

SH/8/1

regisztrációs számú

Svájci Hozzájárulás keretében támogatott

- Az egészségügy forrásainak felhasználásával
népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési
modellprogram Virtuális Ellátó Központ
támogatásával- **című program**

ZÁRÓ ÉRTÉKELÉS

VERZIÓ 02.
WP-08 2017.június







A JELENTÉS ELKÉSZÍTÉSÉBEN KÖZREMŰKÖDŐ SZERVEZETEK

1. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ
2. Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar
3. Szegedi Tudományegyetem
4. Pécsi Tudományegyetem
5. Magyar Védőnők Egyesülete
6. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet
7. Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

A JELENTÉS EGYES FEJEZETEINEK SZERZŐI

A. Sinkó Eszter, Dózsa Katalin, Elek Péter, Gaál Péter, Kiss Norbert, Merész Gergő

B.1. Kiss Norbert

B.2. Faller Richárd, Kalmár István

B.3. Szabó Szilvia, Gutási Éva

B.4. Fürjes Gergely, Ádány Róza, Papp Magor, Gutási Éva, Szabó Szilvia

C.1. Paulik Edit, Dr. Buzás Norbert, Horváth Edina, Lukács Anita, Máté Zsuzsanna, Szabó Andrea, Kiss István Márton, Virág Katalin

C.2. Dózsa Katalin, Bóta Ákos, Szabóné Gombkötő Éva, Gutási Éva, Elek Ágnes, Szabó Edit, Tóth Adrienn Csilla

C.3. Kiss Norbert

C.4. Veres- Balajti Ilona, Molics Bálint, Bálity Csaba

C.5. Figler Mária, Rinfel József, Juhász Szilvia, Heim Szilvia, Springó Zsolt, Berényi Károly, Maróti Péter, Henter Izabella, Töttösi Adrienn, Dobák Zita, Bakos Judit, Buj József, Horváth Lászlóné, Makranczy Béláné, Molnár Melitta, Batóné Bodnár Anikó

C.6. Csabai Márta, Martos Tamás, Sallay Viola, Papp-Zipernovszky Orsolya, Pintér Judit Nóra, Rafael Beatrix, Fürjes Gergely

C.7. Merész Gergő, Dózsa Katalin, Bálity Csaba

C.8. Csordás Ágnes



C.9. Kósa Karolina, Gutási Éva, Katona Cintia

D.1. Sándor János, Pálincás Anita, Kovács Nóra, Sipos Valéria, Vincze Ferenc, Szöllősi Gergő, Ccenteri Orsolya, Nagy Attila, Földvári Anett, Szabó Edit

D.2. Bálint Csaba, Dózsa Katalin

D.3. Sándor János, Kőrösi László, Pálincás Anita, Kovács Nóra, Sipos Valéria, Falusi Zsófia, Pál László,

D.4. Merész Gergő

D.5. Elek Péter, Kiss Norbert, Dózsa Katalin

D.6. Merész Gergő, Nagyjánosi László

E.1. Elek Péter, Dózsa Katalin, Kiss Norbert

E.2. Dózsa Katalin, Bakacsi Gyula

A PRAXISKÖZÖSSÉGEK VEZETŐ SZAKEMBEREI

Berettyóújfalui Praxisközösség: Cséki János praxisközösségi koordinátor és Szabóné Gombkötő Éva népegészségügyi koordinátor

Borsodnádásdi Praxisközösség: Benkő Gábor praxisközösségi koordinátor és Szabó Edit népegészségügyi koordinátor

Hevesi Praxisközösség: Szabó János praxisközösségi koordinátor és Tóth Adrienn népegészségügyi koordinátor

Jászapáti Praxisközösség: Völgyi István praxisközösségi koordinátor és Elek Ágnes népegészségügyi koordinátor

A JELENTÉS SZERKESZTŐI

Dózsa Katalin, Sinkó Eszter, Merész Gergő, Velkey Zita

Készült a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ WP-08 munkacsoportja által a konzorciumi partnerek együttműködésével. Verzióazonosító: v20170629



KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A Záró Értékelés szerkesztői és szerzői köszönetet mondanak a praxisközösségek vezetőinek és munkatársaiknak, akik több évi áldozatkész munkája nélkül Magyarország nem tehette volna meg az alapellátásfejlesztésben azt a mérföldkő értékű lépést, amelynek értékelése minden szerző számára megtiszteltetés volt. Köszönet illeti a praxisközösségek által ellátott települések lakóit, akik türelemmel viselték a több éves munkával együttjáró lakossági felméréseket, vizsgálatokat, az elemzők, szakértők munkáját segítve. Köszönjük a Programot támogató települési önkormányzatok, intézményvezetők és civil szervezetek bizalmát és minden segítséget, amit a praxisközösségek számára nyújtottak. Kiemelt köszönet illeti a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő munkatársait, akik folyamatos konzultatív és adatszolgáltatási háttérrel biztosítva, elkötelezetten dolgoztak az alapellátásfejlesztés és a projekt sikere érdekében. Köszönjük az Állami Egészségügyi Ellátó Központ és a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet vezetői és munkatársaik támogatását. Köszönetet mondunk a kontroll területek házi orvosainak, munkatársaiknak és pácienseiknek az alapellátás fejlesztéshez nyújtott támogatásukért és közreműködésükért a szükséges vizsgálatokban. Köszönjük a konzorciumi intézetvezetők és a felügyelő bizottsági tagok támogatását és bizalmát.

Köszönetet mondunk Svájc és Magyarország Kormányának a Program életre hívásáért és annak töretlen támogatásáért, az érintett kormányzati és közigazgatási tisztviselők munkájáért, a praxisközösségek és a szakértői csapat felé tanúsított bizalomért és figyelemért. Az elért eredményeket a két ország és a program megvalósítói közös sikerének tekintjük.



TARTALOMJEGYZÉK

A JELENTÉS ELKÉSZÍTÉSÉBEN KÖZREMŰKÖDŐ SZERVEZETEK	3
A JELENTÉS EGYES FEJEZETEINEK SZERZŐI	3
A JELENTÉS SZERKESZTŐI	4
A. VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	22
A.1. BEVEZETŐ	22
A.2. MÓDSZERTAN	24
A.3. ÖSSZEFOGLALÓ EREDMÉNYEK	24
A.4. AZ EREDMÉNYEK RÉSZLETES BEMUTATÁSA	25
A.5. KÖVETKEZTETÉSEK	38
A.6. AJÁNLÁSOK	38
B. A PRAXISKÖZÖSSÉGEK INFRASTRUKTÚRÁJÁNAK, ERŐFORRÁSAINAK BEMUTATÁSA	41
B.1. A HUMÁNERŐFORRÁS FELÉPÍTÉSE ÉS VÁLTOZÁSA	41
B.1.1. MUNKAKÖRÖK ÉS FOGLALKOZTATÁSI FORMA	41
B.1.2. AZ ÁLLÁSHELYEK BETÖLTÖTTségÉNEK ALAKULÁSA	42
B.1.3. A MUNKAVÁLLALÓK FLUKTUÁCIÓJA	45
B.1.4. A KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ AJÁNLÁSOK	46
B.2. A PRAXISKÖZÖSSÉGI INFORMATIKAI RENDSZERFEJLESZTÉS BEMUTATÁSA	48
B.2.1. BEVEZETŐ. A PROGRAM ALAP VÁLALLÁSAI	48
B.2.2. A TELJESÜLÉS MÉRTÉKE	49
B.2.3. SIKERTÉNYEZŐK	51
B.2.4. KIAKNÁZATLAN LEHETŐSÉGEK, AMELYEKRE ÉPÍTENI LEHET A TOVÁBBI FEJLESZTÉSI PROGRAMOK SORÁN	63
B.2.5. KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ SZAKMAI AJÁNLÁS	64
B.3. A PRAXISKÖZÖSSÉGI MODELL TÖBBLET ESZKÖZ- ÉS INFRASTRUKTÚRA IGÉNYE	67
B.3.1. BEVEZETŐ. A PROGRAM ALAPVÁLALLÁSAI	67
B.3.2. A TELJESÜLÉS MÉRTÉKE	68
B.3.3. SIKEREK ÉS KUDARCOK, VALAMINT AZOK OKAI	71
B.3.4. ESZKÖZÖK FENNTARTÁSA	72
B.3.5. KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ SZAKMAI AJÁNLÁS	72
B.4. KÉPZÉSEK AZ ALAPELLÁTÁS FEJLESZTÉS ÉRDEKÉBEN	74
B.4.1. AZ ALAPELLÁTÁS HELYZETÉNEK BEMUTATÁSA - A KÉPZÉSI SZÜKSÉGLET MEGHATÁROZÁS SZEMPONTJÁBÓL	74



