalitatív adatok megerősítették, hogy a vizsgált praxisközösségekben igen pozitív, erőforrás-mobilizáló mentálhigiénés egészségfolyamatok indultak meg

egyéni és közösségi szinteken is. Mind a négy praxisközösségben tapasztalható volt az idős, illetve krónikus betegséggel élő kliensek körében az izoláció csökkenése, a társas támogatás megtapasztalása, az önbizalom és az aktivitás növekedése, valamint a pszichoedukációnak köszönhetően a látókör tágulása. Hangsúlyos eredmény a pszichológiai segítség ismeretének és elfogadásának normává tétele azokban a közösségekben, ahol ezt korábban szégyen és elutasítás övezte. A vizsgált településeken visszatérő mentálhigiénés probléma az eddig ellátatlan, feldolgozatlan veszteség- és gyászfolyamatok életminőséget és egészséget romboló hatása, amely jelentősen csökkenthető az egészségpszichológiai intervenciók által. A praxisközösségekben olyan rászoruló személyek jutottak pszichológiai ellátáshoz, akiknek korábban ez elérhetetlen volt akár földrajzi, akár egzisztenciális okokból, akár az ismeretek hiányában – különösen a testi betegséggel élők (pl. műtött betegek), illetve a szorongásos zavarokkal küzdők (akiknek problémájáról a szégyenérzet okán sokszor a családjuk sem tudott).

„... hát akkor még műtve voltam frissen, meg minden, meg más dolgok... És akkor a doktor úr látta a zárójelentésemben, és ő szólt a pszichológusnak és itt gyakorlatilag nekem folytatódott a rehabilitációm, ezzel a programmal. ... itt viszont megtaláltam a teljes gyógyulást, először voltam a pszichológusnál hat kezelésen, utána még hatot kértünk.” [kliens]

A praxisközösségi szakemberek (egészségpszichológus és a vele együttműködő dietetikus, illetve gyógytornász) összefogásával vezetett csoportokban a résztvevők a testi egészség javítása (pl. fogyás) mellett a pszichológiai támogatás révén egyéni megküzdési kapacitásaik fejlesztéséhez és közösségi élményhez jutottak, ami megtartó erővel bírt számukra. Az interjúk arra is tartalmaztak adatokat, hogy az egészségpszichológusok háziorvosokkal való együttműködése elősegítette a compliance fokozását is.

„... ez gondolom fontos lenne mindnyájunk szempontjából, hogy továbbadjuk és elmondjuk, hogy igen, ez jó, nem csak azért mert happy van és jól érezzük magunkat, hanem mert tovább visz bennünket az életben, az élethez való viszonyulásunkban.” [kliens]

Az egészségpszichológiai szolgáltatások fejlesztésére vonatkozóan minden praxisközösségben megjelent az aggodalom a bevált pszichológiai szolgáltatások esetleges elvesztése miatt (a projekt lezárása esetén). A pszichológus tevékenységének hatása ott tudott leginkább kibontakozni, ahol a pszichológus személyében is állandó és tartósan elérhető volt.

„És annyira jó, hogy már szinte félek, hogy véget ér az egész program, és nem lesz folytatása, és akkor már rettegek hogy hova fogunk menni, vagy mi lesz” [kliens]

Erős igények merültek fel a helyben elérhető gyermekpszichológusi, klinikai szakpszichológusi, illetve családterápiás szolgáltatásokra is. A rászoruló, de ellátatlan személyek jelenléte az egészségpszichológusokat a tevékenységi körük szélesítésére készítette, ugyanis ezeket a személyeket – lehetőségeik figyelembe vételével – nem volt hova tovább küldeni. Az egészségpszichológiai szolgáltatások egyre szélesebb körű megismertetése és elfogadtatása céljából minden érintett településen átfogó szemléletformálásra van szükség, ami érinti a kliens-utak, a küldés módjainak egyénre szabott formáit is. Ebből a célból a programban résztvevő egészségpszichológusok még intenzívebb együttműködést javasolnak a praxisközösségi háziorvosokkal. Felmerült az igény az eljárásrendben meghatározott egészségpszichológiai tevékenységformák rugalmas alakítására az egyes települések adottságainak, értékrendjének megfelelően (akár az ajánlott tevékenységek bővítésével, valamint a kötelező tevékenységek körének szűkítésével).

„És ha több ember ezt pozitívan látná, hogy ez (a családterápia) most az ő életükben is jó volt, vagy ennek a négy embernek az életében, vagy másokéba, akkor lehet, hogy többen kapcsolódnának, ha lenne tovább ez a program akkor akkor mások is jelentkeznek, mert azt mondja, hogy hát figyelj, neki is jó volt, mert elmondta és jó volt, és próbáljuk meg” [kliens]

MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉSEK

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram egészségpszichológiai szolgáltatásaival kapcsolatos eredmények alapján a következőket állapíthatjuk meg. Az egyéni és csoportos egészségpszichológiai szolgáltatások esetében egyaránt és egyértelműen kimutatható volt a beavatkozások nyomán létrejövő jelentős egészségnyereség: az alacsonyabb depresszivitás és észlelt stressz, valamint a magasabb jóllét-érzés. Az egyes jellemzőknek az egyéni és csoportos foglalkozások kezdetén és végén mért értékeinek kimutatható különbsége, valamint a változások azonos iránya azt jelzik, hogy mindkét intervenció forma hatékony lehet, ha megfelelő előzetes felmérés nyomán történik meg a kliens-utak kiválasztása, illetve a kliensek számára a megfelelő szolgáltatási mód ajánlása.

Jelenleg nem áll rendelkezésre olyan háttéradat és módszertan, mellyel becsülhető lenne egy ilyen mértékű változás hatása az egyén és a helyi közösség hosszabb távú egészségi állapotára. Azt azonban tudjuk a nemzetközi szakirodalomból, hogy mind a magasabb depresszivitás, mind pedig az alacsonyabb szubjektív egészség 7–10 év távlatában jelentős mértékű valóságos egészségromlással társulhat [15–19]. Ennek alapján valószínűsíthető, hogy a programban való részvétel, illetve az ennek hatására javuló lelki egészségi állapot kedvezően befolyásolja az egyének és tágabb értelemben az egész közösség egészségi állapotának hosszabb távú alakulását is. A bemutatott eredmények – kiegészítve a fókuszcsoporthoz tartozó interjúk tanulságaival – átfogó szinten azt jelzik, hogy az alapellátásban megjelenő egészségpszichológiai szolgáltatás szükséges és hatékony ellátási forma.

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk igazolják, hogy a több szinten is érzékelhető ellenállás (ismeretlenség, szegyenérzet) ellenére erre a szükségletre lehet építeni. A programban részt vevők számos olyan kedvező tapasztalatról számoltak be, melyek a tartós változás és az egészségnyereség hosszú távú fenntartása szempontjából egyéni és közösségi szinten is jelentősek. Ilyen alapvető tapasztalatok voltak a társas izoláció csökkenése, az aktivitás és változás kultúrájának kialakítása, a pszichoedukáció és a preventív szemlélet széles körű megjelenése az alapellátásban. Ezek a tapasztalatok elősegítik a testi-lelki-kapcsolati gyógyulást, a compliance-t és a rehabilitációt, lehetőséget adnak a tapasztalatok közösségi megosztására, az elfogadás révén csökkentik a betegséggel járó szegyenérzetet, segítenek a veszteségek, a gyász, a stressz és általában a negatív érzések feldolgozásban, és hosszú távon növelik a részt vevők autonómia- és személyes hatékonyság-érzetét.

Az itt bemutatott kutatás sok kérdésre nem tudott még választ adni, mely számos objektív akadályra vezethető vissza. Az alig fél éves monitoring időszak a Modellprogram teljes futamidejéhez képest viszonylag rövid volt és még ezen időszak alatt is csak részben volt jelen mind a négy praxisközösségben egészségpszichológus. Az eredmények így szükségszerűen a Modellprogram teljes működési idejének csak egy részét jellemzik. Emiatt egyelőre az egyes beavatkozási formák részletes elemzése sem volt lehetséges.

A Modellprogram továbbfejlesztése és kiterjesztése során tehát mindenképpen gondot kell arra fordítani, hogy a pszichológiai állapotfelmérés a szolgáltatások részévé váljon, mind a szolgáltatásokba való bevonás,

mind pedig annak lezárása és ideális esetben utánkövetése során. A bemutatott eredmények azonban mindenképpen azt igazolják, hogy az alapellátás szintjén nyújtott egészségpszichológiai szolgáltatásokkal az alapvető lelki egészség mutatóinak jelentős mértékű javulását lehet elérni a szolgáltatásokat igénybe vevő páciensek körében, és a hatásmechanizmus fontos része a pszichológiai és közösségi-kapcsolati kultúra fejlesztése.

IRODALOM

1. Kopp, M. (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban.* Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008
2. Susánszky, É., Szántó, Zs. (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2013.* Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013
3. Ádány, R., Vokó, Z.: *Hungarian public health – ups and downs in the last 20 years.* *Eur J Public Health*, 24:532-533, 2014
4. <http://www.alapellatasimodell.hu/> Letöltve: 2016.04.20.
5. Sándor, J., Kósa, K., Fürjes, G. et al: *Public health services provided in the framework of general practitioners' clusters.* *Eur. J. Public Health*, 23:5302-532, 2013
6. Ádány, R. (szerk.): *A praxisközösségek eljárásrendje (verzió 5.0).* SH/8/1 Svájci Hozzájárulás Program, Budapest, 38-39, 2015
7. Ádány, R., Kósa, K., Sándor, J., Papp, M., Fürjes, G.: *General practitioners' cluster: a model to reorient primary health care to public health services.* *Eur. J. Public Health*, 23:529-530, 2013
8. Rózsa, S., Szádóczky, E., Füredi, J.: *A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán.* *Pszichiát. Hungar.*, 16:384-402, 2001
9. Susánszky, É., Konkoly, T. B., Stauder, A., Kopp, M.: *A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján.* *Mentálhig. Pszichoszom.*, 7:247-255, 2006
10. Susánszky, É., Konkoly, T. B.: *Az Észlelt Stressz Kérdőív magyar változatának jellemzői.* *Mentálhig. Pszichoszom.*, 3:203-216, 2006
11. Lakens, D.: *Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs.* *Front. Psychol.*, 4:863, 2013
12. Corbin, J., Strauss, A.: *A kvalitatív kutatás alapjai: A Grounded Theory elemzési módszer technikája és eljárásai.* L' Harmattan-SE EKK Mentálhigiéné Intézet, Sage, Budapest, 2015
13. Sallay, V.: *A kvalitatív megközelítés és a Grounded Theory szerepe a társadalomtudományi kutatásokban.* In: Corbin J, Strauss A. *A kvalitatív kutatás alapjai: A Grounded Theory elemzési módszer technikája és eljárásai.* L' Harmattan-SE EKK Mentálhigiéné Intézet, Sage, Budapest, 9-22, 2015
14. Ritchie, J., Spencer, L.: *Qualitative data analysis for applied policy research.* In: Bryman, A., Burgess, R.G. (eds) *Analyzing qualitative data.* Routledge, London, 173-94, 1994
15. Damen, N.L., Versteeg, H., Boersma, E. et al: *Depression is independently associated with 7-year mortality in patients treated with percutaneous coronary intervention: results from the RESEARCH registry.* *Int. J. Cardiol.*, 167: 2496-2501, 2013

16. DeSalvo, K. B., Blosner, N., Reynolds, K., He, J., Muntner, P.: Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J. Gen. Intern. Med.*, 21:267-275, 2006
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x/full>
17. Holahan, C. J., Pahl, S. A., Cronkite, R. C. et al: Depression and vulnerability to incident physical illness across 10years. *J. Affect. Disorders*, 123:222-229, 2010
18. Idler, E. L., Benyamini, Y.: Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J. Health Soc. Behav.*, 21-37,1997
19. Latham, K., Peek, C.W.: Self-rated health and morbidity onset among late midlife US adults. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.*, 68:107-116, 2012

A praxisközösségi működés tapasztalatai a védőnő szemszögéből

Experiences of health visitors in the GP clusters

Magyar Védőnők Egyesülete – 1073 Budapest, Akácfa u. 56. – Tel.: (1) 785 4204 – E-mail: agnes.csordas@mave.hu

Összefoglalás: A védőnői ellátás az egészségügyi alapellátás részeként nyújt szolgáltatásokat a gyermeket tervező párok, a várandósok és gyermekágyasok, valamint a gyermekek számára újszülött kortól 18 éves korig. Ezek mellett a védőnők a népegészségügyi szűrőprogram keretében 25–65 éves nők méhnyak-szűrését is végzik 2015 óta. A védőnők többsége jellemzően egyedül, illetve a gyermekek házi gyermekorvosával vagy háziorvosával együttműködve végezte tevékenységét az általa ellátott földrajzi területen élő családok körében. Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban működő védőnők a hagyományos védőnői tevékenységek, úgymint egészségi állapot szűrése, családlátogatás, egészségnevelés mellett további felméréseket is végeznek a TÁMOP Koragyermekkorai projekt keretében kifejlesztett új eszközök, konkrétan a Szülői Kérdőív és a Rizikó Kérdőív alkalmazásával. A Modellprogramban dolgozó védőnők aktív részeseivé váltak a szakmai praxisközösségnek.

Kulcsszavak: védőnői ellátás, Szülői Kérdőív, Rizikó Kérdőív, gyermekfejlődés nyomon követése

Summary: Health visitors as primary health care workers provide care for expecting families, expecting mothers, mothers with small children as well as children below the age of 18 years of age. Health visitors also carry out population-based cervical cancer screening in Hungary among women 25–65 years of age since 2015. Most of them work alone or in alliance with the general practitioner or general pediatrician of the families in their service areas. Health visitors involved in the Primary Care Development Model Programme not only provide all of their traditional services such as health status assessment, monitoring of families, and health education but also carry out surveys among children and their parents using new tools such as the Parental Questionnaire and Risk Questionnaire developed in the framework of an earlier EU-supported programme on early childhood. Health visitors became respected active collaborators of the GP clusters.

Keywords: health visitor services, Parental Questionnaire, Risk Questionnaire, monitoring of child development

BEVEZETŐ

Az egészségügyi alapellátás keretében a 18 év alatti lakosság egészségi állapot szűrése jogszabályban jól szabályozott [1], évtizedek óta – lényegében változatlanul – rendszeresen végzett tevékenység. (A védőnői szolgálat kialakulásával egy időben, 1915-ben került szabályozásra, jelen formájában – némi változással – 1995 óta működik.)

A gyermek populáció speciális igénye, hogy az egészségi állapot, a fejlődés ütemének rendszeres ellenőrzése megtörténjen, hisz tudományosan bizonyított, hogy az időben észlelt elváltozások, illetve gyermekkorban a fejlődésben való megtorpanás korai észlelése és ezek korrigálása, pozitívan befolyásolja a gyermek jelen és felnőttkori egészségét, megalapozza az iskolai teljesítő-

képességét, majd a munka világában való érvényesülését. Hazánkban, és a világon is egyedülálló a Védőnői Szolgálat [2], mivel az egészségtudományi karokon preventív szemlélettel képezik a védőnőket, ellátási körükbe a várandósságtól a tankötelezettség végéig (6-16/18/22/ év) tartoznak a gyermekek és a szolgáltatást nem csak a védőnői tanácsadóknak, hanem a családok otthonában is nyújtják. A népegészségügyi szemlélet márkánsan jelen van tevékenységük minden szintjén, kiemelten foglalkoznak a reprodukció időszakába tartozó nőkkel, családokkal.

A védőnői észlelések megerősítése és a szükséges további vizsgálati irány meghatározása a gyermek ellátásában közreműködő háziorvos (házigyermekorvos, vagyis praxisú háziorvos) feladata. A magyar egészségügyi ellátásban a védőnői szolgálat preventív szemlé-

lettel a teljes gyermek populációra kiterjesztve végzi megadott rendszerességgel [3] a szűréseket, a családok otthonában pedig a viziteket (családlátogatás) mindenkinél, függetlenül attól, hogy a gyermeknél észleltek-e már bármilyen egészségügyi, vagy fejlődésbeni eltérést.

A védőnői ellátás keretében a mentális és szociális problémákra való figyelem is jelen van, és szükség esetén a család- és gyermekjóléti szolgáltatások felé tesznek jelzést.

A Modellprogram keretében a jelenleg is zajló kötelező és fakultatív prevenciók tevékenységeire támaszkodva, a TÁMOP 6.1.4. által kifejlesztett új módszertani elemek [4] beemelésével valósult meg a 18 év alattiak szűrése, ellátása.

A Modellprogram vállalása volt, hogy harmonizálja a várandósgondozás és a 0–18 éves populációval kapcsolatos jelenlegi rendeleti alapon nyugvó tevékenységeket, valamint az újonnan kialakításra kerülő interdiszciplináris praxisközösségekben rejlő előnyöket.

A Modellprogram elvárása volt, hogy a területi és iskolai védőnők is a praxisközösségek szakmai ellátást nyújtó tagjaivá váljanak és a korábbinál szorosabb kapcsolat alakuljon ki a térség egészségügyi dolgozóival, részeseivé váljanak a szakmai teamnek.

MÓDSZER

A védőnői kompetenciába tartozó egészségállapot szűrés tartalma gyermekkorban az 51/1997. (XII. 18.) NM. rendeletben lefektetettek szerint szabályozott:

- testi fejlődés: testtömeg, testhossz/testmagasság, fej-körfogat mérés;
- az érzékszervek működésének vizsgálata és a beszédfejlődés vizsgálata;
- a mozgásszervek elváltozásának szűrése: lúdtalp, gerinc-elváltozások;
- a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés követése és magatartásproblémák feltárása;
- vérnyomásmérés;
- a kültakaró vizsgálata;
- a szájüreg, fogazat megtekintése
- a BCG-heg ellenőrzése;
- a pajzsmirigy tapintásos vizsgálata.

A Modellprogram keretében az intervenciók területén élő 18 év alatti lakosságról egy keresztmetszeti állapotleírás készült a védőnői szűrések alapján, mely tartalmazza a TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkorai Projekt keretében korábban kifejlesztett „Szülői kérdőívek”, „Rizi-

kó kérdőívek” valamint a Magyar Diabetes Társaság által kifejlesztett „HUNDRISK kérdőívek” eredményeit is.

2015. január 1. és 2016. március 31. közötti időszakban a szűrésekhez kapcsolva kerültek kitöltésre a kérdőívek az intervenciók területén közreműködő védőnők körzeteiben ellátott gyermekek és várandósok körében.

A „Szülői Kérdőívek a gyermek fejlődéséről” a szülő megfigyelését tartalmazza – irányított kérdések alapján – gyermekéről, az 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15 hónapos, valamint 2, 3, 4, 5, 6 éves korban.

A kérdések az alábbi területekre irányulnak:

- nagymotoros mozgás, finom motoros mozgás,
- hallás, látás,
- receptív, expresszív nyelvi készségek, beszéd,
- szociális, emocionális készségek, viselkedés,
- preakadémiai készségek, figyelem, adaptív gondolkodás.

A kérdőívet a szülő, miután a védőnő meggyőződött arról, hogy érti a szülő a kérdéseket, önállóan tölti ki, majd a gyermek státuszvizsgálatokor közösen megbeszéli a válaszokat. A kérdőív azon túl, hogy a szülőt kompetensé teszi a gyermeke fejlődésének megfigyelésben, objektívebb állapotleírást tesz lehetővé a védőnő és az ellátó orvos számára a gyermekről. A kérdőív kitöltése/értékelése a fejlődési zavarok korai felismerését és ellátását segítő eszköz lehet, de nem helyettesíti a védőnői és orvosi vizsgálatot.

A kérdőív pozitív eredménye figyelemfelkeltő jel, lehetővé teszi a potenciálisan érintett gyermekek és fejlődési területek feltárását. Segíti a szülő és az egészségügyi dolgozók közötti kommunikációt, a szakma szabályai szerint és kellő időben elvégzett védőnői/orvosi vizsgálatot, a szükség szerinti diagnosztikus lépések és intervenció létrejöttét.

A „Rizikó Kérdőív” használata alkalmas arra, hogy az eddig szubjektív alapon történő fokozott gondozásba vétel, objektív adatok birtokában valósuljon meg. Több olyan rizikó tényező ismert, amelyek bizonyítottan prediktorai a nem kívánt következményeknek. A rizikó tényezők nem önmagukban vannak jelen általában, hanem halmozottan fordulnak elő, így súlyosbíthatják a meglévő állapotokat, valamint ismeretük megalapozhatja a beavatkozások formáját, irányát.