B.4.2.	AZ ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI MODELLPROGRAM KERETÉBEN NYÚJTOTT KÉPZÉSEK	77
B.4.3.	INTÉZKEDÉSI JAVASLATOK AZ ALAPELLÁTÁS PRESZTÍZSNÖVELESE ÉRDEKÉBEN	85
B.4.4.	INTÉZKEDÉSI JAVASLATOK AZ ALAPELLÁTÁS KOMPETENCIABŐVÍTÉSÉHEZ	88
B.4.5.	AZ ALAPELLÁTÁS MEGÚJÍTÁSÁHOZ SZÜKSÉGES HUMÁNERŐFORRÁS BŐVÍTÉS ÉS KÉPZÉSI IGÉNYÜK	92
B.4.6.	AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓK ÉS AZ ÉRDEKELTEK HATÉKONY EGYÜTTMŰKÖDÉSÉNEK MEDIÁLÁSA	93
B.4.7.	ÖSSZEZGÉS	94
C. A PRAXISKÖZÖSSÉGEKBEN MEGVALÓSULT SZOLGÁLTATÁSOK TELJESÍTMÉNYÉRTÉKELÉSE		96
C.1. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT FELMÉRÉS ÉS TOBORZÁS A 18 ÉV FELETTIEK KÖRÉBEN		96
C.1.1.	BEVEZETŐ. A PROGRAM ALAPVÁLLALÁSAI	96
C.1.2.	A TELJESÜLÉS MÉRTÉKE	98
C.1.3.	SIKERTÉNYEZŐK	111
C.1.4.	KIAKNÁZATLAN LEHETŐSÉGEK, AMELYEKRE ÉPÍTENI LEHET A TOVÁBBI FEJLESZTÉSI PROGRAMOK SORÁN	111
C.1.5.	MEG NEM VALÓSULT VÁLLALÁSOK ÉS AZOK OKAI	112
C.1.6.	KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ SZAKMAI AJÁNLÁS	112
C.2. NÉPEGÉSZSÉGÜGYI SZAKEMBEREK AZ ALAPELLÁTÁSBAN. KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉG-FEJLESZTÉSI PROGRAMOK ÉRTÉKELÉSE		114
C.2.1.	BEVEZETŐ- A PROGRAM ALAPVÁLLALÁSAI	114
C.2.2.	A TELJESÜLÉS MÉRTÉKE – A PRAXISKÖZÖSSÉGI FOGLALKOZÁSOK FORGALMI ADATAINAK BEMUTATÁSA	117
C.2.3.	SIKERTÉNYEZŐK	129
C.2.4.	KIAKNÁZATLAN LEHETŐSÉGEK, AMELYEKRE ÉPÍTENI LEHET A TOVÁBBI FEJLESZTÉSI PROGRAMOK SORÁN	132
C.2.5.	MEG NEM VALÓSULT VÁLLALÁSOK ÉS AZOK OKAI	133
C.2.6.	A MODELLPROGRAM ÁLTAL NYÚJTOTT KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS FENNTARTÁSÁRA ÉS ORSZÁGOS KITERJESZTÉSÉRE VONATKOZÓ SZAKMAI AJÁNLÁS	134
C.3. HÁZIORVOSI PREVENCIÓS RENDELÉSEK TELJESÍTMÉNYÉRTÉKELÉSE		135
C.3.1.	RÉSZVÉTEL A PREVENCIÓS RENDELÉSEKEN	135
C.3.2.	TOVÁBBUTALÁSOK DIAGNOSZTIKÁRA ÉS SZAKELLÁTÁSBA	136
C.3.3.	A KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ AJÁNLÁSOK	139
C.4. A MODELLPROGRAM GYÓGYTORNA SZOLGÁLTATÁSAINAK ÉRTÉKELÉSE		141
C.4.1.	BEVEZETŐ	141
C.4.2.	A TELJESÜLÉS MÉRTÉKE	142
C.4.3.	SIKERTÉNYEZŐK	154
C.4.4.	KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ SZAKMAI AJÁNLÁS	154
C.5. A MODELLPROGRAM DIETETIKAI SZOLGÁLTATÁSAINAK ÉRTÉKELÉSE		155
C.5.1.	BEVEZETÉS	155
C.5.2.	A DIETETIKAI GONDOZÁS HATÉKONYSÁGÁNAK MÉRÉSE DIABETESZES, OBES, KARDIOVASZKULÁRIS ÉS ISZB BÉTEGCSOPORTOKBAN	156
C.5.3.	AZ EREDMÉNYEK ÉRTÉKELÉSE	186



C.5.4. GAZDASÁGI VONATKOZÁSOK	187
C.5.5. KÖVETKEZTETÉSEK	197
C.6. A MODELLPROGRAM EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI SZOLGÁLTATÁSAINAK ÉRTÉKELÉSE	199
C.6.1. AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI SZOLGÁLTATÁSOK INDOKOLTSÁGA ÉS ALAPVETŐ VÁLLALÁSAI	199
C.6.2. ÖSSZEFOGLALÓ ÉRTÉKELÉS, JAVASLATOK	210
C.7. A PROGRAM GYÓGYTORNA, DIETETIKA ÉS EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA TÖBBLETSZOLGÁLTATÁSAINAK ÉRTÉKELÉSE A KLIENSEK NÉZŐPONTJÁBÓL	212
C.7.1. BEVEZETÉS	212
C.7.2. EREDMÉNYEK	212
C.7.3. KÖVETKEZTETÉSEK	218
C.8. VÉDŐNŐI SZOLGÁLTATÁSOK TELJESÍTMÉNY ÉRTÉKELÉSE	219
C.8.1. BEVEZETŐ. A PROGRAM ALAPVÁLLALÁSAI	219
C.8.2. ROMA ANYA-GYERMEK KLUBOK SZERVEZÉSE	220
C.8.3. VÉDŐNŐI RÉSZVÉTEL A SZÍNTÉR PROGRAMOKBAN	234
C.8.4. A „TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 KORAGYERMEKKORI (0-7 ÉV) PROGRAM MÓDSZERTAN BEÉPÍTÉSE A VÉDŐNŐI TEVÉKENYSÉGEKBE	239
C.8.5. A VÉDŐNŐI EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT SZÚRÉSEK	245
C.9. A SEGÉD-EGÉSZSÉGŐRÖK TEVÉKENYSÉGÉNEK ÉRTÉKELÉSE	255
C.9.1. A SEGÉD-EGÉSZSÉGŐR TEVÉKENYSÉG INDOKOLTSÁGA ÉS ALAPVETŐ VÁLLALÁSAI	255
C.9.2. ELÉRT EREDMÉNYEK. A SEGÉD-EGÉSZSÉGŐRÖK TEVÉKENYSÉGÉNEK ÉRTÉKELÉSE	265
C.9.3. SIKERTÉNYEZŐK	272
C.9.4. KIAKNÁZATLAN LEHETŐSÉGEK	272
C.9.5. MEG NEM VALÓSULT VÁLLALÁSOK ÉS AZOK OKAI	274
C.9.6. KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ SZAKMAI AJÁNLÁS	274

D. A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI FÓKUSZÚ ALAPELLÁTÁSFEJLESZTÉSI MODELLPROGRAM HATÁSAINAK ÉRTÉKELÉSE A LAKOSSÁG, A HÁZIORVOSI SZOLGÁLTATOK ÉS TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS OLDALÁRÓL

278

D.1. A PRAXISKÖZÖSSÉGI SZOLGÁLTATÁSOK HATÉKONYSÁGA AZ ALAP- ÉS VÉGÁLLAPOT FELMÉRÉS EREDMÉNYEI ALAPJÁN	278
D.1.1. HÁTTÉR	278
D.1.2. MÓDSZEREK	280
D.1.3. EREDMÉNYEK	282
D.1.4. MEGBESZÉLÉS	295
D.1.5. KÖVETKEZTETÉSEK	297
D.2. LAKOSSÁGI ELÉGEDETTSÉG ÉS ATTITÚD VÁLTOZÁS A VÉGÁLLAPOT-FELMÉRÉS ALAPJÁN AZ INTERVENCIÓS TERÜLETEN A KONTROLL POPULÁCIÓHOZ KÉPEST	299
D.2.1. AZ ELÉGEDETTSÉG ÉS ATTITÚD MÉRÉSE	299