A rizikó szűrést a várandósság idején és a gyermek hazaadásától számított 1 hónapon belül végezték el a védőnők.

Tartalma:

- együtt élőkre vonatkozó adatok, különös tekintettel a változásokra,
- lakáskörülmények,
- szülők legmagasabb iskolai végzettsége,
- foglalkoztatottság, jövedelmi viszonyok,
- várandósságra vonatkozó adatok (vizsgálatok, problémák, folsavprofilaxis),
- szülés körülményei,
- egyéb tényezők (mint pl. anya, apa életkora).

A védőnő a rizikósűrítés elvégzését követően mérlegeli az azonosított rizikó-faktorok esetleges hatását és saját hatáskörében dönt arról, hogy szükséges-e a problémát jelezni a házi gyermekorvos/vegyes praxisú háziorvos, vagy adott esetben a gyermekvédelmi szakszolgálatok felé.

HUNDRISK kérdőív alkalmazása

Napjaink egyik legjelentősebb népegészségügyi problémája a 2-es típusú diabetes (2DM) egyre korábban való megjelenése a gyermekpopulációban. A gyermekek és serdülők körében a 2DM a korai szűrővizsgálattal egyszerű módon megelőzhető. A szűrés kivitelezésére egyedülálló módon a védőnői szolgálat képes, mivel Magyarországon a védőnői hálózat a prevenció területén a teljes gyermekpopuláció gondozását végzi. A védőnő az egyedüli letéteményese a gyermekekkel, családjaikkal, illetve iskolákkal való közvetlen kapcsolat felvételnek.

A szűrővizsgálat végzésére az iskolás korosztályt elérő védőnők kerültek felkérésre. A kérdőíves adatfelvétel a 12–18 éves korosztály körében történt. A fokozott kockázat megállapításának kritériuma a 85 feletti BMI percentilis túlsúly + 2 rizikótényező megléte az öt rizikótényező (2TDM jelenléte az első vagy másodfokú rokonságban, ismert acanthosis nigricans, hypertonia, dyslipidaemia vagy policystas ovarium syndroma) közül.

Az iskola-egészségügyi szűrés jelentősége abban nyilvánul meg, hogy a fokozott kockázatú gyermekek időben eljuthatnak célzottan diabetes szűrővizsgálatra és gondozásba vételre. A védőnő fokozott figyelemmel kísérheti az adott gyermeket és családi körben is támogatni tudja.

Mathiasz teszt

Kar-előretartási teszt, gyermekek tartásgyengeségének elemzése. Normál esetben, ha nincs a gyermeknek tartásgyengesége, akkor a karja fennmarad 30 mp-ig horizontális síkban, s a lapockák nem állnak el. A medence nem tolódik előre /lordózis/ és a törzs nem hajlik hátra. A tartásgyengeség esetén különbséget tehetünk, hogy első- vagy másodfokú.

A testtartáshiba nem betegség, azonban ha rögzül, akkor a gerinc nem fiziológiás terhelése miatt később, a fiatal felnőttkortól kezdve a gerinc degeneratív elváltozásainak kialakulásához, vagyis a gerinc porckopásához, visszatérő fájdalmakhoz vezethet. A tartáshiba lényege, hogy a testtartás eltér a biomechanikailag helyes tartástól.

EREDMÉNYEK**A védőnői kompetenciába tartozó egészségi állapot szűrés a Modellprogram ideje alatt**

Az intervenció területén 740 várandós egészségi állapot szűrését végezték el a védőnők, s problémákat a jelölt gyakorisággal azonosítottak:

- családi anamnézisben rizikóra utaló adat 33%,
- szülész nőgyógyász magas kockázatú besorolása 58 %,
- dohányzó várandós 33%,
- szociális probléma 36%,
- rizikó kérdőív alapján fokozott gondozásba vett 57%,
- koraszülés veszélye fennáll 23%.

Az intervenció területén a nyilvántartott 0–6 éves gyermekek körében a védőnők által végzett egészségi állapot szűrésen 3724 gyermek vizsgálati eredménye, gyermekenként 48 adat került rögzítésre.

A rögzített adatok alapján többek között az alábbi állapotokra tekinthettünk rá:

- a gyermek koraszülött 13% (országosan 8-10 % között mozog),
- BMI percentilis (3 alatt 6%, 97 felett 5%), súly-percentilis (3 alatt 2%, 85 felett 10%),
- eltérés az érzékszervek (látásélesség eltérés 4%), és mozgásszervek működésében (láb statikai probléma 8%),
- beszédfejlődésben visszamaradás 13%,
- jelenleg fennálló krónikus betegség 5%,

- eltérés a pszichomotoros (7%), mentális, pszichés (10%), szociális ((15%) fejlődésben , magatartás-probléma (5%),
- további vizsgálatra volt szükség (19%),
- a rizikók (egészségügyi és szociális) alapján veszélyeztetettség fennállása (51%).

Az intervenciós területen a nyilvántartott 7–18 éves gyermekek körében a védőnők által végzett egészségi állapot szűrésen 4658 gyermek vizsgálati eredménye került rögzítésre.

A rögzített adatok alapján többek között az alábbi állapotokra tekinthetünk rá:

- BMI percentilis (3–10 között 10%, 85 felett 27%),
- eltérés az érzékszervek (látásélesség eltérés 16%) és mozgásszervek működésében (láb statikai probléma – 32%, hanyag tartás 12%),
- hallás probléma 2%,
- jelenleg fennálló krónikus betegség 15%,
- eltérés a mentális (5%), pszichés (5%), szociális fejlődésben (7%), magatartásprobléma (5%), sajátos nevelési igény (7%),
- magas vérnyomás 5%,
- további vizsgálatra volt szükség (43%),
- a rizikók (egészségügyi és szociális) alapján veszélyeztetettség fennállása (44%),
- HUNDRISK kérdőív alapján rizikó (2%),
- fogászati probléma (33%),
- gyógytestnevelési igény (37%),
- személyi higiénia probléma (29%).

Szülői Kérdőívek eredményei

A 0–7 éves gyermekek szüleinek szóló, életkorhoz kötött, gyermekfejlődést vizsgáló szülői kérdőívek azon túl, hogy a védőnői észlelést kiegészítik a szülői megfigyelésekkel, megcélozza a szülők tájékoztatását is gyermekük megfelelő fejlődési menetéről, ami növeli a szülői compliance-en túl a szülői adherenciát, azaz az együttműködési készséget a gyermekek ellátásában.

A kitöltött 7613 kérdőív 1851 (41%) gyermeknél jelzett 1-1 területenfejlődésben való megtorpanást, míg 751 gyermeknél (10%) egy adott életkorban több területen is. Ezek a gyermekek a fokozott figyelmet igénylő gondozottak közé kerültek a védőnői gondozásban.

MEGBESZÉLÉS

Tekintettel arra, hogy a népegészségügyi szemlélet egyik legfontosabb eleme az elsődleges prevenció fókuszba állítása, jelentős szemléletváltásra nem volt szükség a védőnők körében, hiszen fő tevékenységük több mint 100 éve a primer prevenció. Mindemellett, azonban erősíteni lehetett a védőnői területen is a rendszer-szemléletű, az egészségkultúra megváltoztatását célzó népegészségügyi beavatkozások iránti igényt és elkötelezettséget, amelyek kiegészítik a tradicionális védőnői tevékenységet. A helyi szervezetek különböző egészségfejlesztési színtereken kialakított programjaihoz való kapcsolódás számos előnnyel jár. Szükséges továbbá, hogy a védőnők is alkalmazzák az egészségfejlesztési módszereket. Az egészségnevelés fő elemeként munkájuk során az egyéni készségek és képességek megerősítését helyezik a középpontba ehhez járultak hozzá a Modellprogramban megvalósuló anya-gyermek klubok, és a szintérprogramok.

A védőnő folyamatosan figyeli a fejlődésben megtorpanást mutató gyermekeket és a fejlesztéshez szükséges tanácsokkal látja el a szülőket. Ezzel egyidejűleg jelzi a gyermek házigyermekorvosának/háziorvosának, hogy fokozott gondozást kezdeményez a gyermeknél. Amennyiben a fejlődési elmaradás jelentős, a védőnő a korai fejlesztés irányába küldi a szülőt, a probléma minél előbbi megoldása érdekében.

Praxisközösség népegészségügyi feladatait az alábbi tevékenységekkel segítik a védőnők:

- Közreműködnek a háziiorvosi egészségállapot szűrésekre és a népegészségügyi célzott szűrésekre (mammográfia és méhnyakszűrés) való toborzásban.
- Rizikófelmerést készítenek a várandós, újszülött családjában (és minden beköltözőnél, családban bekövetkezett változás esetén).
- Életmódbeli rizikóval is rendelkező szülők/ gyermekek részére életmód tanácsadást nyújtanak, illetve szorgalmazzák a többlétszolgáltatások, az életmód tanácsadás igénybevételét.
- Tematikus klubok, csoportos foglalkozások megvalósítását támogatják, közreműködnek a szervezésében, illetve vezetik az Anya-Gyermek Klubokat.

Együttműködés

Praxisközösség tevékenységében a védőnők részt vesznek a praxisközösség munkamegbeszélésein, rendszeres visszajelzésükkel segítik a lakosság ellátását, valamint részt vállalnak a települések egészségfejlesztési és szűrési tervének készítésében, a szűrési tevékenység lebonyolítását segítő toborzó kampányban.

Együttműködnek a praxisközösség szakembereivel (gyógytornász, dietetikus, egészségpszichológus, népegészségügyi szakember, praxisnővér). Közreműködnek a közösségi egészségfejlesztési tevékenységekben. Igénybe veszik munkájuk során, szükség esetén az egészségőr közreműködését.

Új kapcsolati lehetőségek

Az eddig többé-kevésbé elszigetelten működő praxisok, védőnői körzetek között szoros szakmai és emberi együttműködés jött létre, egymást segítve végzik munkájukat, melyet a praxisközösségi koordinátor munkatársként segít. A népegészségügyi koordinátor a szintér programokba bevonja a védőnőket, némi felügyeletet is gyakorol a védőnői tevékenység felett, ezt azonban esetenként értetlenség fogadja, mivel a védőnői ellátás területén jól szervezett, évtizedek óta működő szakmai felügyelet működik az ÁNTSZ keretében.

A szintér programok település szintű szervezésével jobban kiaknázódott a védőnői jelenlét mind a területen, mind az iskolákban, az új szakemberek bekapcsolódása az iskolai egészségfejlesztő programokba színebbé tette az eseményeket.

A védőnők munkáját kiegészítik, támogatják a praxisközösség új szakemberei így munkájuk hatékonysága is nő. A Modellprogram bevezetése előtt a védőnők számára elérhetetlen volt a dietetikus, gyógytornász, egészségpszichológus. A védőnői szűrések alkalmával rizikó csoportba került gyermekeket a Modellprogram keretében szakszemélyzethez tudja irányítani a védőnő, aki partnerévé válik a védőnőnek az ellátásban. A családok nyeresége, hogy helyben kapják meg térítésmentesen az ellátást, nincs hosszú elvesztegetett idő, ami a korai életkorban (0–3 év) kritikus lehet.

A segéd-egészségőr/mediátor korábban ismeretlen szereplő volt. A Modellprogram keretében jelentősen segíti a védőnő munkáját is, bekapcsolódva a szűrések szervezésébe, esetenként lebonyolításába, a klubfoglalkozások népszerűsítésébe.

KÖVETKEZTETÉS/AJÁNLÁS

Újabb felsőfokú végzettségű szakemberek megjelenése az egészségügyi alapellátásban új kihívásokat is jelentett a védőnők számára, nem csak szakmai támogatást. Eddig az alapellátás területén a védőnő a prevenció területén egyedüli szereplő volt. A hirtelen bekapcsolódó új szakembereket (bár tevékenységük célcsoportját elsősorban nem a gyermekek jelentették) esetenként riválisként is tekintették, akik „elveszik” az eddigi feladataikat és ők háttérbe szorulnak. A team munkára szükséges felkészíteni a szakembereket. A team munkát tanulni kell, ami egy hosszabb folyamat.

Javítani szükséges a hatásos egészségkommunikációt, ami a személyes tanácsadáson túl kiterjed a csoportos foglalkozások által nyújtott lehetőségekre is. Ennek keretében kerültek elindításra az anya-gyermek klubok és ismertető anyagok készültek a családok számára a fogantatás, várandósság és gyermekgondozás/nevelés témaköreiben.

Köszönetnyilvánítás

A Modellprogramban a gyermekellátás területén közreműködő védőnőknek szeretnék köszönetet mondani, hogy mindennapi munkájuk mellett segítették az új ellátási forma létrejöttét és tudásukat átadva, idejüket nem kímélve biztosították a szűrési eredményeket, aktívan részt vettek a szintér programokban. Balogh Sándorné, Baloghné Bíró Anna, Baloghné Zám Éva, Batkiné Zörög Nikolett, Batta Ágnes, Bomlásné Vajda Andrea, Budai Istvánné, Csépanyi Barcziné Sípó Julianna, Dezsi Antalné, Donkóné Szabó Tünde, Érsek Orsolya, Garancz Lajosné, Gözsné Rusvai Júlia, Juhászné Szónya Éva, Juhászné Topor Ágnes, Kakuk Béláné, Kissné Vizkeleti Anna, Kriston Puskás Katalin, Laskainé Czidor Brigitta, Dr. Makainé Ritu Éva, Oláhné Birkás Ilona, Orbán Károlyné, Orsovszkiné Bittman Gyöngyi, Pallagi Erika, Pásztai Éva, Szalka Gyuláné, Tóthné Balázs Margit, Ulics Istvánné, Vinczéné Kisgergely Noémi.

Az eredmények kiértékelésében Banadics Ágnes, Holló Rózsa, Pfaff Béláné kolléganőknek köszönöm a közreműködésüket.

IRODALOM

1. 33/1992. NM r., 5/1995. NM r., 26/1997. NM r., 51/1997. NM r., 49/2014. ESzCsM r., 26/2014 EMMI r.
2. 2013 Magyar Örökség Díj, 2015. Hungarikum Díj
3. 51/1997. NM r.,
4. www.gyermekalapellatas.hu

A hátrányos helyzetű lakosság elérése, mediátorok helye az alapellátásban

Accessing vulnerable population groups by mediators in primary health care

Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet – 4032 Debrecen, Móricz Zs. körút 22. – Tel.: (52) 255 594
Fax: (52) 255 723 – E-mail: kosa.karolina@sph.unideb.hu

Összefoglalás: A hátrányos helyzetű népesség egészségi állapotának javítása rövidtávon az egészségügyi alapellátás szolgáltatásainak bővítésével és az igénybevétel növelésével érhető el. Ezt bizonyítja az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, amelynek praxisközösségei új szolgáltatásokat kínálva, a hátrányos helyzetű népességet kiemelten kezelve működnek. A Modellprogramban olyan, a helyi közösségekből toborzott hátrányos helyzetű és/vagy roma segéd-egészségőrök kerültek alkalmazásra, akiknek jelentős szerepük volt abban, hogy a szolgáltatásokat a kliensek igen nagy arányban vegyék igénybe. A segéd-egészségőrök egészségügyi és mediatori kiképzése a Program keretében valósult meg, mintát adva a hátrányos térségekben élő felnőttek képzéséhez és foglalkoztatásához is. A tapasztalatok alapján konkrét javaslatok tehetők az egészségügyi ágazaton belül a társadalmilag sérülékeny lakosság helyzetének javítására.

Kulcsszavak: egészségügyi alapellátás, egészség-mediáció, egészségfejlesztési segítő

Summary: The short-term improvement of the health status of vulnerable social groups can be achieved by extending preventive services in primary health care and increasing their uptake. This has been seen in the Primary Care Development Model Programme that not only developed new services in primary health care but also ensured that vulnerable population groups can access these services. In addition to ancillary health professionals, health mediators recruited from local communities with mostly vocational or high school education were employed in the Programme, and received training in health care and mediation on the job. Their main task was to facilitate the access of vulnerable persons to health services that was reflected by their high participation rates. Recommendations can be made to improve the health and employability of vulnerable groups considering the options of the health system.

Keywords: primary health care, health mediation, health promoting assistant

A HAZAI EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS ÁTHANGOLÁSÁNAK INDOKAI

A hazai népesség egészségi állapotának nemcsak kedvezőtlen jellemzői, hanem annak jelentős területi egyenlőtlenségei is tartós problémát jelentenek a kormányzatok számára [1]. Ez ugyanakkor a megoldás lehetőségét is kínálja: a populáció egészségének javításához a hátrányos térségekben élők egészségi állapotának javítása járulhatna hozzá a legnagyobb mértékben. Ennek legfontosabb módja hosszú távon az iskolázottság növelése, rövid- és középtávon a járóbeteg alapellátásban nyújtott szolgáltatások bővítése és a hozzáférés javítása. Kiemelt jelentőségűek a betegségek megelőzé-

sét és korai felismerését célzó szolgáltatások, amelyek tekintetében nagy a kielégítetlen szükséglet a hazai, legfeljebb 8 általános iskolai végzettséggel rendelkező népesség körében [2]. Tetézi a problémát, hogy az alapellátást nyújtó háziiorvosi körzetek tendenciózusan azon területeken betöltetlenek, amelyeken a legnagyobb szükség volna az egészségi állapot javítására [3]. A korábbi népegészségügyi programok, valamint a Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia is prioritásként határozta meg – egyebek közt – az egészségi állapotban fennálló egyenlőtlenségek csökkentését, melynek érdekében a Felzárkózási Stratégia komplex, integrált és innovatív jellegű programokat javasolt. Ezen programok egyike a Svájci-Magyar Együttműködési Prog-

ram keretében megvalósult Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, amelynek eddigi tapasztalatait e lapszám összegzi.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS ÁTHANGOLÁSÁNAK MODELLJE: AZ ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI MODELLPROGRAM

A Modellprogramban 14 észak- és kelet-magyarországi település összesen 24 háziorvosi praxisának háziorvosai szerveződtek praxisközösségekké, amelyek nem orvos végzettségű egészségügyi szakembereket is alkalmaztak, és védőnőkkel is együttműködtek annak érdekében, hogy a hagyományosan nyújtott alapellátási szolgáltatások mellett új szolgáltatásokat is kínálhassanak [4]. Fontos szempont volt, hogy mindezen szolgáltatásokat hátrányos helyzetű társadalmi csoportok is igénybe vegyék, ezért olyan, egészségügyi képzettséggel nem feltétlenül rendelkező „segéd-egészségőrök” is alkalmazásra kerültek, akik az ellátott közösségekben laktak, és kiváló helyi kapcsolatokkal rendelkeztek; számosan közülük hátrányos helyzetűek és/vagy romák voltak. A Modellprogramban alkalmazott segéd-egészségőrök lényegében egészség-mediátori feladatokat láttak el, a hazai és nemzetközi egészségügy történetében precedens jelleggel, mint a praxisközösségek teljes jogú, fél- vagy főállásban alkalmazott munkatársai.

MEDIÁCIÓ A KÖZSZOLGÁLTATÁSOKBAN

A mediáció (közvetítés) célja, hogy egymással vitában álló felek között segítse a megértést, és hozzájáruljon a vita békés, nem jogi úton történő rendezéséhez. A közvetítés jogi értelemben a viták rendezésének alternatív, konkrét megegyezéssel záruló módja, amelynek gyakorlata az utóbbi évtizedekben az üzleti életben és a közszolgáltatásokban is egyre elterjedtebbé vált. Franciaországban a szociális szférában, Finnországban a romák integrációjának elősegítésére kezdődött meg az interkulturális közvetítés. Az egészségügyben Romániában alkalmaztak először roma mediátorokat 1997-ben. Az egészségügyi mediátorok képzése és az egészségügyi ellátásba való bevonása jelentős lendületet kapott 2005-től, a Roma Integráció Évtizede Program (RIÉP) indulása után. A 2005–2015 közt zajlott RIÉP-hez 12

kelet-közép-európai ország kormányja is csatlakozott, amelyek nemzeti programokat hoztak létre a romák integrációjának segítésére az oktatást, foglalkoztatást, lakhatást és egészségügyi ellátást prioritási területekként kiemelve. Az egészségügyi ellátás javításában hangsúlyos szerepet kapott a roma mediátorok kiképzése és alkalmazása [5].