1
HAJDÚ-BIHAR:
• Berettyóújfalú
• Hencida • Komádi
• Magyarhomorog
• Mezőpeterd

2
BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN:
• Borsodnádasd
• Arló
• Járdánháza
• Borsodszentgyörgy

3
HEVES:
• Heves
• Átány
• Kömlő
• Tiszanána

4
JÁSZ- NAGYHUN - SZOLNOK:
• Jászapáti
• Jászkisér
• Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!**



9

D.2.2.	A ZÁRÓÉRTÉKELÉS	299
D.2.3.	ÖSSZEGZÉS	310
D.3.	A PRAXISKÖZÖSSÉGI SZOLGÁLTATÁSOK HATÉKONYSÁGA A PRAXISOK ELHELYEZKEDÉSÉRE ÉS AZ ELLÁTOTTAK SZOCIO-DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐIRE KORRIGÁLT INDIKÁTOROK ALAPJÁN	311
D.3.1.	HÁTTÉR	311
D.3.2.	MÓDSZEREK	312
D.3.3.	EREDMÉNYEK	313
D.3.4.	MEGÁLLAPÍTÁSOK	353
D.3.5.	KÖVETKEZTETÉS	356
D.4.	A PROGRAM HATÁSA AZ ELLÁTÓRENDSZER MŰKÖDÉSÉRE OEP/NEAK ADATOK ALAPJÁN	358
D.4.1.	BEVEZETÉS	358
D.4.2.	A HATÁSELEMZÉS MÓDSZERTANA	358
D.4.3.	EREDMÉNYEK	359
D.4.4.	A HÁZIORVOSOKHOZ BEJELENTKEZETT BIZTOSÍTOTTAK ÁLTAL IGÉNYBE VETT ELLÁTÁSOK TELJESÍTMÉNYADATAI 364	
D.4.5.	A HÁZIORVOSOKHOZ BEJELENTKEZETT BIZTOSÍTOTTAK ÁLTAL IGÉNYBE VETT ELLÁTÁSOK TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI KÖLTSÉGEI	377
D.4.6.	KÖVETKEZTETÉSEK	383
D.5.	A PROGRAM TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI HATÁSAINAK STATISZTIKAI ÉRTÉKELÉSE	385
D.5.1.	MÓDSZERTAN	385
D.5.2.	EREDMÉNYEK	387
D.6.	AZ ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI MODELLPROGRAM KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGÁNAK BEMUTATÁSA	405
D.6.1.	ÖSSZEFOGLALÓ	405
D.6.2.	A KIELÉGÍTETLEN EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁS-SZÜKSÉGLET BEMUTATÁSA	406
D.6.3.	AZ ÖSSZEHASONLÍTÁSRA KERÜLŐ GYÓGYÍTÓ-MEGELŐZŐ ELJÁRÁSOK BEMUTATÁSA, KOMPARÁTORVÁLSZTÁS 408	
D.6.4.	AZ EGÉSZSÉG-JAVULÁSRA VONATKOZÓ KLINIKAI EREDMÉNYEK BEMUTATÁSA	410
D.6.5.	A RÉSZLETES KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGI ELEMZÉS	411
D.6.6.	ÉRZÉKENYSÉGI ELEMZÉSEK	423
D.6.7.	ALCSOPORTELEMZÉS	424
D.6.8.	MÁS HASONLÓ TÉMÁJÚ VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEI	424
D.6.9.	EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS KÖLTSÉGVETÉSÉRE KIFEJTETT HATÁS	425
D.6.10.	HATÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSRA, SZOLGÁLTATÁSOKRA	425
D.6.11.	HATÉKONY ALKALMAZÁS FELTÉTELEI, ILLETVE A BEVEZETÉS KÖLTSÉGVONZATA	425
D.6.12.	HATÁS A MÉLTÁNYOSSÁGRA	426
D.6.13.	KÖVETKEZTETÉSEK	426
E.	A PROGRAM KITERJESZTÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI	427



E.1. A PRAXISKÖZÖSSÉGI MODELL KITERJESZTÉSÉRE VONATKOZÓ FORRÁSIGÉNY BECSLÉSE	427
E.1.1. ALAPFELTEVÉSEK	427
E.1.2. AZ EGYES TEVÉKENYSÉGEK KÖLTSÉGSZÁMÍTÁSA	428
E.1.3. JAVASOLT FINANSZÍROZÁSI MÓDSZERTAN	432
E.1.4. A KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ MODELLSZÁMÍTÁS	433
E.2. A PRAXISKÖZÖSSÉGI MODELL SZERVEZETI ÉRTÉKELÉSE ÉS A KITERJESZTÉSÉVEL KAPCSOLATOS AJÁNLÁS A MODELLPROGRAM SZERVEZETI ÉRTÉKELÉSE ÉS AJÁNLÁSAI	439
E.2.1. BEVEZETŐ	439
E.2.2. A PRAXISKÖZÖSSÉGI SZERVEZETI MODELL FUNKCIONÁLIS ÉRTÉKELÉSE ÉS AJÁNLÁSAI	441
E.2.3. MI TEKINTHETŐ IDŐTÁLLÓNAK A PRAXISKÖZÖSSÉGI SZERVEZETI MODELL FUNKCIÓIT ILLETŐEN?	441
E.2.4. A MODELL SZERVEZETI ÉRTÉKELÉSE ÉS AJÁNLÁSAI AZ ERŐFORRÁSOK FELHASZNÁLÁSA SZEMPONTJÁBÓL	459
E.2.5. A MODELL SZERVEZETI ÉRTÉKELÉSE ÉS AJÁNLÁSAI A SZERVEZETI MEGOLDÁS SZEMPONTJÁBÓL	467
E.2.6. ÖSSZEFOGLALÓ ALAPELLÁTÁSFEJLESZTÉS AJÁNLÁSOK A MODELLPROGRAM TAPASZTALATAI ALAPJÁN	471
E.2.7. A PRAXISKÖZÖSSÉG TOVÁBBFEJLESZTÉSÉRE JAVASOLT SZERVEZETI MEGOLDÁSOKHOZ KAPCSOLÓDÓ ÁBRÁK	473
F. MELLÉKLETEK	475
F.1. MELLÉKLET A B.2. FEJEZETHEZ - A PHASE-2 ALAPELLÁTÁSI FUNKCIÓI – HIERARCHIKUSAN – AZ ALÁBBIK:	475
F.2. MELLÉKLET A C.2. FEJEZETHEZ	479
F.3. MELLÉKLET A C.4. FEJEZETHEZ - GYÓGYTORNÁSZ BETEGDOKUMENTÁCIÓS LAPOK A PROGRAM KERETÉBEN VÉGZETT F.3. F.3. FOGLALKOZÁSOK EREDMÉNYESSÉGÉNEK RÖGZÍTÉSE CÉLJÁBÓL	482
F.3.1. EGYÉNI GYÓGYTORNÁHOZ	482
F.3.2. FIZIOTERÁPIÁS VIZSGÁLATI LAP A PROGRAM ELEJÉN	483
F.3.3. FIZIOTERÁPIÁS VIZSGÁLATI LAP A PROGRAM VÉGÉN	485
F.3.4. CSOPORTOS GYÓGYTORNÁHOZ	488
F.3.5. DOKUMENTÁCIÓS LAPOK	491
F.3.6. MAGYAR GERINCGYÓGYÁSZATI TÁRSASÁG TARTÁSKORREKCIÓS ÁLLAPOTFELMÉRÉSE	492
F.3.7. 3. OSWESTRY DISABILITY INDEX 2.1A – MAGYAR VERZIÓ	493
F.3.8. TUG (TIMED UP AND GO) JÁRÁSTESZT	495
F.3.9. ROLAND-MORRIS DISABILITY KÉRDŐÍV	496
F.3.10. WHO FRACTURE RISK ASSESSMENT TOOL	497
F.3.11. THE KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE	498
F.3.12. FIM INDEX	505
F.4. MELLÉKLET A C.5. FEJEZETHEZ	507
F.5. MELLÉKLET A D.5. FEJEZETHEZ SZAKMACSOPORT-DEFINÍCIÓK	509
F.6. MELLÉKLET AZ E.2. FEJEZETHEZ - SEMMELWEIS EGYETEM EMK ZÁRÓ KONFERENCIA POSZTER: A HÁZIORVOSI PRAXISOK FINANSZÍROZÁSÁNAK VÁLTOZÁSA 2010.-2016. KÖZÖTT, FEJLESZTÉSI JAVASLATOK	511