A külföldi mediátor-programok nyomán hazánkban a 2000-es évek elejétől indultak a mediátorok képzését és alkalmazását célzó programok, először az oktatásügyben és a szociális szférában [6–9]. A többnyire romákat bevonó mediátor képzések jól működtek, de mivel a kiképzettek alkalmazására csak rövid ideig, projektek keretében, vagy – finanszírozás híján – egyáltalán nem került sor, a kezdeti lelkesedés a képzők és a résztvevők körében is lecsökkent. A mediátor (közvetítő vagy annak megfelelő foglalkozás) jogilag ugyanis nem volt szabályozva, ilyen munkakör a mediátorokat elsősorban foglalkoztatni tudó ágazatokban (egészségügy, oktatásügy, szociális szféra) nem létezett. A 2000-ben elfogadott CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról ugyan lehetővé tette az egészségügyi szolgáltató és a beteg közt a szolgáltatással kapcsolatos viták peren kívüli rendezését [10], de ebben felsőfokú végzettséggel rendelkező közvetítők vehetnek részt. Ez a típusú, kifejezetten jogvitákat megelőző tevékenység nem nyert szélesebb teret a hazai gyakorlatban [11].

MEDIÁTOROK AZ ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI MODELLPROGRAMBAN

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram négy praxisközösségében összesen 48 fő segéd-egészségőr (praxisközösségenként 12 fő) félállású alkalmazására került sor 2013 júliusától, akik döntően mediátori feladatokat láttak el. Egészség-mediációval kapcsolatos 24 órás képzésükre 2013 augusztusában, 20 órás továbbképzésükre 2015 augusztusában került sor. A képzést a Partners Hungary Alapítvány végezte az Európa Tanács által támogatott, roma mediátorokat képző ROMED program elvei és módszertana alapján [12].

Szintén a Modellprogram keretében 20 segéd-egészségőr szerzett OKJ ápolási asszisztens, 2 fő OKJ szociális gondozó végzettséget úgy, hogy nemcsak a tanulmányi, hanem az ezzel kapcsolatos utazási, szállás- és étkezési költségeiket is a Program fizette, a képzés kontaktóráinak megtartására pedig munkaidőben került sor.

A segéd-egészségőrök fő feladata a praxisközösségekhez tartozó hátrányos helyzetű, alacsony érdekérvényesítő képességgel rendelkező ellátottakkal való személyes kapcsolat felvétele, kialakítása és fenntartása volt annak érdekében, hogy ezen ellátottakat az alapellátás által kínált preventív szolgáltatásokkal megismertessék, kérdéseikre válaszokat adjanak, bizalmatlanságukat csökkentsék, motiválják őket a különféle szolgáltatások és programok (elsőként az egészségi állapotfelmérés) igénybevételére, ilyen módon segítve az ellátottakat abban, hogy a kínált szolgáltatásokat minél nagyobb számban vegyék igénybe. A segéd-egészségőrök emellett más szolgáltatások, főleg a csoportos életmódprogramok és a közösségi egészségfejlesztési programok szervezésében és lebonyolításában is közreműködtek, egyfajta híd-szerepet betöltve, segítve a felsőfokú végzettségű szakemberek és a kommunikáció szempontjából legnagyobb kihívást jelentő lakosságcsoportok közti kapcsolatot kialakítását és fenntartását.

Az eddigi tapasztalatok alapján a segéd-egészségőrök a Modellprogram során szakmailag és magabiztosságban is megerősödtek, csapattá váltak; egymással, a praxisközösség szakembereivel és a helyi lakossággal is jó kapcsolatot alakítottak ki, igen hatékonyan segítve a praxisközösségek munkáját. Mindezek alapján egyértelműen állítható, hogy munkájukra szükség van, leginkább annak érdekében, hogy a hátrányos helyzetű és/vagy sérülékeny társadalmi csoportok az egészségügyi ellátásba eljussanak, és az ott elérhető szolgáltatásokat igénybe is vegyék.

AJÁNLÁSOK A HAZAI, TÁRSADALMILAG SÉRÜLÉKENY CSOPORTOK FELZÁRKÓZÁSÁHOZ SZÜKSÉGES, AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁSBAN MEGVALÓSÍTHATÓ TEENDŐKRE

1. Létező praxisközösségek továbbműködtetése, új praxisközösségek létrehozása elsősorban a leg-hátrányosabb helyzetű járásokban

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram gyakorlatilag minden, a Társadalmi Felzárkózási Stratégiában az egészségügyi alapellátásra javasolt beavatkozást megvalósított; és mind az egészségi állapotfelmérésen való részvétel, mind a szakellátásba történő továbbutalás, mind a hátrányos helyzetűek szolgáltatásokhoz jutta-

tása vonatkozásában kiemelkedő eredményeket ért el. E modell további működtetése és kiterjesztése további hátrányos helyzetű térségekre [13] a leghatékonyabb rövidtávú módja annak, hogy a hazai népesség egészségi állapota javuljon.

2. Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban kínált szolgáltatások megtartása, különös tekintettel a hátrányos helyzetű lakosságcsoportokat célzó szolgáltatásokra

A praxisközösségek által nyújtott szolgáltatások közül kiemelendő a behívásos rendszerű egészségi állapotfelmérés, amelyen igen magas, 80%-os megjelenést sikerült elérni. Az egészségi állapot felmérése minden további beavatkozás és szolgáltatástervezés alapja, amelynek eredményeire alapozva lehet az egészségi állapotot javító, célzott programokat tervezni, amelyekbe egyéni irányítással, vagy csoportos behívással, a részvételt is nyilvántartva érdemes a klienseket bevonni. A felméréseken résztvevők 20%-a a segédegészségőr hívására vett részt, s a résztvevő romák 40%-a nyilatkozott akként, hogy a részvétel szükségességéről segéd-egészségőr győzte meg.

3. Társadalmi-gazdasági helyzetet jellemző legfontosabb adatok kötelező nyilvántartása a háziorvosi törzskartonban és a védőnői nyilvántartásban

A háziorvosi törzskartonban az ellátottakra, a védőnői nyilvántartásban az ellátott gyermekek családfőjére vonatkozóan javasolt a legmagasabb iskolai végzettség [14], valamint a munkaintenzitás EU által javasolt indikátorainak [15] kötelező nyilvántartása és évenkénti, időpecséttel ellátott frissítése, olyan módon, hogy a törzskarton, illetve nyilvántartás ne legyen lezárható addig, amíg ezen adatok nincsenek feltöltve. Minden háziorvosi és védőnői elektronikus nyilvántartó program legyen képes az ellátottakat leválogatni ezen indikátorok bármelyike vagy ezek bármilyen kombinációja szerint (is). Az ellátottak társadalmi-gazdasági státuszának követése nemcsak a nekik szánt programok célzott tervezéséhez, hanem az elért eredmények követéséhez is nélkülözhetetlen.

4. Érettségi bizonyítvány és egészségügyi szakképesítés megszerzésének támogatása állami ösztöndíjjal hátrányos helyzetű térségekben élő felnőttek számára

A legfeljebb 8 általános iskolai végzettséggel rendelkező, hátrányos helyzetű területeken élő romák munkába állását jelentősen nehezíti, hogy továbbtanulásuk praktikusán lehetetlen, holott a sokszor három generációról gondoskodó családnyak közül sokan lennének alkalmasak arra, hogy az egészségügyben betegápolással kapcsolatos munkakörökben dolgozzanak. Az Országos Képzési Jegyzékben (OKJ) szereplő, ápolással kapcsolatos szakképesítések közül azonban az általános ápolási és egészségügyi asszisztens szakképesítés megszerzéséhez bemeneti kritériumként érettségi vizsga (MKKR 4. szint [16]); az ápoló, az alapellátási közösségi szakápoló, a csecsemő- és gyermekápoló, a mentőápoló, a perioperatív asszisztens szakképesítés megszerzéséhez felsőoktatási szakképesítés (MKKR 5. szint [16]) szükséges. Az OKJ jelenleg négy olyan szakképesítést tart nyilván az egészségügyi szakmacsoportban, amelyek elvégzéséhez mindössze 3-as szintű, középiskola 10. osztályának megfelelő végzettség szükséges (ennél alacsonyabb végzettséggel 2013 óta nem lehet OKJ képzésbe lépni). Az általános iskolai végzettséggel rendelkező hátrányos helyzetű és/vagy roma nők számára a továbbtanulás egyetlen reális módja, ha állami vagy egyéb ösztöndíj formájában támogatást kapnak a továbbtanuláshoz. Ennek révén az egészségügyi területen szakképzettséget szerzett romák száma jelentősen nőhetne.

5. „Egészségfejlesztési segítő” munkakör létrehozása az egészségügyi alapellátásban

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban alkalmazottként működő segéd-egészségőrökkel nyert tapasztalatok alapján javasolt a segéd-egészségőrnek megfelelő „egészségfejlesztési segítő” munkakör létrehozása az egészségügyi alapellátásban. Egy praxisközösségben orvosonként legalább egy segítő alkalmazása célszerű. Ez a munkakör az azonos elnevezésű, az Országos Képzési Jegyzékben 82. sorszámmal szereplő, az egészségügyi szakmacsoportba tartozó, 3272001 OKJ számú alsó középfokú szakképesítéssel legyen betölthető [17].

6. Mediátor továbbképzés kidolgozása és indítása egészségfejlesztési segítők számára

Az egészségfejlesztési segítő munkakört betöltők számára legalább 30 órás „mediátor” továbbképzést javasolt ajánlani. A képzés kidolgozásával és lebonyolításával olyan szervezetet érdemes megbízni, amely az Európa Tanács ROMED programját ismeri, és annak megvalósításával, illetve mediátorok képzésével és foglalkoztatásával kapcsolatban tapasztalatokkal bír.

A Modellprogram tapasztalatai alapján állítható, hogy a társadalmilag sérülékeny csoportok egészségi állapotának javítására az egészségügyi ágazatban megvan a modell, amelyet „mindössze” fenn kell tartani és ki kell terjeszteni. Ez szervezen kapcsolódik a Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégiában meghatározott stratégiai célokhoz is.

IRODALOM

1. Nagy, Cs., Juhász, A., Beale, L., Páldy, A.: Mortality amenable to health care and its relation to socio-economic status in Hungary, 2004-08. *Eur. J. Public Health*, 22:620-624, 2012 DOI:<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr143>
2. Sándor, J., Kósa, K., Papp, M., Fürjes, G., Kőrösi, L., Jakovljevic, M., Ádány, R.: Capitation-based financing hampers the provision of preventive services in primary health care. *Frontiers in Public Health*, 4:200, 2016. doi: 10.3389/fpubh.2016.00200
3. Tájékoztató a tartósan betöltetlen háziorvosi körzetekről. OALI Országos Tisztifőorvosi Hivatal Alapellátási és Ellátás-szervezési Főosztály 2017 <http://www.oali.hu/praxiskezeslo-nyilvtartas/tartosan-betoltlen-korzetek/95-tajekoztato-a-tartosan-betoeltetlen-haziorvosi-koerzetekrol.html>
4. Ádány, R. (szerk): *Operations Manual for GPs Cluster on Public Health Services in Primary Health Care (Version 5)*. 2013 http://www.nepegeszseg.hu/swiss/SH.8.1_operations_manual_version5.pdf
5. *Roma Health Mediators: Successes and challenges*. Open Society Foundations, 2011 <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-health-mediators-20111022.pdf>
6. Mediátor képzés roma közösségi házak és információs központok munkatársai számára. <http://www.euromediator.hu/magyar/program02.html>
7. Balla, Á.: Roma koncepció létrehozása és megvalósulása a Ferencvárosban. *Polgári Szemle*, 5:1-2, 2009 http://www.polgariszemle.hu/?view=v_article&ID=356

8. Torgyik, J.: A romák oktatásának fejlesztés törekvései az Európai Unióban. *Iskolakultúra*, 3:74-84, 2012
http://epa.oszk.hu/00000/00011/00163/pdf/EPA00011_Iskolakultura_2012_03_074-084.pdf
9. Csépe P: Hátrányos helyzetű csoportok egészségfelmérése és egészségfejlesztése különös tekintettel a roma populációra (Doktori értekezés). *Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskola*, 2010
http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/csepe-peter.d.pdf
10. 2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról.
https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a0000116.tv
11. Decastello, A.: A közvetítői eljárás az egészségügyben (Doktori értekezés tézisei). *PTE Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola*, Pécs, 2008
<http://ajk.pte.hu/files/file/doktori-iskola/decastello-alice/decastello-alice-vedes-tezisek.pdf>
12. ROMED 1. Council of Europe
<http://romed.coe-romact.org/>
13. A Kormány 106/2015. (IV. 23.) Korm. rendelete a kedvezményezett járások besorolásáról szóló 290/2014. (XI.26.) Korm. rendelet módosításáról. *Magyar Közlöny*, 56:5126-5142, 2015
14. 1. 8 évfolyamnál alacsonyabb általános iskola, 2. általános iskola 8. évfolyam, 3. középfokú iskola érettségi nélkül, szakmai oklevéllel, 4. érettségi, 5. egyetem, főiskola oklevéllel. *Központi Statisztikai Hivatal*
15. Fogalomtár. *Központi Statisztikai Hivatal*
<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/hazteletszinvm/hazteletszinvm.pdf>
16. Farkas, É.: Módszertani útmutató a szakmai végzettségek (felnttkepzési szakmai programkövetelmények) Magyar Képesítési Keretrendszer szerinti szintjének meghatározására, besorolására. 2016. okt. 7.
http://www.mkik.hu/upload/mkik/felnottkepzes/utmutato_mkkr_besorolas_vegleges_20161006_fe.pdf
17. 150/2012. (VII.6.) Kormányrendelet az Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzék módosításának eljárásrendjéről.
https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a1200150.kor

SÁNDOR JÁNOS

A Modellprogram prevenciós szolgáltatásainak értékelése az alap- és végállapot-felmérés eredményei alapján

Evaluation of the Primary Care Development Model Programme based on a baseline and final survey

Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet – 4028 Debrecen, Kassai út 26. – Tel.: (52) 512 765
E-mail: sandor.janos@sph.unideb.hu

Összefoglalás: Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram praxisközösségeiben alkalmazott többlétszolgáltatások népegészségügyi, populációs szintű hasznának megítélésére az intervenciós terület felnőtt lakosságának reprezentatív mintáin alap- és végállapot-felmérésre került sor. Ezek eredményei alapján, a többlétszolgáltatásokkal ellátottak körében jelentős mértékben javult a preventív szolgáltatások igénybevétele, melyet a megfelelő folyamatindikátorok emelkedése jól tükröz. Emiatt várható, hogy folyamatos működés esetén, a hatások kifejlődéséhez szükséges idő elteltével, a preventív jellegű intervencióknak köszönhetően javul nemcsak az ismeret–attitűd–életmód mintázat, de a szűrési hatékonyság és az alapellátásban gondozott krónikus betegségek prognózisa is a praxisközösségi ellátásban részesültek körében.

Kulcsszavak: alapellátás, praxisközösség, preventív szolgáltatások, monitorozás

Summary: In order to evaluate the overall effectiveness and performance of the new preventive services of the GP clusters (GPC) of the Primary Care Development Model Programme, representative samples of adults living in the Programme areas were surveyed before (December 2012–August 2013, baseline) and at the end (May–November 2016, final) of the Programme. The results showed a significant increase in utilization of preventive services in primary health care, and process indicators of preventive services have also improved. The increased effectiveness of screening along with better long-term care for patients suffering from chronic diseases will lead not only to improved knowledge, attitudes and lifestyle but also to better health outcomes if the GPC model is sustained until these health outcomes can reasonably be expected to develop.

Keywords: primary health care, general practitioners' cluster, preventive services, monitoring

HATÉKONYSÁG ÉRTÉKELÉSE A MODELLPROGRAMBAN

A praxisközösségekben alkalmazott többlétszolgáltatások hatékonyságának értékelése több részből álló monitoring rendszer segítségével valósult meg a Svájci Hozzájárulás SH/8/1 Alapellátás-fejlesztési Modellprogramjának működése során.

Az egyes többlétszolgáltatási elemekhez (dietetikusok, gyógytornászok, egészségpszichológusok csoportos foglalkozásaihoz és egyéni kezeléseikhez, valamint az egészségállapot felméréshez) szolgáltatás specifikus monitoring (az ellátottak állapotát követő adatgyűjtési és értékelési rendszer) kapcsolódott [1]. Mivel a szol-

gáltatási protokollok publikált evidenciák alapján kerültek kifejlesztésre [2, 3], ennek a monitoring ágnak az volt a feladata, hogy értékelje, sikerült-e a praxisközösségi környezethez adaptálni az egyébként bizonyítottan hatásos módszereket. Ezek a specifikus monitoring elemek azt mutatták meg, hogy a szolgáltatást igénybe vevők körében mennyire volt hatékony a szolgáltatás.

A populációs szintű hatások (melyek a specifikus szolgáltatások során elért hatékonyság mértékén túl a szolgáltatást igénybe vevők populáción belüli részarányától is függenek) monitorozására alap- és végállapot felmérés volt hivatott. Az alapállapot-felmérés során a praxisközösségi szolgáltatásoktól független helyzetet lehetett leírni, míg a végállapot-felmérés célja a változá-

sok jellegének és mértékének meghatározása volt. Ennek a két felmérésnek a Modellprogram intervenció területén nyert eredményeit foglalja össze a közlemény.

Ezek a monitoring vizsgálatok kiegészültek:

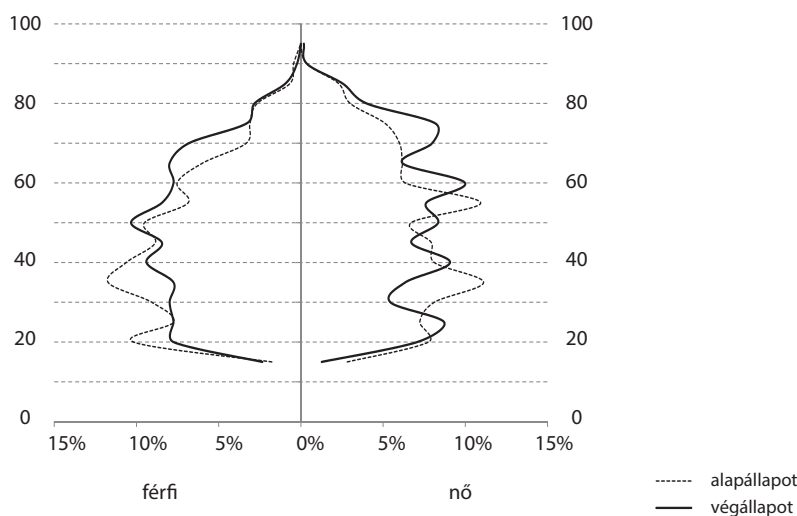
- egyrészt kontroll területen (a Házi-orvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program házi-orvosi hálózata által gondozott felnőtt népességén belül) az alap- és végállapot-felméréssel egy időben végzett azonos tartalmú felmérésekkel, ami lehetővé tette, hogy a Modellprogram futamideje alatt az országban bekövetkező változásokhoz viszonyítva tudjuk értékelni a Modellprogram hatásait,
- másrészt az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a praxisok elhelyezkedésére (településtípusra, megyére) és az ellátottak szocio-demográfiai helyzetére (életkorára, nemi összetételére, és relatív képezettségére) korrigált alapellátási indikátorainak praxisközösségi időtrendjeit is összevetettük a hasonlóan előállított országos trendekkel.

Tekintettel arra, hogy a Modellprogram során az informatikai fejlesztések nem értek el abba a stádiumba, hogy a gondozás során regisztrált gondozási eredményeket hatékonyság elemzés céljából fel tudjuk használni (azaz, hogy az egyes betegségek gondozását a célértékek elérésén keresztül tudjuk monitorozni), hipertónia, diabétesz, túlsúly és dohányzás felméréseket szerveztünk az intervenció és a korábban említett kontroll területen, s ilyen módon tettük értékelhetővé a célértékek elérése szempontjából is a Modellprogramot.

A VIZSGÁLT MINTÁK

Házi-orvosi praxislisták felnőtt (18 év feletti) ellátottakra vonatkozó kimutatásait használtuk mintavételi keretnek. Egyszerű randomizálással választottuk ki a felmérésekre behívott praxisonkénti 50 főt. Ha a praxislista nem volt aktuális (elköltözött a felnőtt, de a házi-orvost erről nem értesítette), vagy tartós távollét (külföldi munkavégzés, büntetés-végrehajtás stb.) esetén a mintavételi keret véletlenszerűen kiválasztott tartalék tagja került be a mintába. A tartalékok behívását jegyzőkönyvekkel dokumentálták a házi-orvosok. A behívott felnőttek számára felajánlották a felmérésben való részvételt. Az adatgyűjtés megkezdése előtt informált beleegyező nyilatkozatot írtak alá a résztvevők. A részvételt megtagadók száma az alapállapot felmérésnél 31, a végállapot-felmérésnél 23 fő volt. A felmérés módszertanát bővebben másutt írtuk le [4].