ÁBRAJEGYZÉK

F1.	KINEK AZ AJÁNLÁSÁRA VETT RÉSZT A SZŰRÉSEN?	26
F2.	A CSOPORTOS FOGLALKOZÁSOK SZÁMA ÉS A RÉSZTVEVŐK LÉTSZÁMA 2014. OKTÓBER-2016. MÁRCIUS KÖZÖTT	30
F3.	ÉLETMÓDVÁLTÁSRÓL ADOTT LAKOSSÁGI VISSZAJELZÉS AZ INTERVENCIÓ ÉS KONTROLL TERÜLETEN	31
F4.	A PROJEKT KERETÉBEN VÉGZETT TÖBBLETTEVEKENYSÉGEK EMBERHÓNAPBAN KIFEJEZETT MENNYISÉGÉNEK MUNKAKÖRÖK KÖZÖTTI MEGOSZLÁSA	43
F5.	MUNKAKÖRÖK ÁTLAGOS BETÖLTÖTTSEGE A PROJEKTIDŐSZAK SORÁN A TERVEZETT KAPACITÁSHOZ KÉPEST	44
F6.	A 2014. ÉS 2015. NAPTÁRI ÉVRE VONATKOZÓ FLUKTUÁCIÓS RÁTA ALAKULÁSA MUNKAKÖRÖNKÉNT, VALAMENNYI PRAXISKÖZÖSSÉGRE ÖSSZESÍTVE	46
F7.	EDOKI – ELLÁTÁS MENEDZSMENT MODUL	52
F8.	EDOKI – DOKUMENTUM MENEDZSMENT MODUL	52
F9.	EDOKI – ESEMÉNYKEZELŐ MODUL	53
F10.	EDOKI – EGÉSZSÉGÁLLAPOT FELMÉRŐ KÉRDŐÍVEK	53
F11.	A PHASE-2 RENDSZER FELÉPÍTÉSE	56
F12.	KLIENS HOZZÁFÉRÉS OFFLINE SZERVEREN KERESZTÜL	57
F13.	KLIENS HOZZÁFÉRÉS INTERNETEN KERESZTÜL	57
F14.	VEK – BETEGSÉGGALAUZ TUDÁSBÁZIS	60
F15.	VEK-MENTA INTEGRÁCIÓ KLIENS OLDALI NÉZETEI	60
F16.	A MODELLPROGRAM ÉS A MENTA ILLESZTÉSE	61
F17.	A PHASE-3 INTEGRÁCIÓJA AZ EESZT-BE	63
F28.	A MODELLPROGRAM ISMERTSÉGE ÉS NÉPSZERŰSÉGÉGE NŐTT A LAKOSSÁG KÖRÉBEN	120
F33.	RÉSZTVEVŐ KLIENSEK RÉSZVÉTELI GYAKORISÁGA	127
F35.	A PREVENCIÓS RENDELÉSEKEN MEGJELENT FELNŐTT KLIENSEK SZÁMA 2015. ÁPRILIS ÉS 2016. MÁRCIUS KÖZÖTT	136
F36.	A FELNŐTTEK PREVENCIÓS RENDELÉSEIT KÖVETŐ TOVÁBBUTALÁSOK ÉVES SZÁMA, 2015. ÁPRILIS ÉS 2016. MÁRCIUS KÖZÖTT, VALAMENNYI PRAXISKÖZÖSSÉGRE ÖSSZESÍTVE	137
F37.	A FELNŐTTEK PREVENCIÓS RENDELÉSEIT KÖVETŐ TOVÁBBUTALÁSOK IRÁNYAI, 2015. ÁPRILIS ÉS 2016. MÁRCIUS KÖZÖTT, PRAXISKÖZÖSSÉGENKÉNTI BONTÁSBAN	138
F46.	A LELKI EGÉSZSÉG MUTATÓINAK VÁLTOZÁSA AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEVÉTELÉNEK KEZDETÉN (T1) ÉS VÉGÉN (T2)	204
F47.	A SZUBJEKTÍV EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT VÁLTOZÁSA	206
F48.	AZ EGÉSZSÉG-KONTROLL VÁLTOZÁSA	207
F49.	GYÓGYTORNÁ SZOLGÁLTATÁST IGÉNYBE VEVŐK ÁLTAL EMLÍTETT KOMORBIDITÁSOK	216
F50.	EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA SZOLGÁLTATÁST IGÉNYBE VEVŐK ÁLTAL EMLÍTETT KOMORBIDITÁSOK	217
F51.	DIETETIKA SZOLGÁLTATÁST IGÉNYBE VEVŐK ÁLTAL EMLÍTETT KOMORBIDITÁSOK	217
F52.	A RÉSZT VEVŐ ÉDESANYÁK KORCSOPORT SZERINTI MEGOSZLÁSA	223
F53.	A FOGLALKOZÁSOK HASZNOSSÁGÁRA VONATKOZÓ KÉRDÉSRE ADOTT VÁLASZOK GYAKORISÁGA	224



F54. A TABLETEKEN LÉVŐ EGÉSZSÉGNEVELÉSI SEGÉDANYAGOK IGÉNYBEVÉTELÉNEK IDŐTARTAMA HAVONKÉNT	273
F57. AZON KLIENSEK ARÁNYA, AKIKNEK AZ ÖNÉRTÉKELT EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA JAVULT A PROGRAM IDEJE ALATT	303
F58. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKKAL VALÓ ELÉGEDETTség ÁTLAGAI (1-5) TERÜLETENKÉNT	306
F59. AZ ÉLETMÓDDAL KAPCSOLATOS ATTITÚDOK VÁLTOZÁSAI A PROGRAM FUTAMIDEJE ALATT	308
F60. AZ ISMERT KRÓNIKUS BETEGSÉGBEN NEM SZENVEDŐK ATTITÚDJEINEK VÁLTOZÁSA TERÜLETENKÉNT	309
F61. INFLUENZA ELLENI VÉDŐOLTÁSBAN RÉSZESÜLŐK ARÁNYÁNAK ALAKULÁSA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN	314
F62. INFLUENZA ELLENI VÉDŐOLTÁSBAN RÉSZESÜLŐK ARÁNYÁNAK ALAKULÁSA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN	315
F63. KOR, NEM, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV INFLUENZA ELLENI ÁTOLTOTTSÁG NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN	316
F64. INFLUENZA ELLENI VÉDŐOLTÁSBAN RÉSZESÜLŐ, 18-65 ÉV KÖZÖTTI KRÓNIKUS BETEGEK ARÁNYA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN	317
F65. INFLUENZA ELLENI VÉDŐOLTÁSBAN RÉSZESÜLŐ, 18-65 ÉV KÖZÖTTI KRÓNIKUS BETEGEK ARÁNYA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN	317
F66. KOR, NEM, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV INFLUENZA ELLENI ÁTOLTOTTSÁG NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN	318
F67. MAMMOGRÁFIÁS SZŰRÉSEN RÉSZT VETTEK ARÁNYÁNAK ALAKULÁSA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN	319
F68. MAMMOGRÁFIÁS SZŰRÉSEN RÉSZT VETTEK ARÁNYÁNAK ALAKULÁSA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN	319
F69. KOR, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV ÁTSZŰRTSÉGI ARÁNY NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN.	320
F70. GONDOZÁSI GYAKORISÁG ALAKULÁSA 40-54 ÉV KÖZÖTTI BIZTOSÍTOTTAK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN	321
F71. GONDOZÁSI GYAKORISÁG ALAKULÁSA 40-54 ÉV KÖZÖTTI BIZTOSÍTOTTAK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN	321
F72. KOR, NEM, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV GONDOZÁSI GYAKORISÁG 40-54 ÉV KÖZÖTTI BIZTOSÍTOTTAK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN	322
F73. HIPERTÓNIA GONDOZÁSI GYAKORISÁG ALAKULÁSA 55-69 ÉV KÖZÖTTI BIZTOSÍTOTTAK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN	323
F74. HIPERTÓNIA GONDOZÁSI GYAKORISÁG ALAKULÁSA 55-69 ÉV KÖZÖTTI BIZTOSÍTOTTAK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN	323



F75. KOR, NEM, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV GONDOZÁSI GYAKORISÁG 55-69 ÉV KÖZÖTTI BIZTOSÍTOTTAK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN	324
F76. SZÉRUM KREATININSZINT VIZSGÁLAT GYAKORISÁG ALAKULÁSA HIPERTÓNIA S BETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN	325
F77. SZÉRUM KREATININSZINT VIZSGÁLAT GYAKORISÁG HIPERTÓNIA S BETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN	325
F78. KOR, NEM, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV SZÉRUM KREATININSZINT VIZSGÁLAT GYAKORISÁG HIPERTÓNIA S BETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN	326
F79. VÉRZSÍRSZINT VIZSGÁLAT GYAKORISÁG ALAKULÁSA DIABETESES ÉS/VAGY HIPERTÓNIA S BETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN	327
F80. VÉRZSÍRSZINT VIZSGÁLAT GYAKORISÁG DIABETESES ÉS/VAGY HIPERTÓNIA S BETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN	327
F81. KOR, NEM, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV VÉRZSÍRSZINT VIZSGÁLAT GYAKORISÁG DIABETESES ÉS/VAGY HIPERTÓNIA S BETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN	328
F82. ISCHAEMIÁS SZÍVBETEGEK KÖZÜL A RENDSZERESEN BÉTA-BLOKKOLÓT SZEDŐK ARÁNYA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN	329
F83. ISCHAEMIÁS SZÍVBETEGEK KÖZÜL A RENDSZERESEN BÉTA-BLOKKOLÓT SZEDŐK ARÁNYA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN	329
F84. KOR, NEM, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV GONDOZÁSI HATÉKONYSÁG NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN	330
F85. DIABETES MELLITUSBAN SZENVEDŐK ARÁNYA 40-54 ÉVESEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN	331
F86. DIABETES MELLITUSBAN SZENVEDŐK ARÁNYA 40-54 ÉVESEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN	331
F87. KOR, NEM, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV GONDOZÁSI GYAKORISÁG 40-54 ÉVESEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN	332
F88. DIABETES MELLITUSBAN SZENVEDŐK ARÁNYA 55-69 ÉVESEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN	333
F89. DIABETES MELLITUSBAN SZENVEDŐK ARÁNYA 55-69 ÉVESEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN.	333
F90. KOR, NEM, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV GONDOZÁSI GYAKORISÁG 55-69 ÉVESEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN	334
F91. HAEMOGLOBIN A1C VIZSGÁLAT GYAKORISÁG ALAKULÁSA CUKORBETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN	335
F92. HAEMOGLOBIN A1C VIZSGÁLAT GYAKORISÁG ALAKULÁSA CUKORBETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN	335



- F93. KOR, NEM, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV HAEMOGLOBIN A1C VIZSGÁLAT GYAKORISÁG CUKORBETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN 336
- F94. SZEMÉSZETI VIZSGÁLAT GYAKORISÁG ALAKULÁSA CUKORBETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN 337
- F95. SZEMÉSZETI VIZSGÁLAT GYAKORISÁG ALAKULÁSA CUKORBETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN 337
- F96. KOR, NEM, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV SZEMÉSZETI VIZSGÁLAT GYAKORISÁG CUKORBETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN 338
- F97. LÉGZÉSFUNKCIÓS VAGY TELJES TEST PLETHYSMOGRAPHIA VIZSGÁLAT GYAKORISÁG ALAKULÁSA COPD-S BETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN 339
- F98. LÉGZÉSFUNKCIÓS VAGY TELJES TEST PLETHYSMOGRAPHIA VIZSGÁLAT GYAKORISÁG ALAKULÁSA COPD-S BETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN 340
- F99. KOR, NEM, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV LÉGZÉSFUNKCIÓS VAGY TELJES TEST PLETHYSMOGRAPHIA VIZSGÁLAT GYAKORISÁG ALAKULÁSA COPD-S BETEGEK KÖZT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN 340
- F100. JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSBAN HÁZIORVOSI BEUTALÓVAL MEGJELENTEK ARÁNYA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN 342
- F101. JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSBAN HÁZIORVOSI BEUTALÓVAL MEGJELENTEK ARÁNYA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN 342
- F102. KOR, NEM, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV BEUTALÁSI GYAKORLAT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN 343
- F103. ANTIBIOTIKUM RENDELÉSI GYAKORISÁG ALAKULÁSA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN 344
- F104. ANTIBIOTIKUM RENDELÉSI GYAKORISÁG ALAKULÁSA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN 344
- F105. KOR, NEM, MEGYE, TELEPÜLÉSTÍPUS ÉS KÉPZETTSÉG SZERINTI STANDARDIZÁLT RELATÍV ANTIBIOTIKUM FELÍRÁSI GYAKORLAT NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN 345
- F106. GYOMORBÁNTALMAK KEZELÉSÉBEN ALKALMAZOTT SZEREK NAPI DÓZISÁRA JUTÓ TÁMOGATÁSI ÖSSZEGETEK ALAKULÁSA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN 346
- F107. GYOMORBÁNTALMAK KEZELÉSÉBEN ALKALMAZOTT SZEREK NAPI DÓZISÁRA JUTÓ TÁMOGATÁSI ÖSSZEGETEK ALAKULÁSA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN 346
- F108. KOR ÉS NEM SZERINT STANDARDIZÁLT GYOMORBÁNTALMAK KEZELÉSÉBEN ALKALMAZOTT SZEREK NAPI DÓZISÁRA JUTÓ RELATÍV TÁMOGATÁSI ARÁNY NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN 347
- F109. ORÁLIS ANTIDIABETIKUMOK NAPI DÓZISÁRA JUTÓ TÁMOGATÁSI ÖSSZEGETEK ALAKULÁSA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN 348



F110. ORÁLIS ANTIDIABETIKUMOK NAPI DÓZISÁRA JUTÓ TÁMOGATÁSI ÖSSZEGET ALAKULÁSA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN	348
F111. KOR ÉS NEM SZERINT STANDARDIZÁLT ORÁLIS ANTIDIABETIKUMOK NAPI DÓZISÁRA JUTÓ RELATÍV TÁMOGATÁSI ARÁNY NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN	349
F112. RENIN-ANGIOTENSIN RENDSZERRE HATÓ VÉRNYOMÁS CSÖKKENTŐ KÉSZÍTMÉNYEK NAPI DÓZISÁRA JUTÓ TÁMOGATÁSI ÖSSZEGET ALAKULÁSA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN	350
F113. RENIN-ANGIOTENSIN RENDSZERRE HATÓ VÉRNYOMÁS CSÖKKENTŐ KÉSZÍTMÉNYEK NAPI DÓZISÁRA JUTÓ TÁMOGATÁSI ÖSSZEGET ALAKULÁSA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN	350
F114. KOR ÉS NEM SZERINT STANDARDIZÁLT RENIN-ANGIOTENSIN RENDSZERRE HATÓ VÉRNYOMÁS CSÖKKENTŐ KÉSZÍTMÉNYEK NAPI DÓZISÁRA JUTÓ RELATÍV TÁMOGATÁSI ARÁNY NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN	351
F115. VÉRZSÍRSZINTET SZABÁLYOZÓ KÉSZÍTMÉNYEK NAPI DÓZISÁRA JUTÓ TÁMOGATÁSI ÖSSZEGET ALAKULÁSA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN	352
F116. VÉRZSÍRSZINTET SZABÁLYOZÓ KÉSZÍTMÉNYEK NAPI DÓZISÁRA JUTÓ TÁMOGATÁSI ÖSSZEGET ALAKULÁSA NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM MŰKÖDÉSI TERÜLETÉN ÉS AZ ORSZÁG TÖBBI PRAXISÁBAN	352
F117. KOR ÉS NEM SZERINT STANDARDIZÁLT VÉRZSÍRSZINTET SZABÁLYOZÓ KÉSZÍTMÉNYEK NAPI DÓZISÁRA JUTÓ RELATÍV TÁMOGATÁSI ARÁNY NEGYEDÉVENTE, A SVÁJCI HOZZÁJÁRULÁS PROGRAM PRAXISKÖZÖSSÉGEIBEN ÉS A TELJES INTERVENCIÓS TERÜLETEN	353
F118. HÁZIORVOSI PRAXISHOZ BEJELENTETT TAJ-OK SZÁMA, 2012. JÚLIUS-2015 DECEMBER	360
F119. AZ EGY FŐRE JUTÓ HÁZIORVOS-BETEG TALÁLKOZÁSOK SZÁMÁNAK ALAKULÁSA A TELJES BEJELENTKEZETT TAJ-KÖRRE VETÍTVE, 2012. JÚLIUS- 2015. DECEMBER	362
F120. AZ EGY BEJELENTETT FŐRE JUTÓ LABOR ÉS CT TELJESÍTMÉNY (PONTÉRTÉK) ALAKULÁSA A VIZSGÁLT IDŐSZAKBAN	365
F121. AZ EGY FŐRE LABOR ÉS CT KIADÁSOK ALAKULÁSA A VIZSGÁLT IDŐSZAKBAN	366
F122. AZ EGY FŐRE JUTÓ JÁRÓ- ÉS FEKVŐBETEG KIADÁSOK ALAKULÁSA A VIZSGÁLT IDŐSZAKBAN	367
F123. AZ EGY FŐRE JUTÓ JÁRÓ- ÉS FEKVŐBETEG TELJESÍTMÉNY 12 HAVI MOZGÓÁTLAG ALAKULÁSA A VIZSGÁLT IDŐSZAKBAN	368
F124. A JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS EGY FŐRE JUTÓ TELJESÍTMÉNYVÁLTOZÁSÁNAK DINAMIKÁJA (AZ ELŐZŐ ÉV AZONOS IDŐSZAKÁNAK ARÁNYÁBAN) A VIZSGÁLT IDŐSZAKBAN	373
F125. A FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS EGY FŐRE JUTÓ TELJESÍTMÉNYVÁLTOZÁSÁNAK DINAMIKÁJA (AZ ELŐZŐ ÉV AZONOS IDŐSZAKÁNAK ARÁNYÁBAN) A VIZSGÁLT IDŐSZAKBAN	374
F126. A CT BEAVATKOZÁSOK EGY FŐRE JUTÓ TELJESÍTMÉNYE TERÜLETENKÉNT	376
F127. A LABOR BEAVATKOZÁSOK EGY FŐRE JUTÓ TELJESÍTMÉNYE TERÜLETENKÉNT	377
F128. AZ EGY FŐRE JUTÓ JÁRÓBETEG-ELLÁTÁS KIADÁSÁNAK VÁLTOZÁS-DINAMIKÁJA A PK ÉS A KONTROLL TERÜLETEN	378
F129. AZ EGY FŐRE JUTÓ FEKVŐBETEG-ELLÁTÁS KIADÁSVÁLTOZÁS DINAMIKÁJA A PK ÉS A KONTROLL TERÜLETEN	379
F130. AZ EGY FŐRE JUTÓ LABORSZOLGÁLTATÁSOK KIADÁSAINAK VÁLTOZÁS-DINAMIKÁJA A PK ÉS A KONTROLL TERÜLETEN	380