Az alapállapot-felmérés 21 praxisra terjedt ki 2012 decembere–2013 augusztusa időszakban. Az adatgyűjtés 1019 főnél volt sikeres, akiknek átlagos (\pm SD) életkora 47,6 év (\pm 18,0) volt. Közöttük 452 volt a férfi 46,0 év (\pm 17,1) átlagos életkorral, illetve 567 volt a nő 48,9 éves (\pm 18,6) átlagos életkorral. A végállapot-felmérés 2016. május–november időszakban 20 praxisra terjedt ki. (1 praxisban nyugdíjba vonult a házi-orvos a Modellprogram futamideje alatt.) Az adatgyűjtés 977 főnél volt sikeres, akiknek átlagos életkora 50,6 év (\pm 18,6) volt. Közöttük 426 volt a férfi 48,5 év (\pm 17,7) átlagos életkorral, illetve 551 volt a nő 52,3 év (\pm 19,2) átlagos életkorral. Az elért válaszadási arány 97,0% volt az alap- és 97,7% a végállapot-felmérés során (1. ábra).



1. ábra

Az alapállapot- és végállapot-felmérésben résztvevő felnőttek korfája

PREVENTÍV SZOLGÁLTATÁSOK IGÉNYBEVÉTELÉNEK VÁLTOZÁSA

A Modellprogram szolgáltatásfejlesztése során olyan protokollok kerültek kialakításra, amik az 51/1997 NM rendeletben (51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról) meghatározott preventív jellegű szolgáltatások nyújtását tűzték ki célul. (Az egyes szolgáltatások célcsoportja, értelemszerűen, változó volt.)

Az alapállapot-felmérés során megállapítható volt, hogy széles tartományon belül variálódtak az igénybevételi gyakoriságok (a szolgáltatást ajánlott gyakorisággal igénybevevők prevalenciája). Leggyakrabban a megfelelő gyakoriságú vérnyomásmérést lehetett regisztrálni (86,3%; 95%-os megbízhatósági tartomány 84,1–88,4). Ugyanakkor, az ajánlásnak megfelelő gyakorisággal a célcsoportba tartozó felnőtteknek csak 14,6%-a (95%MT 10,9–18,2) vett részt colorectális carcinoma szűrésen, ami a spektrum másik végén helyezkedett el. A medián igénybevételi gyakoriság, az összes beavatkozás figyelembe vételével 36% volt.

A Modellprogram többlétszolgáltatásait nyújtó praxisközösségek által ellátott felnőttek között jelentősen emelkedett a házi-orvosi preventív szolgáltatások igénybevétele a végállapot-felmérés eredményei szerint. A szolgáltatások igénybevételére kapott medián gyakoriság 59% volt. A legnagyobb gyakorisággal nyújtott szolgáltatás a vérnyomásmérés volt (90%; 95%-os megbízhatósági tartomány 88,1–91,9). A colorectális carcinoma szűrésen résztvevők részaránya lényegében változatlan 14,3% (95%-os megbízhatósági tartomány 10,9–17,7) maradt.

Az értékelt 19 intervenció közül semmilyen változást nem lehetett megfigyelni azoknál a daganatszűrésnél, ahol a házi-orvos csak a részvételt támogató kommunikációval tud szerepet vállalni. Sem a méhnyakrák szűrésen, sem az emlőrák szűrésen, sem a prosztaták szűrésen, sem a már említett colorectális carcinoma szűrésen nem vettek részt többen a Modellprogram végén, mint azt megelőzően. A részvételi gyakoriságok messze elmaradtak az ajánlott értékektől. Fontos megjegyezni, hogy bár az egészségi állapot felmérés kapcsán tisztázandó volt az utolsó méhnyakrák-szűrés, emlőrák-szűrés, prosztaták szűrés és colorectális carcinoma szűrés óta eltelt idő (ami alapján indokolt esetben a részvétel ösztönzése joggal elvárható

bármelyik egészségügyi dolgozótól) a praxisközösségi protokollokban nem szerepelt ezeknek a szűrővizsgálatoknak a célzott támogatása. Ezzel szemben a szájüregi inspekción átesettek prevalenciája jelentősen emelkedett a Modellprogram idején. A 147,7%-os emelkedés eredményeként elért 23,3%-os igénybevételi gyakoriság azonban nyilván nagyon messze van a kívánatos szinttől.

A nem daganatszűréshez kapcsolódó szolgáltatások igénybevétele jelentős mértékben javult. Kivételt csak a vizeletvizsgálat, a vérnyomásmérés, valamint a – zömmel 65 évnél idősebbek közti – látás és hallás vizsgálat jelentett. Vérnyomásmérés esetében az emelkedés nem is volt várható, hiszen eleve nagyon magas volt a kellő gyakorisággal vérnyomásmérése résztvevők prevalenciája. Látva a nagyon alacsony és nem változó vizsgálati gyakoriságokat, nyilvánvalóan nem tartották fontosnak az érzékszervi károsodások felmérését a házi-orvosok az idősök körében.

A legjelentősebb mértékű javulás az alkoholfogyasztási szokások felmérése (353,7%), a haskőrfogatmérés (264,0%), a táplálkozási szokások felmérése (262,0%), a dohányzási szokások felmérése (237,6%) és az érelmeszesedés szűrése (205,4%) esetében volt regisztrálható. Ezek a szolgáltatások a praxisközösségek többlétszolgáltatásainak bevezetése előtt lényegében hiányoztak az alapellátás szolgáltatásai közül; eleve lehetetlen né téve, hogy az alapellátás szintjén is hatékonyan nyújtható dohányzás leszokási támogatás, táplálkozási racionalizálást célzó tanácsadás, támogatás az alkoholfogyasztási problémáktól szenvedők megfelelő ellátásának megszervezéséhez, és a metabolikus szindrómához kapcsolódó tanácsadás (esetleg gyógyszeres támogatás indítása) megtörténjen, ami pedig nyilvánvalóan fontos lenne a hazai népegészségügyi problémák ismeretében.

Ugyanakkor a laboratóriumi vizsgálaton alapuló szolgáltatások igénybevétele bár statisztikailag szignifikáns mértékben emelkedett, a változás mértékének népegészségügyi jelentősége nem túl nagy, hiszen alig néhány százalékos volt a javulás. Ennél a beavatkozás csoportnál is érvényesült az, hogy a házi-orvos és munkatársai által elvégezhető szolgáltatás intenzitását a Modellprogram jelentős mértékben tudta javítani célzott protokolljai és a megfelelően felépített kapacitásai révén; ugyanakkor azokon a pontokon, ahol a szakellátókkal való együttműködésre (azok protokolljához való csatlakozásra és azok kapacitásainak használatára) lett volna szükség, ott már nem tudta produkálni a Modellprogram a kívánatos eredményeket (I. táblázat).

I. táblázat
Az 51/1997 NM rendeletben felsorolt preventív szolgáltatások igénybevételi gyakoriságának változása a programban résztvevő felnőttek esetében az alap- és végállapot-felmérés alapján.

	Alapállapot			Végállapot			Változás	
	Esetszám	Minta	Prevalencia [95%-os megbízhatósági tartomány]	Esetszám	Minta	Prevalencia [95%-os megbízhatósági tartomány]	(Végállapot/ alapállapot)	Szignifikancia
Családi anamnézis (3 éven belül)	367	1019	36% [33,1 - 39]	601	977	61,5% [58,5 - 64,6]	170,8%	emelkedés
Méhnyakrák szűrés (3 éven belül, 25-65 éves nők körében)	243	381	63,8% [59 - 68,6]	209	347	60,2% [55,1 - 65,4]	94,4%	---
Emiórák szűrés (2 éven belül, 45-65 éves nők körében)	95	186	51,1% [43,9 - 58,3]	109	185	58,9% [51,8 - 66]	115,4%	---
Prosztatarák szűrés (65 év feletti férfiak körében)	30	73	41,1% [29,8 - 52,4]	32	94	34% [24,5 - 43,6]	82,8%	---
Colorectalis carcinoma szűrés (2 éven belül, 50-75 évesek körében)	53	364	14,6% [10,9 - 18,2]	58	406	14,3% [10,9 - 17,7]	98,1%	---
Szájüregi daganat szűrés (3 éven belül)	161	1019	15,8% [13,6 - 18]	228	977	23,3% [20,7 - 26]	147,7%	emelkedés
Látásvizsgálat (65 év felettek körében)	61	223	27,4% [21,5 - 33,2]	64	270	23,7% [18,6 - 28,8]	86,7%	---
Hallásvizsgálat(65 év felettek körében)	29	223	13% [8,6 - 17,4]	45	271	16,6% [12,2 - 21]	127,7%	---
Érelmeszesedés vizsgálata (3 éven belül a 40 évnél idősebbek körében)	119	624	19,1% [16 - 22,2]	264	674	39,2% [35,5 - 42,9]	205,4%	emelkedés
Testsúlymérés (3 éven belül)	505	1019	49,6% [46,5 - 52,6]	719	977	73,6% [70,8 - 76,4]	148,5%	emelkedés
Haskőfogatmérés (3 éven belül)	254	1019	24,9% [22,3 - 27,6]	643	977	65,8% [62,8 - 68,8]	264,0%	emelkedés
Táplálkozás értékelése (3 éven belül)	252	1019	24,7% [22,1 - 27,4]	633	977	64,8% [61,8 - 67,8]	262,0%	emelkedés
Alkoholfogyasztás felmérése (3 éven belül)	166	1019	16,3% [14 - 18,6]	563	977	57,6% [54,5 - 60,7]	353,7%	emelkedés
Dohányzás felmérése (3 éven belül)	255	1019	25% [22,4 - 27,7]	581	977	59,5% [56,4 - 62,5]	237,6%	emelkedés
Vérnyomásmérés (2 éven belül)	879	1019	86,3% [84,1 - 88,4]	879	977	90% [88,1 - 91,9]	104,3%	---
Koleszterinszint mérés (2 éven belül)	563	978	57,6% [54,5 - 60,7]	606	936	64,7% [61,7 - 67,8]	112,5%	emelkedés
Vércukorszint mérés (2 éven belül)	626	978	64% [61 - 67]	659	936	70,4% [67,5 - 73,3]	110,0%	emelkedés
Szérum-kreatininszint mérés (2 éven belül)	363	978	37,1% [34,1 - 40,1]	420	936	44,9% [41,7 - 48,1]	120,9%	emelkedés
Vizeletvizsgálat (2 éven belül)	442	978	45,2% [42,1 - 48,3]	474	936	50,6% [47,4 - 53,8]	112,1%	---

II. táblázat
 Egészséggel kapcsolatos attitűd változása a programban résztvevő felnőttek esetében az alapállapot (N=1019) és a végállapot (N=977) felmérése alapján

	Alapállapot		Végállapot		Változás
	Esetszám	Prevalencia [95%-os megbízhatósági tartomány]	Esetszám	Prevalencia [95%-os megbízhatósági tartomány]	
Érdemes megfogadni az orvosok tanácsait.	832	81,6% [79,3 - 84]	765	78,3% [75,7 - 80,9]	95,9%
Az egészség a legfontosabb a világon.	899	88,2% [86,2 - 90,2]	852	87,2% [85,1 - 89,3]	98,8%
Az egészség nem szerencse kérdése.	348	34,2% [31,2 - 37,1]	332	34% [31 - 37]	99,5%
Aki túl sokat foglalkozik az egészség kérdésével könnyebben lesz beteg.	253	24,8% [22,2 - 27,5]	209	21,4% [18,8 - 24]	86,2%
A szenvedésnek nem isteni okai vannak.	448	44% [40,9 - 47]	430	44% [40,9 - 47,1]	100,1%
Nagyon betegnek kell ahhoz lennem, hogy orvoshoz forduljak.	366	35,9% [33 - 38,9]	343	35,1% [32,1 - 38,1]	97,7%
Az olyan embereknek, mint én, bőven van idejük arra, hogy az egészségükkel törődjenek.	365	35,8% [32,9 - 38,8]	324	33,2% [30,2 - 36,1]	92,6%
Az egészség szempontjából az a legfontosabb, hogy az ember milyen adottságokkal született.	260	25,5% [22,8 - 28,2]	250	25,6% [22,9 - 28,3]	100,3%
Az egészséges táplálkozás többbe kerül, mint a hagyományos.	586	57,5% [54,5 - 60,5]	455	46,6% [43,4 - 49,7]	81,0%
Az egészséges ételek finomak.	534	52,4% [49,3 - 55,5]	450	46,1% [42,9 - 49,2]	87,9%
Ha valaki eleget mozog, akkor mindegy, hogy mennyit eszik.	248	24,3% [21,7 - 27]	171	17,5% [15,1 - 19,9]	71,9%
A szakemberek soha nem értenek egyet abban, hogy milyen az egészséges táplálkozás.	241	23,7% [21 - 26,3]	232	23,7% [21,1 - 26,4]	100,4%
Nemcsak az erőteljes testmozgás az, amely javítja az ember egészségét, például a rendszeres sétálásnak, kocogásnak is van kedvező hatása.	758	74,4% [71,7 - 77,1]	673	68,9% [66 - 71,8]	92,6%
Ha valaki nem elhízott, akkor is szüksége van testmozgásra ahhoz, hogy megőrizze az egészségét.	587	57,6% [54,6 - 60,6]	493	50,5% [47,3 - 53,6]	87,6%
50 éves kor felett a rendszeres testmozgásnak már több a haszna, mint a kára a sérülések megnövekedett kockázata miatt.	575	56,4% [53,4 - 59,5]	510	52,2% [49,1 - 55,3]	92,5%
A dohányzás sok dohányzó esetében okoz súlyos betegséget.	517	50,7% [47,7 - 53,8]	421	43,1% [40 - 46,2]	84,9%
A dohányzásra rászokás az emberek szabad választása.	815	80% [77,5 - 82,4]	753	77,1% [74,4 - 79,7]	96,4%
A dohányzás által okozott betegségek nem jól gyógyíthatók.	282	27,7% [24,9 - 30,4]	241	24,7% [22 - 27,4]	89,1%

II. táblázat (folytatása)
 Egészséggel kapcsolatos attitűd változása a programban résztvevő felnőttek esetében az alapállapot (N=1019) és a végállapot (N=977) felmérése alapján

	Alapállapot		Végállapot		Változás
	Esetszám	Prevalencia [95%-os megbízhatósági tartomány]	Esetszám	Prevalencia [95%-os megbízhatósági tartomány]	
A szakemberek nem túlozzák el a dohányzás veszélyeit.	435	42,7% [39,7 - 45,7]	346	35,4% [32,4 - 38,4]	csökkenés
A rendszeresen dohányzók le tudnak szokni a dohányzásról.	406	39,8% [36,8 - 42,8]	360	36,8% [33,8 - 39,9]	---
Sok ember fogyaszt annyi alkoholt, amely már ártalmas az egészségre.	463	45,4% [42,4 - 48,5]	403	41,2% [38,2 - 44,3]	---
Az alkohol okozta betegségeket könnyű idejekorán észrevenni és ekkor még jól gyógyíthatók.	302	29,6% [26,8 - 32,4]	260	26,6% [23,8 - 29,4]	---
A szakemberek nem túlozzák el az alkoholfogyasztás veszélyeit.	498	48,9% [45,8 - 51,9]	416	42,6% [39,5 - 45,7]	csökkenés
Csak az ember akaraterején múlik, hogy abba tudja hagyni a mértéktelen alkoholfogyasztást.	714	70,1% [67,3 - 72,9]	665	68,1% [65,1 - 71]	---

EGÉSZSÉGATTITŰD ÉS ÉLETMÓD VÁLTOZÁSA

A praxisközösségekben a Modellprogram protokolljai alapján közösségi egészségfejlesztő, és egyéni illetve csoportos programokat szerveztek. Ezek a felnőtt népességet jelentős részben közvetlenül, résztvevőként érték el. Az itt kifejtett direkt hatás egészült ki a családtagok, ismerősök felé közvetített hatásokkal. Ehhez járult még hozzá, hogy a preventív szolgáltatásokat nyújtó praxisközösségek a felnőtt népesség túlnyomó többsége számára személyes tapasztalatot biztosítottak arra vonatkozóan, hogy az egészségi állapot-felmérés, illetve a ráépített szolgáltatások hasznosak. A kedvező tapasztalatoktól elvileg várható volt az egészséggel kapcsolatos attitűd változása; illetve a rizikófaktorok (elhízás, mozgásszegény életmód stb.) elleni szervezett programok hatására elvileg elképzelhető volt az életmód változása is.

Az attitűd szintjén bekövetkezett változások egy része egyértelműen kedvező volt. Csökkent annak a véleménynek, rossz táplálkozási ismeretekre alapuló sztereotípiának a prevalenciája, hogy „Az egészséges táplálkozás többbe kerül, mint a hagyományos.” (19%-kal), hogy „Az egészséges ételek finomak.” (12,1%-kal), hogy „Ha valaki eleget mozog, akkor mindegy, hogy mennyit eszik.” (28,1%-kal). A táplálkozással kapcsolatos egyetlen kedvezőtlen irányú véleményváltozás az volt, hogy csökkent azok részaránya, akik szerint „Ha valaki nem elhízott, akkor is szüksége van testmozgásra ahhoz, hogy megőrizze az egészségét.” (12,4%-kal).

Kedvezőtlen irányú véleményváltozást tükröznek az abúzusokkal kapcsolatban, hogy csökkent „A szakemberek nem túlozzák el a dohányzás veszélyeit.” (17%-kal), „A szakemberek nem túlozzák el az alkoholfogyasztás veszélyeit.” (12,1%-kal), „A dohányzás sok dohányzó esetében okoz súlyos betegséget.” (15,1%-kal) véleményt vallók részaránya. Szintén visszaszorult az a nézet, miszerint „A dohányzás sok dohányzó esetében okoz súlyos betegséget.” (15,1%-kal).

A táplálkozással kapcsolatos ismeretek esetében is megfigyelhető volt változás, de ezek sem értékelhetők egyértelműen az ismeretek javulásaként vagy romlásaként. Emelkedett azok részaránya, akik szerint a „Vegetáriánus étrend nem egészséges” (6,9%-kal). Ugyanakkor, azok aránya csökkenést mutatott, akik szerint „A vegyes étrend, sok zöldeggel és gyümölcssel egészséges.” (4,6%-kal), illetve akik szerint „A zsírszegény étrend egészséges.” (32,2%-kal).

Összességében az attitűd értékelésére adott válaszok alapján nem volt kimutatható egyirányú attitűdváltozás. Az abúzusokkal kapcsolatban a kedvezőtlen, a táplálkozással kapcsolatban a kedvező változások voltak túlsúlyban (II. táblázat).

A rendszeresen dohányzók részaránya nem változott a Modellprogram futamideje alatt. A problémás alkoholfogyasztás prevalenciája viszont szignifikáns csökkenést mutatott (42,7%-kal). Bár utóbbi elvileg jelentős eredményként lenne értékelhető, de részletekbe menő elemzések nélkül nem tulajdonítható a praxisközösségi működés pozitív hatásának az alapadatok minőségével kapcsolatos problémák miatt. (A problémás alkoholfogyasztás felmérése során használt kérdésekre adott válaszok a nem kondicionált és a kondicionált válaszolók esetében jelentős mértékben eltérők lehetnek.) A testalkatváltozás egyértelműen kedvezőtlen volt a Modellprogram futamideje alatt. Az elhízottak részaránya 22,3%-kal, a centrális elhízás gyakorisága 9,8%-kal emelkedett (III. táblázat).

HIPERTÓNIA ÉS DIABÉTESZ GONDOZÁS VÁLTOZÁSA

Mind az életmódot befolyásoló programok, mind az attitűdöt befolyásolni képes praxisközösségi hatások, mind a kibővített alapellátási team preventív szolgáltatásai abba az irányba hatnak, hogy javul az alapellátás szintjén jól menedzselhető hipertónia és diabétesz gondozás minősége.

Elvileg várható volt az, hogy a Modellprogram folyamatos szűréseinek a következményeként csökken a felmérések során behívottak körében azok részaránya, akik nem tudtak betegségükről (hipertónia, vagy diabétesz rejtett morbiditás), de akiknél a felmérés alkalmával emelkedett vérnyomást vagy vércukorszintet találtak. Viszont, nem lehetett a végállapot-felmérés során csökkent rejtett morbiditást detektálni.