F131. AZ EGY FŐRE JUTÓ CT SZOLGÁLTATÁSOK KIADÁSAINAK VÁLTOZÁS-DINAMIKÁJA A PK ÉS A KONTROLL TERÜLETEN	381
F132. AZ EGY FŐRE JUTÓ GYÓGYSZER -KIADÁSOK VÁLTOZÁSÁNAK DINAMIKÁJA	382
F133. AZ EGY FŐRE JUTÓ GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZ-KIADÁSOK VÁLTOZÁSÁNAK DINAMIKÁJA	383
F134. A HÁZIORVOS-BETEG TALÁLKOZÁSOK SZÁMÁNAK ALAKULÁSA	388
F135. TOVÁBBKÜLDÉS SZAKELLÁTÁS IRÁNYÁBA	389
F136. TOVÁBBKÜLDÉS LABORVIZSGÁLATOKRA	391
F137. JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁSBAN VALÓ MEGJELENÉSI ARÁNY VÁLTOZÁSA	393
F138. JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁSI KIADÁSOK VÁLTOZÁSA	394
F139. LABORDIAGNOSZTIKA IGÉNYBEVÉTELÉNEK VÁLTOZÁSA	396
F140. GYÓGYSZERTÁMOGATÁSI KIADÁSOK VÁLTOZÁSA	396
F141. AZ ELEMZÉSHEZ HASZNÁLT MODELL SEMATIKUS ÁBRÁJA	413



TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

T1.	A MODELLPROGRAM ÖSSZEFOGLALÓ ÉRTÉKELÉSE EGÉSZSÉGPOLITIKAI SZEMPONTBÓL	25
T2.	LAKOSSÁGI ELÉGEDETTSÉGI FELMÉRÉSBEN RÉSZTVEVŐK SZOCI-DEMOGRÁFIAI ADATAI	28
T3.	LAKOSSÁGI ELÉGEDETTSÉGI FELMÉRÉS EREDMÉNYEI KÜLÖNBÖZŐ DIMENZIÓK MENTÉN	29
T4.	PANELREGRESSZIÓS BECSLÉSI EREDMÉNYEK AZ INTERVENCIÓ HATÁSÁRA BEKÖVETKEZŐ ELLÁTÁSI VÁLTOZÁSOKRÓL	34
T5.	KOCKÁZATBECSLÉSI EREDMÉNYEK KUMULATÍV INCIDENCIA SZÁMÍTÁS ALAPJÁN (ZÁRÓJELBEN A 90%-OS KONFIDENCIA INTERVALLUMOK)	36
T6.	KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ MODELLSZÁMÍTÁS EREDMÉNYE	37
T7.	TOVÁBBI OPCióK A KITERJESZTÉS SORÁN	37
T8.	PRAXISKÖZÖSSÉGI SZAKEMBEREK ÉS KLIENSEK RÉSZVÉTELE AZ 2014.09-2016.03 KÖZÖTT LEBONYOLÍTOTT CSOPORTOS FOGLALKOZÁSOKON	84
T9.	A MEGKÉRDEZETTEK VÉLEKEDÉSE EGY ÚJABB EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT FELMÉRÉSRŐL (N=239).....	107
T10.	PRAXISKÖZÖSSÉGI SZAKEMBEREK ÉS KLIENSEK RÉSZVÉTELE AZ 2014.09-2016.03 KÖZÖTT LEBONYOLÍTOTT CSOPORTOS FOGLALKOZÁSOKON	118
T11.	PRAXISKÖZÖSSÉGI SZAKEMBEREK ÁLTAL VEZETETT EGYÉNI FOGLALKOZÁSOK SZÁMA 2014.09-2016.03 KÖZÖTT	118
T12.	A PRAXISKÖZÖSSÉGI SZAKEMBEREK ÁLTAL TARTOTT EGYÉNI ÉS CSOPORTOS FOGLALKOZÁSOK ÖSSZESÍTETT SZÁMA 2014.09-2016.03 KÖZÖTT	119
T13.	AZ EGYÉNI FOGLALKOZÁSOK TELEPÜLÉSENKÉNTI MEGOSZLÁSA 2014.09-2016.03 KÖZÖTT	119
T14.	2015.10-2016.03. KÖZÖTT TARTOTT KLUBSZERŰ FOGLALKOZÁSOK ÉS AZ AZOKON MEGJELENTEK SZÁMÁNAK MEGOSZLÁSA TELEPÜLÉSENKÉNT	123
T15.	KITÖLTENDŐ DOKUMENTÁCIÓS LAPOK	143
T16.	A MAGYAR GERINCGYÓGYÁSZATI TÁRSASÁG TARTÁSJAVÍTÓ PREVENCIÓS PROGRAMJÁHOZ KÉSZÜLT IZOMERŐ ÉS IZOMNYÚJTHATÓSÁG ELLENŐRZÉSÉRE SZOLGÁLÓ TESZTLAP SZERINTI RÉSZMÉRÉSEK EREDMÉNYEI.....	145
T17.	A KEZDETI ÉS INTERVENCIÓ UTÁNI MÉRT ÖSSZPONTSZÁMOK ÖSSZEHASONLÍTÁSA	146
T18.	AZ AZONOS KÓDJELŰ PRAXISOKBÓL SZÁRMAZÓ KEZDETI ÉS INTERVENCIÓ UTÁNI MÉRT ÖSSZPONTSZÁMOK ÖSSZEHASONLÍTÁSA.....	146
T19.	AZ EGYES DIMENZIÓK ÁTLAGOS ÉRTÉKEI AZ INTERVENCIÓ ELŐTT ÉS UTÁN	147
T20.	A BORSODNÁDASDI ÉS A HEVESI PRAXISKÖZÖSSÉGEK ADATAI EGYMÁSSAL ÖSSZEHASONLÍTVA.....	148
T21.	A KEZDETI ÉS A ZÁRÁSI MÉRÉSEN ELÉRT PONTSZÁMOK ALAPJÁN SZÁMÍTOTT KATEGÓRIÁK	150
T22.	AZ EGYES DIMENZIÓK KIINDULÁSI ÉS INTERVENCIÓ UTÁNI ÉRTÉKE	152
T23.	SA TESTSÚLYCSÖKKENTŐ CSOPORT MÉRÉSI EREDMÉNYEINEK VÁLTOZÓI	153
T24.	A DIETETIKAI TANÁCSADÁS ADATFELVÉTELÉNEK INTERVENCIÓ ELŐTTI ÉS UTÁNI EREDMÉNYEI ÉS AZOK VÁLTOZÁSA.....	157
T25.	A DIETETIKAI TANÁCSADÁS ADATFELVÉTELÉNEK INTERVENCIÓ ELŐTTI ÉS UTÁNI ÉRTÉKEINEK VÁLTOZÁSA	159
T26.	A DIETETIKAI TANÁCSADÁS HATÁSÁRA BEKÖVETKEZETT VÁLTOZÁS MÉRTÉKÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA A KONTROLL CSOPORTBAN BEKÖVETKEZETT VÁLTOZÁSSAL (DIABETESZES CSOPORT).....	160
T27.	AZ ÉLELMISZERFOGYASZTÁSI GYAKORISÁGBAN BEKÖVETKEZETT VÁLTOZÁS IRÁNYA ÉS STATISZTIKAI ÉRTÉKELÉSE.....	162