A gondozásba vont hipertóniás és diabéteszes betegek teljes népességen belüli részaránya ugyan emelkedett, de egyik esetben sem szignifikáns mértékben. Te-

III. táblázat

Táplálkozási ismeretek és életmódi indikátorok változása a programban résztvevő felnőttek esetében az alapállapot (N=1019) és a végállapot (N=977) felmérése alapján

	Alapállapot		Végállapot		Változás	
	Esetszám	Prevalencia [95%-os megbízhatósági tartomány]	Esetszám	Prevalencia [95%-os megbízhatósági tartomány]	(Végállapot/alapállapot)	szignifikancia
A bőséges, kalória gazdag étrendet nem tartja egészségesnek	661	64,9% [61,9 - 67,8]	681	69,7% [66,8 - 72,6]	107,5%	---
A vegetáriánus étrendet nem tartja egészségesnek	792	77,7% [75,2 - 80,3]	812	83,1% [80,8 - 85,5]	106,9%	emelkedés
A vegyes étrendet, sok zöldséggel és gyümölcssel egészségesnek tartja	937	92% [90,3 - 93,6]	857	87,7% [85,7 - 89,8]	95,4%	csökkenés
A zsírszegény étrendet egészségesnek tartja	563	55,3% [52,2 - 58,3]	366	37,5% [34,4 - 40,5]	67,8%	csökkenés
Rendszeres dohányzás	336	33% [30,1 - 35,9]	313	32% [29,1 - 35]	97,2%	---
Problémás alkoholfogyasztás	91	8,9% [7,2 - 10,7]	50	5,1% [3,7 - 6,5]	57,3%	csökkenés
Sovány testalkat	31	3% [2 - 4,1]	18	1,8% [1 - 2,7]	60,6%	---
Normál testalkat	392	38,5% [35,5 - 41,5]	321	32,9% [29,9 - 35,8]	85,4%	---
Túlsúly	327	32,1% [29,2 - 35]	323	33,1% [30,1 - 36]	103,0%	---
Elhízás	267	26,2% [23,5 - 28,9]	313	32% [29,1 - 35]	122,3%	emelkedés
Centrális elhízás	705	69,2% [66,4 - 72]	742	75,9% [73,3 - 78,6]	109,8%	emelkedés

IV. táblázat
Hipertónia és diabétesz gondozás indikátorainak változása a programban résztvevő felnőttek esetében az alapállapot (N=1019) és a végállapot (N=977) felmérése alapján

	Alapállapot		Végállapot		Változás	
	Esetszám	Prevalencia [95%-os megbízhatósági tartomány]	Esetszám	Prevalencia [95%-os megbízhatósági tartomány]	(Végállapot/ alapállapot)	Szignifikancia
Gondozott hipertónia	355	34,8% [31,9 - 37,8]	391	40% [36,9 - 43,1]	114,9%	---
Roszul beállított hipertónia	221	62,3% [57,2 - 67,3]	223	57% [52,1 - 61,9]	91,6%	---
Szűrés során azonosított hipertónia	170	16,7% [14,4 - 19]	145	14,8% [12,6 - 17,1]	89,0%	---
Gondozott diabétesz	98	9,6% [7,8 - 11,4]	107	11% [9 - 12,9]	113,9%	---
Roszul beállított diabétesz	27	27,6% [18,7 - 36,4]	39	36,4% [27,3 - 45,6]	132,3%	---
Szűrés során azonosított diabétesz	15	1,5% [0,7 - 2,2]	22	2,3% [1,3 - 3,2]	153,0%	---

hát ez az indikátor sem támasztotta alá, hogy a szervezett szűrések miatt érdemben kerültek át a rejtett hipertóniás, illetve diabéteszes betegek a gondozottak közé. A gondozás hatékonyságának a stagnálására utal, hogy a célérték alatti mérési eredmények sem váltak szignifikáns mértékben gyakoribbá a gondozott betegek között.

Összességében az alapállapot-felmérés és a végállapot-felmérés során gyűjtött adatok nem adtak arra bizonyítékot, hogy javult a hipertónia és diabétesz szűrés és gondozás hatékonysága a praxisközösségekben. (IV. táblázat)

SZOLGÁLTATÁSFEJLESZTÉSI HATÉKONYSÁG

Az intervenció területén végzett alapállapot-felmérés és végállapot-felmérés eredményeinek elsődleges elemzése alapján úgy tűnik, hogy a preventív szolgáltatások elindítása a praxisközösségekben sikeres volt. Az egészségi állapot felméréshez, illetve a praxisközösség preventív beavatkozásaihoz kapcsolódó mutatók túlnyomó többsége jelentős javulást mutatott. Tanulságos az egyes végpontokon látott változatlanág is, mert azt demonstrálják, hogy azok (és csak azok!) a preventív szolgáltatások javultak, amikre a praxisközösségi protokoll fókuszált.

A praxisközösségekben ellátott felnőttek tapasztalatai még nem érték el azt a kritikus mértéket, illetve még

nem telt el elegendő idő ahhoz, hogy a felnőttek attitűdje a kívánatos irányba változzon. A detektált változások részlegesnek mutatkoztak, és eltérő irányúak voltak. Ugyanilyen módon lehet interpretálni az életmódi változásokat is. Egyértelmű pozitív elmozdulást nem sikerült elérni, de ezek kifejlődéséhez biztosan nem is állt rendelkezésre elegendő idő. (A praxisközösségi protokollok 2 éven keresztül működtek.) Azaz, nem is volt ezeken a végpontokon várható az eredmény.

A betegségek (a vizsgált hipertónia és diabétesz) prognózisa, eredmény jellegű gondozási alapindikátorai nem mutattak még változást. De ezek esetében várható legkésőbb a preventív szolgáltatások pozitív hatásának megnyilvánulása; azaz a praxisközösségi tevékenység egyik legfontosabb céljának elérése, az egészségveszteségek csökkentése.

Az alap- és végállapot-felmérés alapján populációs szintű egészségnyereség még nem volt kimutatható, de a preventív szolgáltatások igénybevételének jelentős javulása igen. Nyilvánvaló, hogy ennek következtében az egészségi állapot szintjén is meg fog jelenni a praxisközösség tevékenységének a haszna (hiszen a specifikus monitoring tevékenységek többsége a bizonyítékokon alapuló szolgáltatások sikeres adaptációját bizonyította), ha a praxisközösségi működési forma a továbbiakban is fenn tud maradni.

IRODALOM

1. Működési kézikönyv a praxisközösségek népegészségügyi szolgáltatásaihoz.
<http://www.alapellatasimodell.hu/index.php/hu/>
Letöltve: 2017. március 15.
2. U.S. Preventive Services Task Force: Recommendations for Primary Care Practice
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/home>
Letöltve: 2017. március 15.
3. The Royal Australian College of General Practitioners: Guidelines for preventive activities in general practice, 8th edition
<http://www.nmml.org.au/content/Document/RACGP%20Red%20Book.pdf> (2017. március 15.)
4. Sándor, J., Nagy, A., Földvári, A., Szabó, E., Csenteri, O., Vincze, F., Sipos, V., Kovács, N., Pálkás, A., Papp, M., Fürjes, G., Ádány, R.: Delivery of cardio-metabolic preventive services to Hungarian Roma of different socioeconomic strata. *Family Practice*, 2016, doi:10.1093/fampra/cmw102

DÓZSA KATALIN
BÁLITY CSABA
KÖRÖSI LÁSZLÓ
FALUSI ZSÓFIA
PÁL LÁSZLÓ
MERÉSZ GERGŐ
SINKÓ ESZTER

Praxisközösségi szolgáltatások igénybevétele, lakossági attitűdváltás

Utilization of GP cluster services and their effects on attitudes of clients

Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közzolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ – 1125 Budapest, Kútvölgyi út 2.
Tel.: (20) 825 8383 – E-mail: dozsakatalin@ekk.sote.hu, dozsa@emk.sote.hu

Összefoglalás: A Svájci-Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram zárásaként lezajlott lakossági kérdőíves adatfelvétel során 1000 fős intervenció és 1000 fős kontroll mintán vizsgáltuk az érintett populáció prevenció szolgáltatásokkal kapcsolatos attitűdjét, elégedettségét és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Az eredmények azt igazolták, hogy a praxisközösségek által ellátott lakosság kiemelkedően magas arányban ismeri az alapellátásban nyújtott új szolgáltatásokat, s az intervenció területen jelentősen nagyobb a krónikus betegségek esetén a korai felismerések aránya és a háziorvosok nagyobb gyakorisággal küldték krónikus gondozásra szoruló betegeiket tanácsadásra, mint a kontroll területen. A tanácsadáson való részvételi hajlandóság a krónikus betegek körében szintén magasabb volt a Modellprogram által érintett területen. Az intervenció lakosság 79%-a szerint az egészségügyi ellátás javult lakóhelyén, a szolgáltatásokat igénybe vevők körében mért teljeskörű elégedettség 94,1%-os volt. A rizikómagatartásokkal kapcsolatos szemlélet az intervenció területen élő lakosság körében a kontroll populációénál kedvezőbb eredményt adott. A Program területén nem volt különbség a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben a községek és a városok között, szemben a kontroll területtel, ahol jelentős volt az eltérés településtípustól függően. A szervezett egészségszűrésen való részvételi arány a romák körében szignifikánsan magasabb volt az intervenció területen, mint a kontroll területen (90% és 22%).

Kulcsszavak: praxisközösség, prevenció szolgáltatások ismertsége, attitűd, elégedettség, ellátáshoz való hozzáférés, esélyegyenlőség, roma

Summary: Before closure of the Swiss-Hungarian Primary Health Care Development Programme, a survey was carried out investigating health attitudes, satisfaction with and access to care in two samples of 1000-1000 persons from the intervention region and a control region, respectively. Results of the survey showed an outstanding public recognition of the Programme in the population of the intervention area. Significantly higher proportions of patients suffering from chronic disease were diagnosed, referred to and had accessed chronic care services in the intervention area compared to that in the control area. Patients relied more on these services than similar patients in the control group. 79% of respondents of the intervention sample perceived improvements in the quality of health care in their settlement. The overall satisfaction rate related to services of dietitians, physiotherapists and psychologists in the GP clusters was 94.1%. Considerable differences in attitudes towards several health-risk behaviours were measured favouring the intervention population. As opposed to the control area, there was no difference in access to care between villages and cities in the intervention area, and significantly higher proportion of the Roma population (90%) participated at the health status assessment in the intervention area compared to that in the control area (22%).

Keywords: GPs' cluster, publicity of preventive services, attitude, client satisfaction, access to care, equity, Roma

BEVEZETÉS

A Svájci-Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram (továbbiakban: Modellprogram) céljai között szerepelt az alapellátás és prevenció minőségének, eredményességének és hatékonyságának, az alapellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségének, valamint a házi-orvosi gondozás hatékonyságának javítása [1]. A Modellprogram Megvalósíthatósági tanulmánya eredményindikátorként határozta meg a lakosság preventív többlétszolgáltatásokkal kapcsolatos ismereteinek és attitűdjének javulását.

MÓDSZER

A Modellprogram zárásaként, annak értékelésére végzett kvantitatív kutatás során 2026 fő (1022 fő praxisközösségi, 1004 fő kontroll) megkérdezésével kérdőíves adatfelvétel történt. Az így létrejött adatbázis egy-egy közel azonos elemszámú intervenció és kontroll mintára bontható. Az intervenció mintába olyan 18 év feletti kliensek kerültek, akik a négy praxisközösség huszonegy felnőtt, illetve vegyes házi-orvosi praxisának egyikébe voltak bejelentve. A kontroll adatok gyűjtéséhez hasonló szocio-demográfiai jellemzőkkel leírható településeken dolgozó házi-orvosi praxisokat toboroztunk. A mintákba való beválogatás a praxisok által ellátott lakosság köréből a házi-orvosok és praxis szakdolgozók bevonásával történt, az OEP által BNO kódok alapján esetdefiníciókba sorolt kliens lista segítségével.

Mind az intervenció, mind pedig a kontroll minta hét-hét almintára (esetdefiníciós csoportra) bontható.

Az OEP által végzett esetdefiníciós besorolást a házi-orvosoknak meg kellett erősíteniük. Az esetdefiníciós csoportok kiválasztásakor a Program szolgáltatásaival való kapcsolat és az adott betegség népegészségügyi jelentősége volt a meghatározó. Fontos hangsúlyozni, hogy a praxisközösségekben biztosított szolgáltatásokra vonatkozó kérdéseket úgy fogalmaztuk meg, hogy a kérdések olyan szolgáltatásokat is fókuszba helyezzenek, amelyek a Programban elérhetővé váltak, a krónikus beteggondozás részei (pl. cukorbeteg diétás tanácsadása, nyak-váll-gerinc gyógytorna) és hazánkban közfinanszírozott módon eddig csak a szakellátáson keresztül voltak elérhetőek.

Az alminták a következők voltak:

1. Ismert betegség nélküli átlagpopuláció,
2. Cukorbeteg,
3. Hipertóniások,
4. Degeneratív mozgásszervi betegségben szenvedők,
5. Depressziósok,
6. Krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek,
7. Hyperlipidaemiások.

Emellett célzott kérdéseket tettünk fel a dohányzók és a BMI \geq 30 kg/m² kliensek részére (akik beazonosítása társadalombiztosítási BNO jelentési adatokon keresztül nem lehetséges megbízható módon).

A jól definiálható, nagy prevalenciájú kardio-metabolikus csoportokra nagyobb (250–250 fős) elemszámot adtunk meg. Az esetdefiníciós almintákban (I. táblázat) a rétegzés az intervenció időszakban diagnosz-

I. táblázat

A minták összetétele és elemszáma esetdefiníciós csoportok szerint az intervenció és kontroll területen

	Esetdefiníciós csoport	Intervenció minta fő (%)	Kontroll minta fő (%)
1	Átlagpopuláció	100 (9,8)	112
2	Cukorbeteg	267 (26,1)	235
3	Hipertóniások	262 (25,6)	259
5	Degeneratív mozgásszervi	144 (14,1)	124
8	Depressziósok	100 (9,8)	118
9	Krónikus vesebeteg	40 (3,9)	41
10	Hyperlipidaemiások	109 (10,7)	115
Össz.		1022 (100)	1004 (100)

tizált 1-es klienskör és az intervenció előtt már ismert krónikus betegek (2-es klienskör) megfelelően történt korcsoportok szerinti cél elemszámok megadásával, születési dátum szerinti megadott sorrendben haladva. A kérdőívek két fő részből álltak, az általános mellett az adott betegségekre specifikus kérdéseket tettünk fel a krónikus betegek körében. A felmérést 90%-ban ismert krónikus betegek, 10%-ban pedig ismert krónikus betegség nélküli átlag populáció körében végeztük az intervenció időszakára kifejezett hangsúlyt helyezve.

A vizsgálatot az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (ETT-TUKEB) engedélyezte (5145-1/2016/EKU). Az adatok a vizsgáltba vont személyek előzetes, tájékozott beleegyezését követően kerültek felvételre, az elemzések anonim módon történtek.

EREDMÉNYEK

A mintavétel hatékonysága

A házi orvosokon keresztül tájékozott beleegyezéssel felkért kliensek gyakorlatilag 100%-ban részt vettek a felmérésben. Visszmondás néhány sporadikus esetben, váratlan élethelyzet változás miatt fordult elő.

Ez az intervenció területén négy, a kontroll területén hét főt érintett. A magas válaszadási arány a házi orvosokon keresztül történt mozgósítás, tájékoztatás és tájékozott beleegyezés eredményének tekinthető.

Az intervenció és a kontroll mintába került kliensek szocio-demográfiai jellemzőit a 2. táblázat foglalja össze.

A Modellprogram ismertsége a lakosság körében

A Modellprogram ismertsége az érintett településeken kiemelkedően magas volt, meghaladta az előzetes várakozásokat. A kérdezettek 89,1%-a tudott a lakóhelyén szervezett formában zajló egészségszűrésről. Valamennyi estedefiníciós csoportban az intervenció települések kedvezőbb helyzete látszott. A legnagyobb eltérést a krónikus mozgásszervi betegek körében mértük, itt a modellprogramban érintett településeken a kliensek 93%-a tudott szervezett egészségszűrésről, míg ez az arány a kontroll területen csupán 51% volt. Szintén jelentős különbség volt a magas vérnyomás betegségben szenvedők (90% és 54%), a cukorbeteg (88% és 54%), és a hyperlipidaemiások között (91% és 61%). A legkisebb eltérés a krónikus vesebetegek csoportjai között volt (80% és 71%). Az ismert betegség nélküliek csoportjában az intervenció területén tízből kilencen ismertek szervezett szűrésről, a kontroll-csoport-

II. táblázat
Az intervenció és a kontroll mintába került kliensek jellemzői (N; %)

	Intervenció mintája	Kontroll mintája
Átlagéletkor	51,37 (SD=15,41)	51,93 (SD=15,68)
Férfi	384 (37,5)	353 (35,2)
Nő	640 (62,5)	651 (64,8)
Nőtlen/hajadon	119 (11,6)	113 (11,2)
Párkapcsolatban él	157 (15,4)	112 (11,1)
Házasság	539 (52,8)	572 (57,0)
Elvált, egyedül él	82 (8,0)	82 (8,2)
Özvegy, egyedül él	124 (12,2)	125 (12,5)
Legfeljebb 8 osztály	339 (33,2)	275 (27,4)
Szakk munkás	339 (33,2)	385 (38,4)
Érettségizett	249 (24,3)	241 (24,0)
Diplomás	95 (9,3)	102 (10,2)
Dohányzik	336 (32,8)	294 (29,3)
Elhízott	435 (42,5)	354 (35,3)

ban alig több, mint a kérdezettek fele adott pozitív választ.

70% felett volt a legtöbb kiegészítő szolgáltatás (pl. táplálkozási tanácsadás, gyógytorna és egyéb egészségfejlesztő szolgáltatások) ismertsége. Az intervenció területén élők körében szignifikánsan többen számoltak be arról, hogy van tudomásuk a lakóhelyükön elérhető, a Programra jellemző – a hagyományos ellátásban csak szakorvoson keresztül elérhető – egészségügyi szolgáltatásokról. A gyógytorna foglalkozások esetében 24, a diétás tanácsadás esetében 41 százalékpontnyi volt a különbség az intervenció és a kontroll mintába tartozó azon kliensek aránya között, akiknek volt tudomásuk a lakóhelyükön igénybe vehető tanácsadásról.

A gyógytorna esetében a legnagyobb különbség a hipertóniások (83% és 53%) és a krónikus vesebetegek között (73% és 44%) volt, a legcsekélyebb különbség pedig a depressziósok között (68% és 59%). A krónikus mozgásszervi betegek (80% és 56%), a cukorbeteg (78% és 55%) és a magas vérzsír szintűek között a különbség hasonló mértékű volt, az átlagpopulációban 74 és 55% volt azok aránya, akik ismertek gyógytorna foglalkozást a lakóhelyükön.

A táplálkozási tanácsadás tekintetében még inkább kimutatható az intervenció terület kedvezőbb helyzete. A magas vérnyomás betegségben szenvedők között két és félszer (80% és 32%) annyian vannak az intervenció csoportban, akik ismernek táplálkozási tanácsadást lakóhelyükön, de jelentős az eltérés a cukorbeteg (81% és 39%), az ismert betegség nélküli kliensek (69% és 29%) között is. A legkisebb különbség a krónikus vesebetegek között volt kimutatható.

Hasonlóan jelentős eltérést mértünk egészségfejlesztő rendezvények (31% és 71%) és az életmóddal kapcsolatos csoportfoglalkozások (26% és 64%) elérhetősége között. Az egészségfejlesztő rendezvények ismertsége az egészséges kliensek és a krónikus betegek körében lényegében azonos volt. Az, hogy az intervenció praxisokban a kliensek tudnak a lakóhelyükön működő szűrésekről, magas részvétellel is párosult, 83,6%-uk nyilatkozott úgy, hogy az elmúlt három év során megjelent olyan szervezett egészségszűrésen (egészségi állapot felmérésen), amelyre a háziiorvosi rendelőn kívül került sor. A kontroll csoporton belül ez az arány csupán 38% volt. A különböző esetdefinícióba tartozó kliens csoportok között nem volt szignifikáns eltérés a szűrővizsgálaton való részvétel szempontjából.