T28. AZ SF-12 KÉRDŐÍV EGYES DIMENZIÓIBAN MÉRT VÁLTOZÁS	164
T29. A PRAXIKÖZÖSSÉGEK ÉLETKORI MEGOSZLÁSA	165
T30. A KUTATÁSBA BEVONT SZEMÉLYEK FELMÉRT PARAMÉTEREINEK INTERVENCIÓ ELŐTTI ÉS UTÁNI ÉRTÉKEI ÉS AZOK VÁLTOZÁSA	166
T31. A DIETETIKAI TANÁCSADÁS HATÁSÁRA BEKÖVETKEZETT VÁLTOZÁS MÉRTÉKÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA A KONTROLL CSOPORTBAN BEKÖVETKEZETT VÁLTOZÁSSAL (OBES CSOPORT)	167
T32. SF-12 ÖSSZPONTSZÁM ÉS 100-PONTOS ÉRTÉKELÉSI RENDSZER ÖSSZEHASONLÍTÓ EREDMÉNYEI.....	171
T33. AZ SF-12 KÉRDŐÍV EGYES DIMENZIÓBAN BEKÖVETKEZETT VÁLTOZÁS A VIZSGÁLT CSOPORTOKBAN	172
T34. A KUTATÁSBA BEVONT SZEMÉLYEK FELMÉRT PARAMÉTEREINEK INTERVENCIÓ ELŐTTI ÉS UTÁNI ÉRTÉKEI	173
T35. A DIETETIKAI TANÁCSADÁS HATÁSÁRA BEKÖVETKEZETT VÁLTOZÁS MÉRTÉKÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA A KONTROLL CSOPORTBAN BEKÖVETKEZETT VÁLTOZÁSSAL (HIPERTONI CSOPORT)	174
T36. ÉLELMISZERFOGYASZTÁSI GYAKORISÁGBAN BEKÖVETKEZETT VÁLTOZÁS IRÁNYA ÉS STATISZTIKAI ÉRTÉKELÉSE.....	177
T37. AZ SF-12 KÉRDŐÍV EGYES DIMENZIÓIBAN MÉRT VÁLTOZÁS	179
T38. A KUTATÁSBA BEVONT SZEMÉLYEK FELMÉRT PARAMÉTEREINEK INTERVENCIÓ ELŐTTI ÉS UTÁNI ÉRTÉKEI	180
T39. A DIETETIKAI TANÁCSADÁS HATÁSÁRA BEKÖVETKEZETT VÁLTOZÁS MÉRTÉKÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA A KONTROLL CSOPORTBAN BEKÖVETKEZETT VÁLTOZÁSSAL (ISZB CSOPORT)	182
T40. AZ ÉLELMISZERFOGYASZTÁSI GYAKORISÁGBAN BEKÖVETKEZETT VÁLTOZÁS IRÁNYA ÉS STATISZTIKAI ÉRTÉKELÉSE.....	184
T41. AZ SF-12 KÉRDŐÍV EGYES DIMENZIÓIBAN MÉRT VÁLTOZÁS	185
T42. AZ EGÉSZSÉGNYERESÉGRE VONATKOZÓ FŐBB TANULMÁNYOK ÖSSZEFOGLALÁSA	192
T43. A GAZDASÁGOSSÁGI EREDMÉNYEKET TARTALMAZÓ FŐBB PUBLIKÁCIÓK ÖSSZEFOGLALÁSA	196
T44. A HEP KISTÉRSÉGI ADATOK ÉS AZ EÁF ADATOK ÖSSZEHASONLÍTÁSA.....	201
T45. A HATÉKONYSÁGI FELMÉRÉSBE BEVONT VÁLTOZÓK ÖSSZEHASONLÍTÁSA 1.	203
T46. A HATÉKONYSÁGI FELMÉRÉSBE BEVONT VÁLTOZÓK ÖSSZEHASONLÍTÁSA 2.	205
T47. A KLIENSELÉGEDETTSÉGI KÉRDŐÍVET KITÖLTŐK ALAPVETŐ DEMOGRÁFIAI ADATA.....	213
T48. AZ ÁLTALÁNOS ELÉGEDETTSÉG DIMENZIÓI.....	215
T49. A FOGLALKOZÁSOKON 2013 NOVEMBER ÉS 2017 KÖZÖTT RÉSZT VEVŐK SZÁMA PRAXISKÖZÖSSÉGENKÉNT	229
T50. A VÁRANDÓSOK KÖRÉBEN FELTÁRT PROBLÉMÁK	246
T51. VÁRANDÓSOK MEGLÉVŐ BETEGSÉGEI	247
T52. SZÜLŐI BELEGYZÉSEK ARÁNYA A MODELLPROGRAMBAN	253
T53. A SEGÉD-EGÉSZSÉGŐRÖK ALKALMAZÁSÁNAK INDIKÁTORAI	260
T54. A SEGÉD-EGÉSZSÉGŐRÖK MUNKAVÉGZÉSÉNEK INDIKÁTORAI	261
T55. RÉSZVÉTELI ARÁNY HAZAI POPULÁCIÓS SZŰRÉSEKEN	266
T56. A ROMA FELNŐTTEK ÖNBEVALLÁS ALAPJÁN REGISZTRÁLT RÉSZARÁNYAI AZ ALAP- ÉS VÉGÁLLAPOT-FELMÉRÉSEK RÉSZMINTÁIBAN	286
T57. MINTA TÁBLÁZAT PRAXISKÖZÖSSÉGI SZOLGÁLTATÁSOK HATÁSA A PREVENTÍV SZOLGÁLTATÁSOK IGÉNYBEVÉTELÉRE FELNŐTTEK KÖZÖTT ÁLTALÁBAN ÉS A ROMA FELNŐTTEK KÖRÉBEN AZ INTERVENCIÓS ÉS A KONTROLL TERÜLETEN KIVITELEZETT ALAP- ÉS VÉGÁLLAPOT-FELMÉRÉSEK ALAPJÁN	288



T58. PRAXISKÖZÖSSÉGI SZOLGÁLTATÁSOK HATÁSA A TÁPLÁLKOZÁSSAL ÖSSZEFÜGGŐ ISMERETEKRE ÉS AZ ÉLETMÓDRA FELNŐTTEK KÖZÖTT ÁLTALÁBAN ÉS A ROMA FELNŐTTEK KÖRÉBEN AZ INTERVENCIÓS ÉS A KONTROLL TERÜLETEN KIVITELEZETT ALAP- ÉS VÉGÁLLAPOT-FELMÉRÉSEK ALAPJÁN	290
T59. PRAXISKÖZÖSSÉGI SZOLGÁLTATÁSOK HATÁSA AZ EGÉSZSÉGATTITÚDRE FELNŐTTEK KÖZÖTT ÁLTALÁBAN ÉS A ROMA FELNŐTTEK KÖRÉBEN AZ INTERVENCIÓS ÉS A KONTROLL TERÜLETEN KIVITELEZETT ALAP- ÉS VÉGÁLLAPOT-FELMÉRÉSEK ALAPJÁN	291
T60. MINTA TÁBLÁZAT PRAXISKÖZÖSSÉGI SZOLGÁLTATÁSOK HATÁSA AZ EGÉSZSÉGATTITÚDRE FELNŐTTEK KÖZÖTT ÁLTALÁBAN ÉS A ROMA FELNŐTTEK KÖRÉBEN AZ INTERVENCIÓS ÉS A KONTROLL TERÜLETEN KIVITELEZETT ALAP- ÉS VÉGÁLLAPOT-FELMÉRÉSEK ALAPJÁN	293
T61. MINTA TÁBLÁZAT PRAXISKÖZÖSSÉGI SZOLGÁLTATÁSOK HATÁSA A HIPERTÓNIA ÉS A DIABÉTESZ GONDOZÁSÁRA FELNŐTTEK KÖZÖTT ÁLTALÁBAN ÉS A ROMA FELNŐTTEK KÖRÉBEN AZ INTERVENCIÓS ÉS A KONTROLL TERÜLETEN KIVITELEZETT ALAP- ÉS VÉGÁLLAPOT-FELMÉRÉSEK ALAPJÁN	294
T62. AZ INTERVENCIÓS- ÉS KONTROLL TERÜLET KLIENSEINEK MEGOSZLÁSA ESETDEFINIÍCIÓS CSOPORTONKÉNT ÉS KLIENSKÖRÖNKÉNT	301
T63. A PRAXISKÖZÖSSÉGI SZOLGÁLTATÁSOK HATÉKONYSÁGA A PRAXISOK ELHELYEZKEDÉSÉRE (MEGYÉJÉRE, TELEPÜLÉSTÍPUSÁRA) ÉS AZ ELLÁTOTTAK SZOCIO-DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐIRE (ÉLETKORI ÉS NEMI ÖSSZETÉTELÉRE, RELATÍV KÉPZETTSÉGÉRE) KORRIGÁLT ALAPELLÁTÁSI INDIKÁTOROK 2012. ELSŐ NEGYEDÉV ÉS 2016 MÁSODIK NEGYEDÉV KÖZTI IDŐBEN MUTATOTT VÁLTOZÁSAI ALAPJÁN	356
T64. A PROGRAM ÉS A KONTROLL TERÜLET KASSZÁNKÉNTI, EGY FŐRE JUTÓ KIADÁSAINAK ALAKULÁSA	369
T65. A PROGRAM ÉS A KONTROLL TERÜLET KASSZÁNKÉNTI, EGY FŐRE JUTÓ TELJESÍTMÉNYÉNEK ALAKULÁSA	370
T66. HÁZIORVOSI MEGJELENÉSEK ÉS TOVÁBBKÜLDÉSEK: PANELREGRESSZIÓS BECSLÉSI EREDMÉNYEK (FÜGGŐ VÁLTOZÓ: 100 FŐRE ESŐ HAVI ÉRTÉKEK)	399
T67. TOVÁBBKÜLDÉSEK JÁRÓBETEG-ELLÁTÁSBA SZAKMACSOPORTONKÉNT: PANELREGRESSZIÓS BECSLÉSI EREDMÉNYEK (FÜGGŐ VÁLTOZÓ: 100 FŐRE ESŐ HAVI ÉRTÉKEK)	400
T68. JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁSI MEGJELENÉSEK SZÁMA (LABOR NÉLKÜL) AGGREGÁLTAN ÉS SZAKMACSOPORTONKÉNT: PANELREGRESSZIÓS BECSLÉSI EREDMÉNYEK (FÜGGŐ VÁLTOZÓ: 100 FŐRE ESŐ HAVI MEGJELENÉSEK SZÁMA)	402
T69. LABORDIAGNOSZTIKAI ELLÁTÁS ÉS JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁSI ILLETVE GYÓGYSZERKIADÁSOK VIZSGÁLATA (FÜGGŐ VÁLTOZÓ: 1 FŐRE ESŐ HAVI NÉMET PONTSZÁM ILLETVE FORINTÉRTÉK LOGARITMUSA)	404
T70. A MODELLPROGRAM HATÁSÁNAK BECSLÉSE STROKE, AMI KIMENETELEKRE	412
T71. A MODELL KONTROLL KARÁN HASZNÁLT ÁTMENETI VALÓSZÍNŰSÉGEK	416
T72. A MODELL INTERVENCIÓS (MODELLPROGRAM) KARÁN HASZNÁLT ÁTMENETI VALÓSZÍNŰSÉGEK	416
T73. A MAGAS VÉRNYOMÁS ÁLLAPOTÁBAN FIGYELEMBE VETT GYÓGYSZERES KEZELÉS KÖLTSÉGEI	417
T74. A MAGAS VÉRNYOMÁS ÁLLAPOTÁBAN FIGYELEMBE VETT DIAGNOSZTIKAI ELJÁRÁSOK KÖLTSÉGEI	417
T75. AMI ÉS STROKE KEZELÉSI KÖLTSÉGEK (IDŐSZAKOSAN BONTVA)	418
T76. A MODELLPROGRAM KÖLTSÉGÉNEK MEGHATÁROZÁSA	419
T77. A KONTROLL KAR BETEGKOHORSZÁNAK MEGOSZLÁSA 0,5,10,15,20 ÉVES IDŐTÁVON	420
T78. A MODELLPROGRAM KAR BETEGKOHORSZÁNAK MEGOSZLÁSA 0,5,10,15,20 ÉVES IDŐTÁVON	421
T79. A NEM DISZKONTÁLT ÉLETÉVEK BETEGÁLLAPOTOK KÖZÖTTI MEGOSZLÁSA	422
T80. A NEM DISZKONTÁLT KÖLTSÉGEK BETEGÁLLAPOTOK KÖZÖTTI MEGOSZLÁSA	422
T81. A DISZKONTÁLT ÉLETÉVEK ÉS KÖLTSÉGEK KARONKÉNT ÖSSZESÍTETT ÉS INKREMENTÁLIS ÉRTÉKEI	423
T82. AZ ÉRZÉKENYSÉGELEMZÉS EREDMÉNYEI	424