Az egészségi állapot felmérésre való mozgósításban a válaszadók 80%-a a háziorvost, 20%-a a segéd-egész-

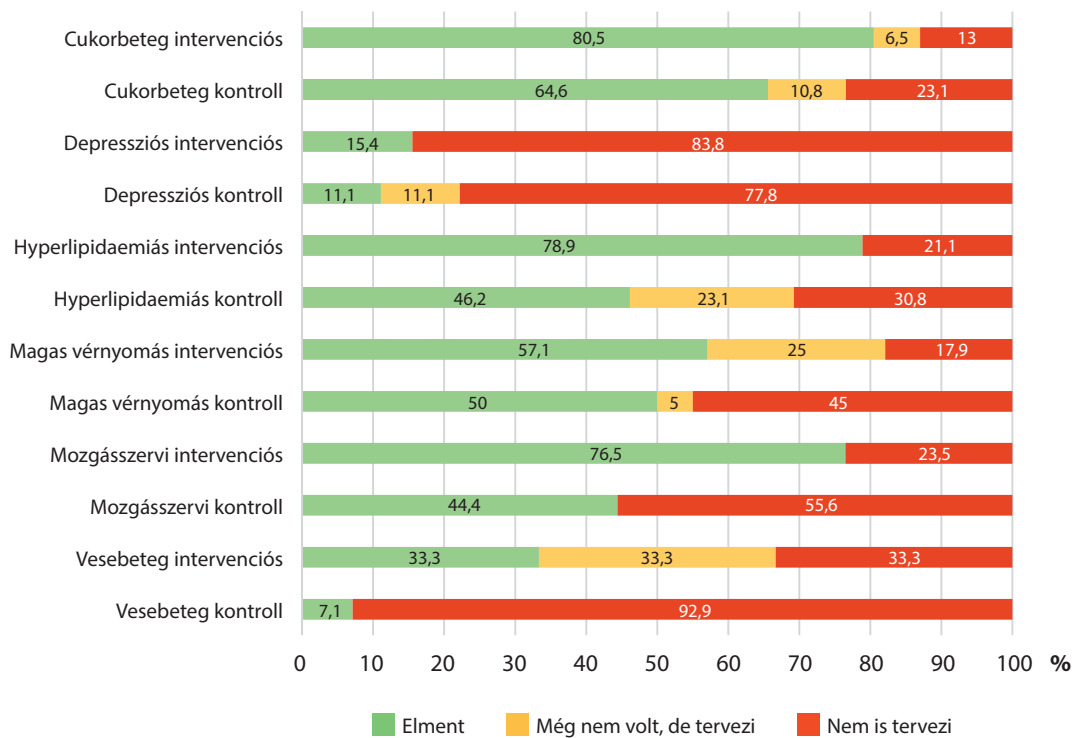
ségőrt nevezte meg behívóként. Fontos kiemelni, hogy a romák [2] között különösen sokan mondták (40%) azt, hogy a segéd-egészségőrök győzték meg arról, hogy fontos részt venniük a szűrésen.

SZŪRŐVIZSGÁLATOKON VALÓ RÉSZVÉTEL

A háziiorvosokhoz bejelentett krónikus betegek között számottevő volt azoknak az aránya, akik betegséget a Programhoz kapcsolódó szűrővizsgálat során diagnosztizáltak, és előzetesen teljesen panaszmentesek voltak. A legmagasabb arány a hyperlipidaemiások között volt (20%), de a cukorbeteg (14%) és magasvérnyomás betegségben szenvedők körében is sokan voltak (13%), akik betegségére szűrővizsgálat során derült fény, vagyis e nélkül ismeretlen maradt volna. A panaszokkal sokáig nem járó kardio-metabolikus betegségek korai felismerésében tehát kiemelkedő a Modellprogram eredményessége, ezáltal hosszabb távon a kardiovaszkuláris szövődmények és halálozás csökkentése várható az egészségi állapot felmérés bevezetésétől [3, 4]. Ennek jelentőségét alátámasztja, hogy hazánk kardiovaszkuláris halálozás tekintetében is rendkívül rossz helyen áll nemzetközi összehasonlításban (az OECD országok között Lettország múlt évi csatlakozása előtt hazánk a legkedvezőtlenebb helyzetben volt) [5].

Tanácsadás igénybevétele

Valamennyi esetdefiníciós csoportban szignifikánsan többen mondták azt az intervenció mintába tartozó kliensek közül a kontrollhoz viszonyítva, hogy a Modellprogram futamideje alatt a krónikus betegségükkel összefüggésben tanácsadásra irányították őket. A legjelentősebb eltérés a hyperlipidaemiások között volt (24 és 11%), a legcsekélyebb a magas vérnyomás betegségben szenvedőknél volt mérhető (13 és 8%). A program működése szempontjából ennél is fontosabb, hogy a tanácsadásra küldött kliensek hány százaléka vett valójában részt ilyen alkalmakon. Valamennyi esetdefiníciós csoportban számottevően többen voltak az intervenció mintában azok, akik el is mentek az említett tanácsadásokra (1. ábra). Ez tehát azt bizonyítja, hogy a súlyos népegészségügyi terhet jelentő krónikus betegségek a lakóhelyhez közel, az alapellátásban közvetlenül nyújtott szolgáltatás formájában nagyobb eséllyel gondolhatók, mint a szakellátáson keresztül.



1. ábra
Részvételi hajlandóság a tanácsadásra küldött kliensek körében az intervenció és a kontroll területeken

Attitűd változása

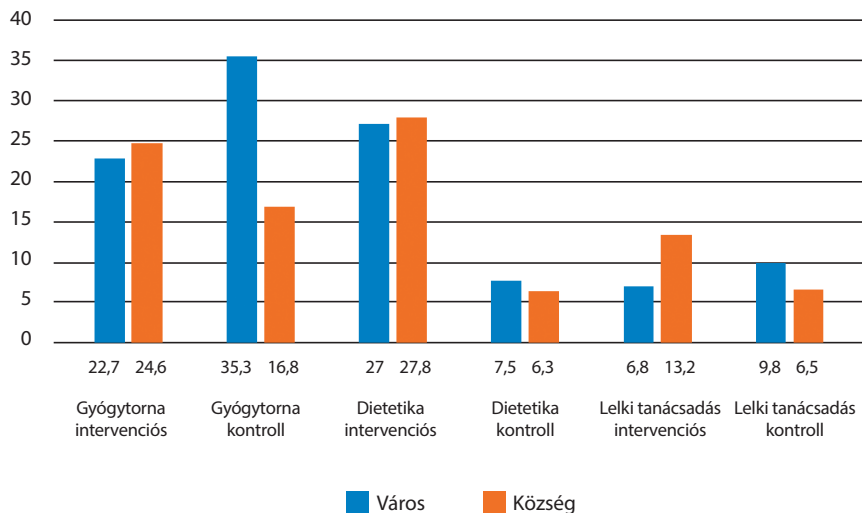
Az egészséges életmóddal kapcsolatos attitűdök vizsgálatakor azt találtuk, hogy tízből hat válaszadó saját bevallása szerint egészségesebben táplálkozott az elmúlt három évben, mint a Program indítását megelőző időszakban. A kliensek közel fele nyilatkozta, hogy többet mozog, mint korábban tette. Az előbbi két kérdésnél nem volt statisztikailag szignifikáns eltérés az intervenció és a kontroll minta között, az összes többi változó esetében viszont szignifikánsan jobb eredményeket kaptunk ($p < 0,001$) a Program által érintett területen élő lakosság körében. Eszerint a kliensek kétharmada követi testsúlyának alakulását, négyötödük rendszeresen méri/méretti a vérnyomását. Az érintett krónikus betegek kétharmada rendszeresen követi a vércukor szintje alakulását, 56% pedig a koleszterin szintjére is figyel. Örvendetes, hogy az érintett válaszadók negyede kevesebbet dohányzik az elmúlt három évben, és a teljes mintában minden tizedik egyén nyilatkozta, hogy abbahagyta a dohányzást az elmúlt három évben. A dohányzási szokásokat vizsgáló kérdésekre adott válaszokból kiderül, hogy néhányanknál ez csupán átmenetinek bizonyult, de 7,4%-uk jelenleg sem dohányozik. Azok-

nak az aránya, akik abbahagyták a dohányzást az elmúlt három évben, és az adatfelvételkor sem dohányoztak, a kontroll-csoportban 5% alatt marad. Sajnos ennek ellenére sem mondható el, hogy az intervenció területén alacsonyabb lenne a dohányzás prevalenciája. Azoknak az aránya, akik úgy nyilatkoztak, hogy kevesebb alkoholt fogyasztanak, mint korábban (21%), háromszorosa a kontroll-csoportban mértnek.

Az attitűdök pozitív irányú változásával és az egészségtudatosság erősödésével magyarázható, hogy az egészségügyi ellátó rendszerrel szembeni bizalom is erősödött. Az olyan gyakori problémák esetében, mint a magas vérnyomás vagy a magas vércukorszint, mindkét csoportban szinte kivétel nélkül úgy nyilatkoztak a kliensek, hogy szakemberhez fordulnának segítségért. Az olyan életmód rizikóknál viszont, mint a túlsúly, a dohányzás vagy a túlzott alkoholfogyasztás, az intervenció területén élők szignifikánsan többen mondták, hogy professzionális segítséget kérnének, ha az említett problémákkal szembesülnének.

Szolgáltatások hozzáférhetősége

Az ellátásokhoz való hozzáférés esélyegyenlőségének javítása is kiemelt célja volt a Modellprogramnak. En-



2. ábra

Az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevők aránya mintánként és település típusonként

nek a célkitűzésnek a teljesülését vizsgálva, két csoportra, a kistelepülésen élőkre és a romákra szeretnénk külön kitérni. A kontroll-csoport eredményei azt igazolták, hogy a vizsgált egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyértelműen nehezebb a községekben élők számára. A teljes minta adataihoz képest jelentősen alul reprezentáltak azok, akik számára a lakóhelyén elérhetők a szolgáltatások. Míg a Programban nem érintett lakosság mintájában a válaszadók 55%-a tudott lakóhelyén szűrővizsgálatokról, addig a községekben ez az arány csupán 41% volt. A gyógytorna (55 és 16%), a táplálkozási tanácsadás (35 és 16%), az egészség fejlesztő rendezvények (31 és 7%), és az egészséges életmóddal kapcsolatos csoportfoglalkozások (26 és 6%) esetében még egyértelműbben látszik a községekben élők hátrányos helyzete. Ezzel szemben a Program által érintett praxisokban a településtípus alapján nem tapasztaltunk számottevő eltérést, sőt a valós részvételt vizsgálva az látszik, hogy az intervenció területén a községekben élők valamivel magasabb arányban vettek részt tanácsadáson, mint a városiak (2. ábra). A településtípus szerinti eltérés mértéke esetdefiníciós csoportonként jelentősen eltért. A táplálkozási tanácsadáson való részvétel szempontjából a depressziósok, krónikus mozgásszervi betegek és a hyperlipidaemiások között nem mértünk számottevő eltérést az intervenció területén hozzáférésben településtípus szerint. A cukorbetegség között az intervenció területén többen voltak a községekben élőkhez képest a városban élők között, akik részt vettek dietetikai foglalkozáson (község – 34% és város – 47%). A hipertóniások között ezzel

szemben tíz százalékpontnyival nagyobb volt (29% és 19%) a kistelepülésen élők között azok aránya, akik táplálkozási tanácsadáson jártak.

A gyógytorna foglalkozások esetében a krónikus mozgásszervi betegek körében mutatkozott a legnagyobb különbség, a községekben élők között 53% volt az arány, a városban élők között csupán 35%.

A romák között hasonló eredményeket kaptunk. A teljes kontroll mintában az elmúlt három évben szervezett szűrésen részt vettek aránya 38% volt, a romák körében csupán 22% volt. A községekben élők körében ez az arány a kontroll területen 34% volt. Az intervenció praxisokban nyilatkozók közül azonban a szűrésen részt vettek aránya mind a községekben élők (89%), mind pedig a romák körében (90%) meghaladta a teljes intervenció mintán mért részvételi arányt (83,6%) is.

Elégedettség a háziiorvosi ellátással

A háziiorvosi ellátás minőségére és az esetlegesen felmerülő nehézségekre vonatkozó kérdésekre adott válaszok alapján az állapítható meg, hogy a lakosság elégedett az alapellátással mind az intervenció, mind a kontroll területen. Az intervenció mintában a kliensek 1–5 terjedő skálán 4,78-ra értékelték a háziiorvosi rendelt. Ez az átlag csekély mértékben haladta meg a kontrollcsoport eredményeit (4,76). Ez a különbség nem szignifikáns, ahogyan az egyéb szempontok szerinti értékelésnél sem mutatható ki az intervenció területén a betegek nagyobb elégedettsége. A praxisközösségekben a válaszadók háromnegyedének nem okozott gon-

dot megfelelő időpontot találni arra, hogy felkeresse a rendelőt. 94%-ban a házi orvoshoz való eljutás nem jelentett anyagi terhet. Tízből kilencen elégedettek voltak a rendelő körülményeivel, 93% úgy érezte, hogy őszintén meg tudta beszélni a problémáit a házi orvossal, akitől 90% mindig kielégítő válaszokat kapott, amelyeket hétköznapi nyelven, érthetően fogalmaztak meg számukra. Mindössze minden tízedik egyén gondolja úgy, hogy a szükségesnél kevesebb időt fordítottak rá, és négyből ötven úgy vélik, hogy a házi orvos felkeresése után javult az állapota, vagy megoldódott a problémája. Amikor azt kérdeztük, hogy a házi orvosi ellátással kapcsolatban a saját megítélésük szerint javult-e az egészségi állapotuk, akkor nem volt szignifikáns különbség az esetdefiníciós csoportok között. Ez alól kivételt jelentett a krónikus veseelégtelen betegek csoportja, akik körében szignifikánsan kevesebben nyilatkoztak úgy mind az intervenciós, mind a kontroll területen, hogy javult az egészségi állapotuk a házi orvosi rendelésen való részvételüknek köszönhetően.

Az, hogy az intervenciós területen élők nagyobb elégedettsége nem mutatható ki, három dologgal magyarázható: Egyrészt, a válaszadók toborzásában a házi orvosok aktívan részt vettek, és bár az adatfelvételt nem ők végezték, a válaszadók mégis úgy érezhették, hogy az alapellátás minőségére vonatkozóan pozitív válaszokat illő adniuk. Emellett a kontroll területen közreműködő házi orvosok kiválasztása önként jelentkezés alapján történt, és a tapasztalatok szerint jellemzően agilis, érdeklődő orvosok jelentkeztek a kutatásban való részvételre. Felmerül egyértelműen az is, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatban a lakosság tájékozottsága nem megfelelő, fejlesztésre szorul, vagyis krónikus betegként nem tudják, hogy milyen ellátásban kellene részesülniük. Noha feltettünk a krónikus házi orvosi gondozási tevékenységekre vonatkozó kérdéseket is, de ezek válaszaik nem bizonyultak megbízhatónak a fent említett házi orvos vélt elvárásainak való megfelelési vágy miatt.

MEGBESZÉLÉS

A vizsgálati eredmények alapján elmondható, hogy a Modellprogram ismertsége az intervenciós területen kiemelkedően magas. A lakosság túlnyomó része ismeri a lakóhelyén igénybe vehető szolgáltatásokat, amelyek a Programhoz köthetők. A válaszadók többsége azzal is tisztában volt, hogy ezek a többlétszolgáltatá-

sok a praxisközösségi modellprogramnak köszönhetően álltak rendelkezésre.

Azon kardio-metabolikus betegségek esetében, amelyek korai fázisban nem okoznak panaszt, kifejezetten magas volt azok aránya, akiket a Program keretében megvalósuló vizsgálaton szűrtek ki. Bár a betegség korai felfedezése kulcsfontosságú, az sem mellékes, hogy az alapellátásban dolgozó orvosoknak milyen lehetőségük van a betegek gondozására. Egyértelműen megállapítható, hogy az intervenciós praxisokban a gondozásra szoruló krónikus betegeket nagyobb arányban küldték tanácsadásra és egyéni vagy csoportos foglalkozásra, mint a kontroll területen élőket. A tanácsadásokon való részvételi hajlandóság szempontjából is sokkal kedvezőbb az intervenciós terület helyzete, az ide irányított betegek lényegesen nagyobb gyakorisággal vették igénybe a szolgáltatásokat, mint a kontroll területen élők. Ebből arra következtethetünk, hogy amennyiben a lakóhely közelében van lehetőség tanácsadásra, egyéni vagy csoportos foglalkozáson való részvételre, akkor az orvosok is szívesebben küldik tovább a betegeket, akik nagyobb valószínűséggel vesznek részt tanácsadáson. Fontos megjegyezni azt is, hogy egyéb vizsgálatunkban megkérdezett praxisközösségi diétikusok, pszichológusok és gyógytornászok arról számoltak be, hogy a kezdetekben döntően primer preventív foglalkozások mellett egyre növekvő számban és arányban volt szükség krónikus beteggondozás jellegű foglalkozások tartására.

A mozgósítás hatékonyságát vizsgálva a házi orvos központi szerepe megkérdőjelezhetetlen, valamennyi almintában a házi orvost említették legtöbbször arra a kérdésre válaszolva, hogy ki tanácsolta az egészségi állapot felmérésén való részvételt. Az olyan nehezen mozgósítható és veszélyeztetett társadalmi csoportoknál, mint a romák, nagyon fontos volt a segéd-egészségőrök közreműködése. A hasonló szocio-ökonómiai státuszú, helyismerettel rendelkező segéd-egészségőrök gyakran jobban beszélnek a felzárkóztatásra szoruló településeken élők nyelvét, mint az orvosok és a diplomás szakdolgozók. Emellett a nehezebben meggyőzhető kliensek mozgósítása több energiát igényel, előfordult, hogy valaki a harmadik látogatás után ment el egészségi állapot felmérésre. Erre a házi orvosoknak értelemszerűen nincsen se ideje, se energiája, tehát a segéd-egészségőrök közreműködése nélkül ezek a kliensek gyakorlatilag nem elérhetők.

A kliensek attitűdjeire vonatkozó kérdésekre adott válaszokból arra következtethetünk, hogy a Modell-

program elsősorban az egészségre komoly rizikót jelentő magatartásformákkal kapcsolatos vélemények alakításában volt hatékony rövidtávon. A nagy prevalenciájú krónikus betegségek kezelésének fontosságát a lakosság a kontroll területen is ismeri, de az azokkal összefüggésbe hozható rizikók, így pl. az elhízás, vagy a súlyosbító tényezőként ható dohányzás, és túlzott alkohol fogyasztás veszélyei - a három éven át tartó közösségi rendezvények és felvilágosító programok eredményeként – az intervenció területén élők számára egyértelműbb, így az említett rizikó magatartásokkal kapcsolatos attitűdjeik is pozitívabbak.

KÖVETKEZTETÉS

Az egészségi állapot felmérés következtében számottevő arányban, korai fázisban sikerült felderíteni nagy népegészségügyi terhet jelentő rizikó-állapotokat és krónikus betegségeket. A lakóhely közeli ellátások biztosítása az arra rászoruló krónikus betegek körében jelentősen fokozta az ellátások igénybevételét a kontroll területhez képest. A két csoport közötti különbségből arra is következtethetünk, hogy a háziorvosi továbbküldés milyen rossz arányban valósulhat meg egy-egy krónikus betegségben szenvedő csoport esetén, ha nem áll rendelkezésre lakóhely közeli gondozási lehetőség.

A Modellprogram következtében az intervenció területen eltűnt a kistelepüléseken élők esélyegyenlőségi hátránya a városi lakossághoz képest. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés esélyét a roma lakosság körében is jelentősen fokozta a praxisközösségi modell.

A nemzetközi összehasonlításban kiemelkedő hazai halálozással járó betegségek (pl. tüdőrák, szív-érrendszeri betegségek) és életmód rizikók (pl. túlzott alkoholfogyasztás, dohányzás, elhízás) megítélése a Program területén élők körében jelentősen eltért a kontrollcsoporttól, míg a közismert krónikus betegségek megítélése hasonló volt. A Program-terület előnye a három éves közösségi egészségfejlesztés és a többlétszolgáltatások együttes hatásának tulajdonítható.

IRODALOM

1. SH/8/1 Projekt, Működési Kézikönyv. Budapest, 2013 1-70
2. Bernát, A.: Leszakadóban: a romák társadalmi helyzete a mai Magyarországon. In: Kolosi, T., Tóth, I. Gy. (szerk.): Társadalmi riport. TÁRKI, Budapest, 265-302, 2014
3. Morten, C., Simmons, K., Williams, K. et al: Cardiovascular risk reduction following diagnosis of diabetes by screening: 1-year results from the ADDITION-Cambridge trial cohort. *Br. J. Gen. Pract.*, 62:396-402, 2012
4. Wong, N. D.: Epidemiological studies of CHD and the evolution of preventive cardiology. *Nat. Rev. Cardiol.*, 11:276-89, 2014
5. <http://stats.oecd.org/#>

SINKÓ ESZTER¹
 DÓZSA KATALIN¹
 ELEK PÉTER^{1,2}
 KISS NORBERT^{1,3}
 MERÉSZ GERGŐ¹
 GAÁL PÉTER¹

„Az egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával” című program egészségpolitikai értékelése

Health policy evaluation of the “Public health focused Model Programme for organising primary care services backed by a virtual care service centre”

¹ Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ – 1125 Budapest, Kútvölgyi út 2. Tel.: (20) 937 4798 – E-mail: sinko@emk.sote.hu

² Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Közgazdaságtudományi Tanszék

³ Budapesti Corvinus Egyetem, Gazdálkodástudományi Kar, Vezetéstudományi Intézet

Összefoglalás: A magyar egészségügy számos kihívása közül a legaggasztóbbak közé tartozik a lakosság nemzetközi összehasonlításban igen kedvezőtlen egészségi állapota és a krónikus nem-fertőző betegségek okozta magas halálozás, amelyek megoldását nehezíti az egészségügyi dolgozók elvándorlása. Ezen kihívások egyre inkább hangsúlyossá teszik az alapellátás szerepét, amely Magyarországon eddig nem volt képes megfelelő népegészségügyi, megelőző szolgáltatásokat nyújtani. A Svájci Magyar Együttműködési Program keretében megvalósult Alapellátás-fejlesztési Modellprogram e hiányosság orvoslását célozta meg egy 2013–2017 közt megvalósított, innovatív modell révén, amely a háziorvosok szervezett együttműködésének kialakítása mellett dietetikusok, gyógytornászok, pszichológusok, népegészségügyi szakemberek és segéd-egészségőrök bevonásával növelte az alapellátás által nyújtott szolgáltatások körét. A jelen tanulmány célja a Modellprogram egészségpolitikai szempontú értékelése, amelyet a hozzáférés, a hatékonyság és a fenntarthatóság szempontjai alapján, a programban gyűjtött praxisközösségi forgalmi adatokat, a lakosság és a praxisközösségek munkatársainak kérdőíves felmérését, az utóbbiakkal készített mélyinterjúkat, valamint a társadalombiztosítási adatbázisok adatait felhasználva végeztünk el. Az értékelhető időtartam rövidsége ellenére megállapítható, hogy a Modellprogram mindegyik célkitűzése tekintetében érdemi eredményt ért el, és sikeresen tudta mozgósítani az ellátási területén élő roma lakosságot is. Az eredmények a Modellprogram folytatása mellett szólnak, annak érdekében is, hogy az értékelést hosszabb időtávra ki lehessen terjeszteni, a programnak az egészségügyi ellátórendszer teljesítményére gyakorolt távlati hatásairól levonandó következtetések megalapozásához.

Kulcsszavak: alapellátás, értékelés, egészségpolitika

Summary: The greatest challenges of the health care system of Hungary include the internationally unfavourable health status of the population and high mortality due to non-communicable diseases compounded by the emigration of health system workers. These problems call for more effective performance of primary health care that has not put sufficient emphasis on the provision of public health-focused, preventive services. The major goal of the Primary Care Development Model Programme funded by the Swiss Hungarian Cooperation Programme was to remedy these problems by implementing an innovative model programme between 2013-2017 based on GP clusters in which dietitians, physiotherapists, psychologists, public health specialists and health mediators worked along with GPs and nurses to provide a wide range of primary health services. This study presents a health policy-focused evaluation of the model focusing on access, efficiency and sustainability, using data reflecting the utilization of GP cluster services, questionnaire surveys of patients and cluster workers, personal interviews with professional workers, as well as data from health insurance databases. In spite of the relatively short duration of the evaluated period, the conclusion can be drawn that the Model Programme partially or fully reached all its targets, and also successfully increased access to services among Roma people living in the regions of the Programme. The results justify the continuation of the Programme not the least so that the long-term impacts of the Programme become possible to evaluate not only in relation to the serviced population but in relation to the entire health system of the country.

Keywords: primary health care, evaluation, health policy

BEVEZETÉS

Az egészségügyi rendszerek a világon mindenütt számos kihívással kell, hogy szembenézzenek a demográfiai, kulturális, gazdasági és technológiai feltételek megváltozásából adódóan, és ebből a szempontból Magyarország sem kivétel. Hazánk számára ezek mellett további kihívást jelent, hogy nemzetközi összehasonlításban a legrosszabb helyeken szerepel akár az életmóddal összefüggő rizikótényezők, akár a következményes krónikus nem-fertőző betegségek, vagy a halálozás tekintetében, miközben egyre nagyobb problémát okoz az egészségügyi dolgozók elvándorlása, és az ennek következtében kialakuló munkaerőhiány, valamint az orvostársadalom előregedése. E feltételek között egyre inkább felértékelődik az alapellátás szerepe, amely Magyarországon az eddig jellemző szervezési keretek között nem volt képes megfelelően betölteni népegészségügyi, megelőző szerepét. Az alapellátás megújítása tehát mind a lakosság rossz egészségi állapota, mind pedig az egészségügyi emberi erőforrások vonatkozásában kialakult válsághelyzet kezelésében kiemelt jelentőséggel bír.

A svájci-magyar kormányközi együttműködés keretében a 2013. és 2017. közötti időszakban, 4,5 évig tartott egy alapellátási modellkísérlet Észak-Magyarország és Észak-Alföld térségeiben, négy praxisközösségi centrum (Jászapáti, Heves, Borsodnádásd, Berettyóújfalu) vezetésével. A négy praxisközösség új (többlet) szolgáltatásokat (szisztematikus egészségi állapot felmérés, életmód tanácsadás, gyógytorna, dietetikai, egészségpszichológiai tanácsadás, prevenciók rendelés, közösségi egészségfejlesztő programok) nyújtott a helyi lakosság részére, fokozott figyelemmel a roma populációra.

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram célkitűzését a Megvalósíthatósági tanulmány (MT) [1] ekképpen foglalta össze: „A háziorvosi alapellátás prevenciók fókuszú és a hozzáférés esélyegyenlőségét javító közösségi reorientációja révén a lakosság egészségi állapotának javítása.” A részletezett célok között az MT hangsúlyt fektetett:

- a minőség, a hatékonyság és az eredményesség javítására az alapellátásban;
- az alapellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségének javítására, külön figyelve a roma populációra;
- a szolgáltatások bővítésére a praxisteam fejlesztésének támogatásával.

A Modellprogram zárásához kapcsolódóan ebben a cikkben összefoglaljuk, hogy a projekt megvalósítá-

sának időtartama alatt mennyire sikerült ezen célok elérésében előrelépni, és ennek alapján milyen ajánlások fogalmazhatók meg a Modellprogram további sorsát illetően.

MÓDSZER

A Modellprogram hatásait egészségpolitikai szempontból, a legfontosabb egészségpolitikai célkitűzések mentén értékeltük, azaz megvizsgáltuk, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés, a beavatkozások hatékonysága (eredményesség versus költség), valamint a modell fenntarthatósága szempontjából milyen eredmények keletkeztek. A következő kérdésekre kerestünk választ:

- sikerült-e javítani a betegek/kliensek szolgáltatásokhoz való hozzáférését, különös tekintettel a roma populációra,
- eredményesek voltak-e az intervenciók az egészségi állapotban bekövetkező változások tekintetében,
- hatékonysági nézőpontból mit igazolnak a vizsgálatok azon szegmensekben, amelyek végig vitelére lehetőség nyílt,
- a megvalósíthatóság és fenntarthatóság szempontjából a kiterjesztést segítő és/vagy annak értelmet adó attitűdváltások akár a szolgáltatások nyújtói, akár az igénybe vevői oldalon igazolják-e a későbbi kiemelt kormányzati támogatások indokoltságát az alapellátásban.

Előrebocsátjuk, a Program 4,5 éve (a bevezetett új szolgáltatások szempontjából pedig 3,5 év) jó néhány elemzési szempontból rövidtávnak tekinthető, különösen a kliensek egészségi állapotában bekövetkező változások méréséhez. Ugyancsak rövidnek tekinthető az időtartam abban az esetben is, amikor magatartás-, illetve attitűdváltást kívánunk megbízhatóan értékelni. Mindezen korlátok ellenére a Modellprogram eredményeit több területen meglepő egyértelműséggel tudtuk mérni, részben a programban gyűjtött praxisközösségi forgalmi és lakossági kérdőíves, illetve a praxisközösségi munkatársak kérdőíves és mélyinterjú formájában történő megkérdezésével nyert adatok, részben pedig az elérhető rutin társadalombiztosítási adatok, adatbázisok felhasználásával, elemzésével.

I. táblázat
A Modellprogram összefoglaló értékelése egészségpolitikai szempontból

	Egészségpolitikai kérdések	Válaszok
1.	Hogyan alakult az állampolgárok/kliensek hozzáférése az egészségügyi szolgáltatásokhoz a program ideje alatt?	Jelentősen javult
2.	Sikerült-e elérni a kliensoldalon az intervenciókkal szemlélet- és/vagy attitűdváltást?	Pozitív változások történtek, további intervenció szükséges
3.	Sikerült-e a házi orvosok, védőnők, ápolók szemléletében, attitűdjében változást elérni?	Pozitív változások történtek
4.	Eredményesek voltak-e a többlétszolgáltatások (egészségi állapotjavulás mérhető-e)?	Pozitív változások történtek, további intervenció szükséges
5.	Hogyan változott az alapellátást meghaladó szintű szolgáltatások igénybevétele (járóbeteg, fekvőbeteg forgalom)?	Nem nőtt az igénybevétele; a beutalások száma a labornál nőtt, a programhoz kapcsolódó szakmában csökkent
6.	Mekkora többletkiadást generált az egészségi állapot felmérés (járó, fekvő, gyógyszer kasszahatások)?	A Modellprogram nem emelte a kiadásokat szignifikáns mértékben
7.	Költséghatékonynak tekinthető-e a Modellprogram?	Az első részeredmények biztatóak, a kardiovaszkuláris rizikó csökkent
8.	Mennyibe kerül(ne) a Modellprogram országos kiterjesztése?	30-35 milliárd forint

ÖSSZEFOGLALÓ EREDMÉNYEK

A módszertani keretek adta lehetőségek mentén egészségpolitikai megfontolásokat tükröző kérdéseket tettünk fel, amelyekre a vizsgálat során konkrét válaszokat kaptunk. Kapott eredményeinket az I. táblázatban prezentáljuk.

AZ EREDMÉNYEK RÉSZLETES BEMUTATÁSA ÉS MEGBESZÉLÉSE

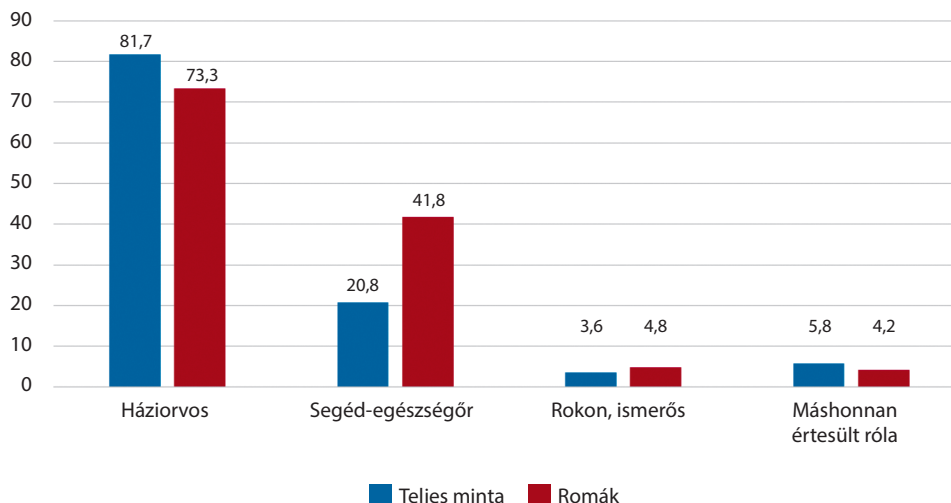
A Modellprogram az MT célokkal egyezően népegészségügyi és egészségfejlesztési kompetenciákkal ruházta fel a helyi alapellátási rendszert, valamint alapvetően felülírta a korábban önállóan dolgozó alapellátók működési logikáját, a szolgáltatásnyújtás folyamatainak átszervezése, a betegadatok megosztása, más egészségügyi szolgáltatókkal való együttműködések kiépítése, innovatív IT eszközök alkalmazása és a szemléletmód megváltoztatása révén. A népegészségügyi és egészségfejlesztési kompetenciák vonatkozásában a gyógytornászok, egészségpszichológusok, dietetikusok és népegészségügyi szakemberek mellett, kiemelt jelentőségűnek tekinthető a roma segéd-egészségőrök foglalkoztatása.

Az egészségpolitikai értékelés szempontjából *első kérdésünk*, amelyre kerestük a választ: *hogyan alakult az állampolgárok hozzáférése az egészségügyi szolgáltatásokhoz a program ideje alatt?*

A kérdés kapcsán két szolgáltatástípust vizsgáltunk: egyrészt megnéztük, az Egészségi Állapot Felméréseken (EÁF) milyen átszűrtséget sikerült elérni a felnőtt lakosság körében, másrészt a többlétszolgáltatásokon való részvételi gyakoriságot tekintettük át.

Az EÁF esetében a mért 80%-os átszűrtség kimagasló érték, nemzetközi kitekintésben is figyelemre méltó eredmény [2]. Ha ehhez hozzátesszük azt is, kinek a biztatására jöttek el a kliensek a szűrésekre, a segéd-egészségőrök kliensek meggyőzésében betöltött szerepére vonatkozóan is figyelemre méltó eredményt kaptunk: az érintett populáció 80%-a házi orvosi felkérésre, míg 20%-a segéd-egészségőr ajánlására vett részt a szűrőprogramon. Kiemelendő, hogy a roma megkérdezettek 40%-a a segéd-egészségőrt nevezte meg behívóként (1. ábra).

Az ún. többlétszolgáltatások (gyógytorna, egészségpszichológia, dietetika) esetében: 2014 szeptembere és 2016 márciusa között a négy praxisközösségben összesen 5 565 csoportfoglalkozás lebonyolítására került sor 114 684 résztvevővel. Ugyanebben az időszakban



1. ábra

Kinek az ajánlására vett részt a szűrésen? (több válasz lehetséges) – EMK felmérés [3]

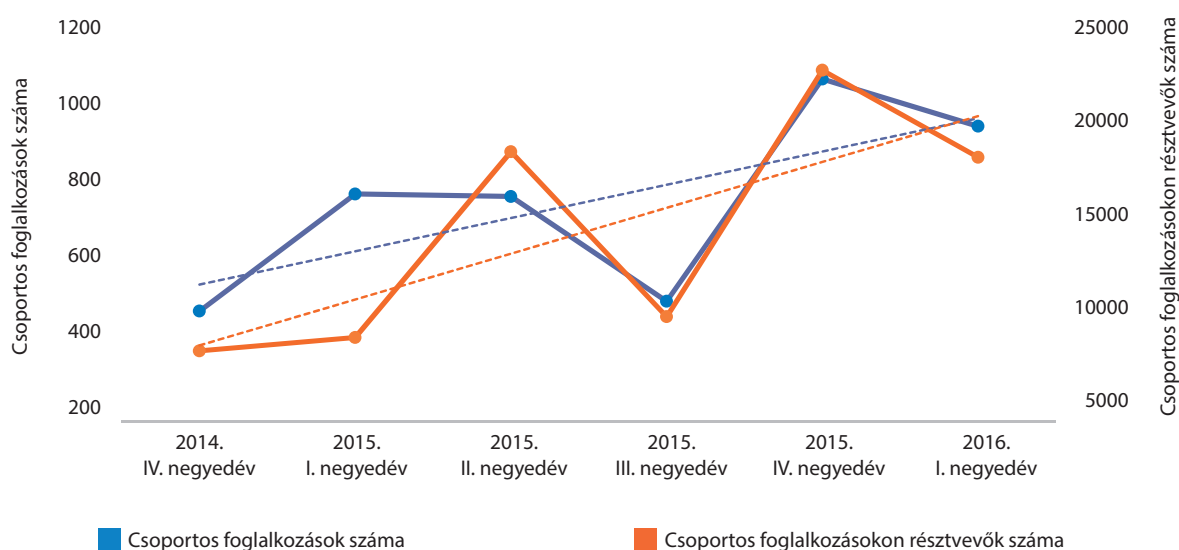
a többlétszolgáltatást nyújtó szakemberek 5 352 egyéni foglalkozást tartottak ennek megfelelő létszámú elérésével. Ez 42 828 bejelentett biztosított létszámmal számolva azt jelenti, hogy fejenként átlagosan 2,8 elérést valósított meg a Modellprogram.

Második kérdésünk, amelyre választ kerestünk: sikerült-e elérni a kliensoldalon az intervenciókkal szemlélet- és/ vagy attitűdváltást?

Értelmezésükben a többlétszolgáltatásokon való rendkívül magas részvételi arány már eleve pozitív irányú

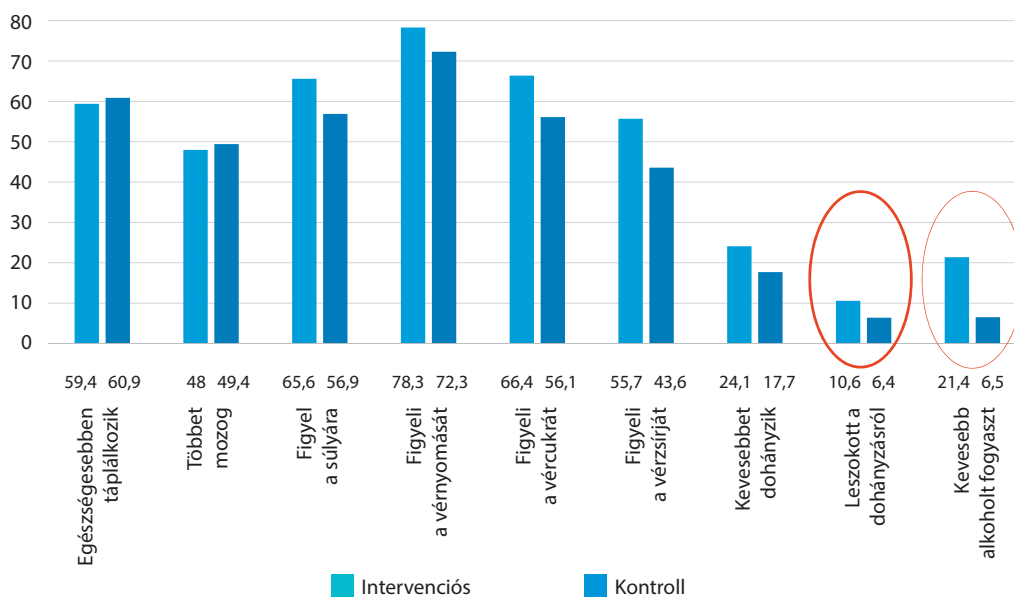
változást jelent. Feltűnő jelenség volt, hogy míg hasonló programokon a kezdeti részvételi hajlandóság magas, majd idővel az érdeklődés alábbhagy, ebben a Modellprogramban növekvő kliensi aktivitás volt tapasztalható (2. ábra).

A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja (EMK) külön felmérésben vizsgálta, hogy a megkérdezettek szokásai hogyan alakultak néhány, az egészségi állapot alakulásában szerepet játszó attitűd vonatkozásában. Az önbevalláson alapuló felmérésben több területen tapasztaltunk kedvező elmozdulást, ehelyett elsősorban az alkohol-fogyasztási és



2. ábra

A csoportos foglalkozások száma és a résztvevők létszáma 2014. október–2016. március között



3. ábra
Életmódváltásról adott lakossági visszajelzés, EMK felmérés

dohányzási szokásokban bekövetkező változást emeljük ki (3. ábra).

Az itt kapott adatok nem minden esetben egyeznek meg a Debreceni Egyetem alap- és végállapot felméréseinek eredményeivel, ami abból fakad, hogy az EMK felmérésben más volt a megkérdezettek köre. A Központ ugyanis célzottan a krónikus betegek körében vizsgálta az attitűdváltás bekövetkeztét [3].

Harmadik kérdésünk: sikerült-e a háziorvosok, védőnők, ápolók szemléletében, attitűdjében változást elérni?

Mélyinterjúk, illetve önkitöltős kérdőívek segítségével foglalkoztunk ezzel a kérdéskörrel, praxisközösségi (PK) tagonként megszólítva a résztvevőket (durván 90 interjú áll rendelkezésre). Válaszaik meggyőzőek voltak a szemléletváltást illetően:

1. A Modellprogram megváltoztatta a háziorvosok szemléletét, „másképpen” néznek a betegeikre, illetve a kliensekre, a korábbinál többet tudnak róluk.
2. A PK résztvevők megtanultak csapatban dolgozni, nincsenek magukra hagyva, a kezdeti bizalmatlanság után saját „problémás” eseteiket is megbeszélik egymás között.
3. A megerősödő kapcsolatok jegyében tapasztaltuk, hogy a védőnők bekapcsolódása is nagy nyeresége a Modellprogramnak, különös tekintettel a várandósok gondozására.

Negyedik kérdésünk: eredményesek voltak-e a többletszolgáltatások (egészségi állapotjavulás mérhető-e)?

A Háziorvosi Indikátorok körében végzett Debreceni Egyetemi vizsgálatok [4] a hipertónia gondozás szignifikánsan javuló eredményeiről szólnak, de a diabetesz gondozás esetében is szignifikáns javulás volt detektálható a 40–54 közötti korosztályba tartozó páciensek körében. Ami a többi korosztályt illeti, ott is érzékelték javulást, de a változás mértéke ebben a szegmensben még volt nem szignifikáns.

A gyógytornán való részvétel eredményessége a Pécsi Tudományegyetem (PTE) [5] felmérése alapján meggyőző: az egészségi állapot változását mérték fizikális vizsgálatok, tesztek és kérdőívek értékelése alapján, s az életminőség (36 kérdés, 8 életminőségi kérdéscsoport) mind a nyolc dimenziójában szignifikáns volt a javulás. A fizikális képességek változása is szignifikáns javulást eredményezett. A dietetikus szolgáltatások a PTE felmérése alapján szintén biztatóan eredményesnek tűnnek: a BMI, vércukorszint, haskörfogat, és az koleszterin is csökkent az intervenció területén a vizsgálat kezdeti állapotához képest.

Ötödik és hatodik kérdéseinkre együttes választ kerestünk: „Hogyan változott az alapellátást meghaladó szintű szolgáltatások igénybevétele (járó- és fekvőbeteg-szakellátási forgalom)?”, valamint „Mekkora többletkiadást generált az egészségi állapot felmérés (járó- és fekvőbeteg ellátási, illetve gyógyszerkassza-hatások)?”

Ezeknek a kérdéseknek érthetően tulajdonítottunk nagy fontosságot, mivel az egészségpolitikai döntéshozók az itt született eredményeket nagy súllyal veszik figyelembe arról való döntésük során, érdemes-e szélesebb körű, országos kiterjesztésben gondolkodniuk. A hatásvizsgálathoz becsült részvételi valószínűsége (propensity score) alapuló párosítással olyan kontrollcsoportot választottunk, amely hasonló volt ex ante a modellprogram praxisaihoz a főbb demográfiai, szocioökonómiai és egészség-gazdaságtani jellemzők tekintetében [6, 7].

Az eredmények megint csak megleptek bennünket: a kiadások nem emelkedtek szignifikáns mértékben a kontrollpraxis-körhöz képest annak ellenére sem, hogy az egészségi állapot felmérésen új betegeket szűrtek ki.

A szakorvosi rendelők betegforgalma sem emelkedett szignifikánsan, egyedül a laborvizsgálatok száma nőtt a vizsgált időszakban, ami teljességgel érthető, hiszen a házi orvosok kiegészítő vizsgálatokra küldték pácienseiket (mivel az EÁF-hez kapcsolódó laborvizsgálatok olcsók, ezért a kiadásokban már nem érvényesült az emelkedés). A házi orvosok betegforgalma a preventív rendelések következtében emelkedett, de ez a szándékok szerint alakult, hiszen a kiszűrt betegeket a házi orvosnak gondozásba kell vennie (II. táblázat). Az alapellátásban megjelenő gyógytornász és egészségpszichológus csökkentette a házi orvos beutalások számát a kapcsolódó szakmákban, de nem volt hatással az igénybevételre: vélhetően a „korábbi” betegek továbbra is a szakellátást vették igénybe.

Hetedik kérdésünk: „Költséghatékonynak tekinthető-e a Modellprogram?”

Amint az várható volt, erre a kérdésre a válasz megadása módszertani szempontból a legösszetettebb és legnehezebb feladat. Elsősorban amiatt, mert ilyen volu-

II. táblázat
Panelregressziós becslési eredmények az intervenció hatására bekövetkező ellátási változásokról (OEP/NEAK-adatok alapján)

Esetszámok – Függő változó: 100 főre eső havi esetszám						
	Összesen	Dietetikus	Gyógytornász	Egészségpszichológus	Képzővizsgálat	Laborvizsgálat
Házi orvos-beteg találkozás	2,27* (1,30)					
Továbbküldés járóbeteg-szakellátásba	0,60 (0,43)	-0,034 (0,028)	-0,11** (0,057)	-0,031** (0,015)	0,030 (0,063)	0,85*** (0,30)
Megjelenés járóbeteg-szakellátásban	-0,46 (0,48)	-0,040 (0,029)	0,021 (0,26)	-0,084 (0,068)	0,071 (0,095)	
Kiadások – Függő változó: log forint (labor: log német pont)						
	Járóbeteg-ellátási kassza	Labor-kassza	Fekvőbeteg-ellátási kassza	Gyógyszerkassza		
Kiadás	0,024 (0,018)	-0,030 (0,032)	0,017 (0,027)	0,017 (0,025)		

Véletlen hatású (random-effect) panelregressziós modellek eredményei. Minta: Modellprogram és kontrollcsoport felnőtt és vegyes praxisai együtt (összesen 133 felnőtt és vegyes praxis, 15 negyedév). Intervenció időszak: 2014. I. negyedévtől 2016. I. negyedévéig. Standard hibák zárójelben. Szignifikanciák: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Szakemberek tevékenységéhez kapcsolódó szakmakódok: dietetikus – 0103, 0123; gyógytornász – 5700, 5711, 5722, 5712, 5703, 5704, 5708, 1400, 1401, 1402, 1404; egészségpszichológus – 1800, 1801, 1804, 1805, 1806, 1811, 1821, 180C, 2300, 2301, 2302, 0512, Q18, Q41, Q43, Q44, Q45, 7100, 7101, 7102, 7104, 7105. A járóbeteg-szakellátásban való megjelenések száma laborvizsgálatok nélkül értendő.

III. táblázat
Kockázatbecslési eredmények kumulatív incidencia számítás alapján
(OEP/NEAK adatok alapján, zárójelben a 90%-os konfidencia intervallumok)

	Modellprogram		Kontroll	
	Stroke			
KI (első év)	0,45%	(0,40% – 0,50%)	0,35%	(0,33% – 0,37%)
KI (utolsó év)	0,34%	(0,29% – 0,39%)	0,33%	(0,31% – 0,37%)
Változás	-0,11%	(-0,18% – -0,04%)	-0,02%	(-0,05% – 0,01%)
Relatív kockázatcsökkenés	24,1%	(9,9% – 38,3%)	6,1%	(-1,7% – 13,9%)
Különbség (RKCS)	18,0% (1,8% – 34,2%)			
AMI				
KI (első év)	0,13%	(0,10% – 0,16%)	0,11%	(0,10% – 0,12%)
KI (utolsó év)	0,09%	(0,07% – 0,11%)	0,12%	(0,11% – 0,13%)
Változás	-0,04%	(-0,08% – 0,00%)	0,01%	(0,00% – 0,03%)
Relatív kockázatcsökkenés	29,5%	(2,4% – 56,6%)	-11,9%	(-22,6% – -1,1%)
Különbség (RKCS)	41,4% (12,4% – 70,4%)			

menő program esetében a sok elem/változó együttes hatásvizsgálatára még nincs kész technológia. Azonban egészség-gazdaságtani elemzés eszközeivel, szűkített területen – jelen esetben kardiovaszkuláris rizikók (stroke, infarktus) körében – két lépcsőben próbáljuk megadni a választ. Első lépcsőben ún. hatásmérő mutató becslése végezhető el a felmért kumulatív incidencia alapján, ebből lehet a relatív kockázatcsökkenés mértéket becsülni. Majd a második lépcsőben következik a megmentett életek számának becslése, később pedig a költségvektorok és erőforrás igénybevétel számítása történik egy, az aktuális döntési szituációra adaptált, szintén népegészségügyi beavatkozás értékelésére tervezett egészség-gazdaságtani modell segítségével [8]. A teljes körű gazdasági elemzésben komparátornak a HMAP (Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program) praxiskört jelöljük meg, ezek a praxisok jól leképezhetik az alapellátás intervenció nélküli hatását a kardiovaszkuláris események bekövetkezésére. A többlet egészségnyereségre, és többlet költségekre vonatkozó becslések birtokában, a költséghatékonysági arányszám kalkulációjával lehetséges a költséghatékonyságra vonatkozó megállapítások megfogalmazása az egészség-gazdaságtani irányelvben [9] foglaltak mentén, az egy főre jutó bruttó hazai össztermék többszöröseként kifejezett költséghatékonysági küszöbértékkel való összevetés alapján. Ez utóbbi lépcső elvégzésére – idő hiányában – egyelőre nem került sor, a Modellprogram

költséghatékonyságának vizsgálata a kardiovaszkuláris megbetegedések tekintetében további kutatásunk tárgya.

Az első lépcső eredményeit azonban most közre tudjuk adni. A stroke és az infarktus esetében is javulást detektáltunk: a stroke esetében az utolsó megfigyelt évben (2015Q2-2016Q1) 24%-os relatív kockázatcsökkenést sikerült elérni az első megfigyelt évhez (2012Q3-2013Q2) képest (90%-os konfidencia intervallum: 10%–38%), míg az infarktus esetében 29%-os volt a javulás mértéke a kiindulási időponthoz képest (90%-os konfidencia intervallum: 2%-57%) (III. táblázat). Amennyiben a kontrollterület esetén kiszámított ugyanezen mutatóhoz is hasonlítjuk a változást, a különbség relatív kockázatcsökkenésekben 18% és 41% a stroke, illetve az AMI esetén, bár széles konfidencia intervallummal. Nyilvánvaló, hogy a hipertóniagondozás javulása nélkül ilyen eredményt nem lehetett volna elérni. A sikeres hipertónia gondozás fokmérője a célérték alattiak arányának alakulása gondozotti körben. Emellett fontos fokmérő a thrombocyta aggregációt gátló (továbbiakban TAG) szerek használatának alakulása az érintett populációban. Tekintettel arra, hogy a Debreceni Egyetem kutatásai mind a célérték, mind a TAG kezelésben szignifikáns javulást mértek a kontrollhoz képest [4], ezért a stroke és AMI relatív kockázatcsökkenése a Program hatások értékelése szempontjából igen ígéretes és további tisztázó elemzése indokolt.

IV. táblázat
Kiterjesztésre vonatkozó modellszámítás eredménye

Működő praxisközösségek száma	14	25	50	100	300	650
Érintett háziorvosi praxisok száma	138	246	493	985	2955	6403
Érintett védőnői praxisok száma	102	181	363	725	2176	4715
Érintett lakosság (ezer)	196	350	700	1 400	4 200	9 100
Érintett lakosság aránya	1,99%	3,56%	7,12%	14,24%	42,72%	92,57%
Működési költség összesen (millió Ft)	791	1 413	2 826	5 651	16 954	36 734

Végezetül marad az *utolsó kérdés, a Modellprogram kiterjesztése mennyibe kerülne*, amennyiben a politika elköteleződne a folytatás (és a kiterjesztés) mellett.

Országos kiterjesztés esetén, a Modellprogram tapasztalatai alapján az erőforrás-kihasználás javításával, durván 37 milliárd Ft-ba kerülne a modell majdnem teljes körű kiterjesztése (IV. táblázat). Ebben az esetben átlagosan 10 praxis alkotna egy praxisközösséget, a népegészségügyi szakember mellett egy teljes állású gyógytornász és fél-félállású dietetikus és egészségpszichológus állna rendelkezésre.

KÖVETKEZTÉSEK

- 1) A Modellprogram több ponton (számunkra is) meglepően sikeresnek bizonyult, az idő rövidsége ellenére egyes területeken (elsősorban a hipertónia, egyes korcsoportok diabétesz gondozásában, illetve a gyógytorna esetében) bizonyítékokat találtunk a kliensek egészségi állapotában bekövetkező kedvező hatásokra.
- 2) Maga a Modellprogram nem járta körbe az integrált alapellátási szolgáltatások összes lehetséges formáját, de mind a vertikális (gyógytorna, pszichológia, dietetika), mind a horizontális integrációban (védőnők) eredményeket tudott felmutatni abból a szempontból, hogy nem növelte szignifikánsan a magasabb szintű egészségügyi szolgáltatások iránti keresletet. Az egészségi állapot felmérésen kiszűrt betegeket a többletszolgáltatásokkal megemelt alapellátás, a házi orvosokkal az élén, képes volt kezelni.
- 3) Az életmód tanácsadások, és új többletszolgáltatások meglepően magas kliensi érdeklődés men-

tén zajlottak. A szolgáltatások iránti érdeklődés nem lankadt a bevezetés után sem. A népegészségügyi szakembereknek, dietetikusoknak, gyógytornászoknak és pszichológusoknak köszönhetően hiánypótló szolgáltatások jelentek meg az alapellátásban.

- 4) Az eredmények alapján meggyőződésünk szerint az alapellátás új pályára állítható, e modell képes biztosítani a lakosság, illetve a kliensek körében emelt szintű, népegészségügyi szolgáltatásokkal felvértezett szolgáltatások elérhetőségét. Az anyagi források biztosította „befektetés” megtérülni látszik, eddigi adataink alapján.

AJÁNLÁSOK

- 1) A lakosság érzékelhetően megszerette a programot, petíciókkal is küzdött a Modellprogram későbbi fennmaradásáért, sikerrel. A kormány vállalta, hogy 2017-ben a programban érintett praxisközösségek működését fenntartja.
- 2) A tapasztalatok, a lakossági érdeklődés és látogatottság alapján egyértelműsíthető, a programot megelőzően kielégítetlen népegészségügyi szükségletek mutatkoztak a lakosság részéről olyan szolgáltatások iránt, amelyek ma a lakóhely közelében, az esetek többségében még nem elérhetőek.
- 3) Az egészségi állapot felméréseknek köszönhetően korábban fel nem ismert betegségek kiszűrésére, illetve betegség-kockázatok detektálására nyílt lehetőség. Az EÁF bizonyítottan alkalmas eszköz a korai kockázatok feltérképezésére, illetve a rejtett megbetegedések felismerésére is.

- 4) Ebből következően jogos szakmai elvárás a törzskarton megújítása, a lakosság teljes körére vonatkozó EÁF segítségével. Ennek ütemezése a háziorvosi szakmai szervezetekkel egyeztetésre került, a Modellprogram szakmai vezetésének előzetes álláspontja szerint a háromévente történő törzskarton frissítés alkalmas eszköz arra, hogy a kliensek tekintetében a háziorvosok, illetőleg az ellátók a betegek vonatkozásában „képben” legyenek [10]. Ez utóbbi cél elérésében az EESZT (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatói Tér) bevezetése is segíti késő ősztől a rendszert.
- 5) A program gyors kiterjesztésének útjában értelmezésünk alapján elsősorban a háziorvosok és a védőnők körében tapasztalható HR gondok állnak, amint arról Papp Magor és Vajer Péter adatai [11, 12] is tanúskodnak. Másik nézőpontból persze értelmezhetjük úgy is ezt a kérdést, minthogy a HR gondokra az egyik (rész)megoldást éppen maga a PK modell bevezetése jelentheti, mivel egymás helyettesítése egy praxisközösségben könnyebben megoldható, mint az egyedülálló praxisokban.
- 6) Nemcsak a háziorvosok, de a többlétszolgáltatásokat biztosító szakemberek HR utánpótlása körében is komoly nehézségeket jelenthet a program kiterjesztése, különös tekintettel a vidéki településekre. A HR gondok kezelésére indokolt az egyetemek Egészségtudományi Karainak hallgató létszámát jelentősen bővíteni. Figyelemmel kell arra is lenni, ne csak a fővárosi, de a vidéki egyetemek is érintettek lehessenek a kapacitásbővítésben, mivel aki a fővárosban végez, az sok esetben ott is ragad az egyetem elvégzése után, ellenben a vidéki egyetemek biztosíthatják a képzett munkaerő helyi betagozódását. A háziorvosi praxisok betöltöttsége az orvosgyetemek közelségével egyértelmű kapcsolatot mutat.
- 7) Forrás szempontjából nem tartjuk aggályosnak a durván 37 milliárdos kiterjesztési költséget, mivel ez a meglévő alapellátási kiadások egyneként sem éri el. Ilyen súlyú program esetében, különös tekintettel arra, hogy több év alatti bevezetés várható, joggal feltételezhető, hogy a szükséges forrás biztosítása nem állítja az államháztartást megoldhatatlan kihívás elé.

IRODALOM

1. Program javaslat a Svájci–Magyar Együttműködési Program 8. prioritása „Humánerőforrás- és társadalomfejlesztés/Egészségügy” keretében Népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram, MT, GYEMSZI, 2011. november
2. Kósa, K.: A hátrányos helyzetű lakosság elérése, mediátorok helye az alapellátásban. *Népegészségügy*, 95:64–68, 2017
3. Dózsa, K.: Praxisközösségi szolgáltatások igénybevétele, lakossági attitűdváltás. *Népegészségügy*, 95:78–85, 2017
4. Sándor, J.: A modellprogram prevenciószolgáltatásainak értékelése
http://www.alapellatasimodell.hu/images/dokumentumok_szakmai/20170222-szakmapolitikai-forum/A_modellprogram_prevencios_szolgáltatásainak_értékelése.pdf
5. A Pécsi Tudományegyetem felméréseinek paraméterei a következők voltak: kérdőíves és fizikális monitoring, diétetika és gyógytorna szakterületekre, 120–120 fő intervenció és 50–50 fő kontroll minta vizsgálatával, 3–6 hónapos intervallum alatt kivitelezve.
6. Elek, P., Váradi, B., Varga, M.: The effects of geographical accessibility on the use of outpatient care services: quasi-experimental evidence from panel count data. *Health Economics*, 24:1131–1146, 2015
doi: 10.1002/hec.3201
7. Stuart, E. A.: Matching methods for causal inference: A review and a look forward. *Statistical Science*, 25:1–21, 2010
doi:10.1214/09-STS313
8. Nagyjánosi, L., Martos, É., Bődönyi, D., Vokó, Z.: Health-Economic Impact of the Hungarian Salt Intake Reduction Program. Abstract in: *Value in Health*, 2011
14:A376. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2011.08.787>
9. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészségügyi technológia értékelés módszertanáról és ennek keretében költséghatékonysági elemzések készítéséről. *Egészségügyi Közlöny*, 66(3)
10. 51/1997. NM rendeletet a szűrésekről valamint a 43/1999. Kormányrendeletet a finanszírozásról.
11. Papp, M.: Az alapellátás-fejlesztés tapasztalatai, jövője. *Népegészségügy*, 95:4–8, 2017
12. Vajer, P.: A háziorvosi pálya presztízse, utánpótlás kilátások, kitorrészi pontok. *Népegészségügy*, 95:9–13, 2017

Képek a praxisközösségek életéből

PRAXISKÖZÖSSÉGEK

Berettyóújfalu

Praxiskoordinátor:
Dr. Cséki János

Népegészségügyi koordinátor:
Szabóné Gombkötő Éva

Borsodnádasd

Praxiskoordinátor:
Dr. Benkő Gábor

Népegészségügyi koordinátor:
Szabó Edit

Heves

Praxiskoordinátor:
Dr. Szabó János

Népegészségügyi koordinátor:
Tóth Adrienn Csilla

Jászapáti

Praxiskoordinátor:
Dr. Völgyi István

Népegészségügyi koordinátor:
Elek Ágnes

Borsodnádásd



Berettyóújfalú



Heves



Jászapáti