T83. RÉSZVÉTEL A TÖBBLETSZOLGÁLTATÁSOKON (2015. OKT. – 2016. MÁRC.).....	430
T84. A PRAXISKÖZÖSSÉG SZEMÉLYI ÖSSZETÉTELE	437
T85. KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ MODELLSZÁMÍTÁS	438
T86. TOVÁBBI OPCIÓK A KITERJESZTÉS SORÁN	438

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

- AMI** akut miokardiális infarktus
- BGY** Berettyóújfalu
- BMI** testtömeg-index
- BOGY** Borsodnádasd
- BP** testi fájdalom
- BPM** Business Process Management-üzleti folyamat
- CV** kardiovaszkuláris
- EÁF** egészségi állapot felmérés
- EESZT** Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér
- EFI** Egészség Fejlesztési Iroda
- EHR** Electronic Health Record
- FIM index** funkcionális függetlenség mértéke
- FTE** full time equivalent, teljesmunkaidős-egyenértékes
- GH** általános egészség
- HGY** Heves
- HMAP** Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Programban
- MCS** mentális egészség csoport



MeNTA Mobil Egészségnapló és Tájékoztató Alkalmazás

MH mentális egészség

NEAK Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (régábban OEP)

NEFI Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

OGYÉI Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

PCS fizikai egészség csoport

PF fizikai funkció

RE érzelmi szerep

RP fizikai szerep

seő Segéd-egészségőr

SF szociális funkciók

TUG time up and go

VEK Virtuális Ellátó Központ

VM Végrehajtási Megállapodás

VT vitalitás



A. VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A magyar egészségügy számos kihívással kell, hogy szembenézzon, amelyek közül a legaggasztóbb, hogy a lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban igen rossznak tekinthető az életmóddal összefüggő rizikótényezők, és a krónikus nem-fertőző betegségek, illetve halálozás tekintetében, miközben az egészségügyi dolgozók elvándorlása miatt egyre nagyobb problémát jelent az ellátás megszervezése. Ezen körülmények között egyre inkább felértékelődik az alapellátás szerepe, amely **Magyarországon az eddig jellemző szervezési keretek között nem volt képes megfelelően betölteni népegészségügyi, megelőző szerepét. A Svájci-Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram ennek a problémának a megoldását célozta egy 2013. és 2017. között megvalósított, innovatív pilot segítségével**, amely a házi orvosok szervezett együttműködésének kialakítása mellett dietetikusok, gyógytornászok, pszichológusok, népegészségügyi szakemberek és roma segéd-egészségőrök bevonásával növelte az alapellátás kompetenciáját.

Az értékelést a hozzáférés, a hatékonyság és a fenntarthatóság egészségpolitikai célkitűzései mentén, a programban gyűjtött praxisközösségi forgalmi adatokra, a lakosság és a praxisközösségek munkatársai kérdőíves felmérésének eredményeire, a dolgozókkal készített mélyinterjúk elemzésére, valamint az elérhető társadalombiztosítási adatbázisokra építettük.

Bár módszertani szempontból jelentős korlát az értékelhető időtartam rövidege, a **Modellprogram mindegyik célkitűzés mentén érdemi eredményt tudott felmutatni** amellett, hogy sikeresen mozgósítani tudta a hátrányos helyzetű településeken élő roma lakosságot is. Kezdeti eredményeink tehát a Modellprogram folytatása mellett szólnak, ugyanakkor elengedhetetlen a vizsgálatok hosszabb időtávra való kiterjesztése annak érdekében, hogy teljes képet kaphassunk a programnak az egészségügyi ellátórendszer teljesítményére gyakorolt hatásairól.

A.1. BEVEZETŐ

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 elöregedése. 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 (többszintű) szolgáltatásokat (szisztematikus egészségi állapot felmérés (EÁF), életmód tanácsadás, gyógytorna, dietetikai, egészség-pszichológiai 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 összefoglaljuk, hogy a projekt megvalósításának időtartama alatt mennyire sikerült ezen célok elérésében előrelépni, és ennek alapján milyen ajánlások fogalmazhatók meg a Modellprogram további sorsát illetően.

¹ Program javaslat a Svájci–Magyar Együttműködési Program 8. prioritása „Humán erőforrás- és társadalomfejlesztés/Egészségügy” keretében Népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram, MT, 2011. november, GYEMSZI



A.2. MÓDSZERTAN

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.

A.3. ÖSSZEFOGLALÓ EREDMÉNYEK

A módszertani keretek adta lehetőségek mentén egészségpolitikai megfontolásokat tükröző kérdéseket tettünk fel, amelyekre a vizsgálat során konkrét válaszokat kerestünk. Kapott eredményeinket az T1. táblázatban prezentáljuk:



T1. A Modellprogram összefoglaló értékelése egészségpolitikai szempontból

	Egészségpolitikai szempontok/kérdések	Válaszok
1	Hogyan alakult az állampolgárok/kliensek hozzáférése az egészségügyi szolgáltatásokhoz a program ideje alatt?	Jelentősen javult
2	A kliensek mennyire voltak elégedettek a szolgáltatásokkal?	Maximálisan
3	Sikerült-e elérni a kliensoldalon az intervenciókkal szemlélet-, és vagy attitűdváltást?	Pozitív változások történtek, további intervenció szükséges
4	Sikerült-e a házi orvosok, védőnők, ápolók szemléletében, attitűdjében változást elérni?	Pozitív változások történtek
5	Eredményesek voltak-e a többlétszolgáltatások (egészségi állapotjavulás mérhető-e)?	Pozitív változások történtek, további intervenció szükséges
6	Hogyan változott az alapellátást meghaladó szintű szolgáltatások igénybevétele (járóbeteg, fekvőbeteg forgalom)?	Nem nőtt az igénybevétel; a beutalások száma a labornál nőtt, a programhoz kapcsolódó szakmákban csökkent
7	Mekkora többletkiadást generált az egészségi állapot felmérés (járó, fekvő, gyógyszer kasszahatások)?	A modellprogram nem emelte a kiadásokat szignifikáns mértékben
8	Költséghatékonyak tekinthető-e a Modellprogram?	Az első részeredmények biztatóak, a kardiovaszkuláris rizikó csökkent
9	Mennyibe kerül(ne) a Modellprogram országos kiterjesztése?	40 milliárd forint (különböző opcióktól függően)

A.4. AZ EREDMÉNYEK RÉSZLETES BEMUTATÁSA

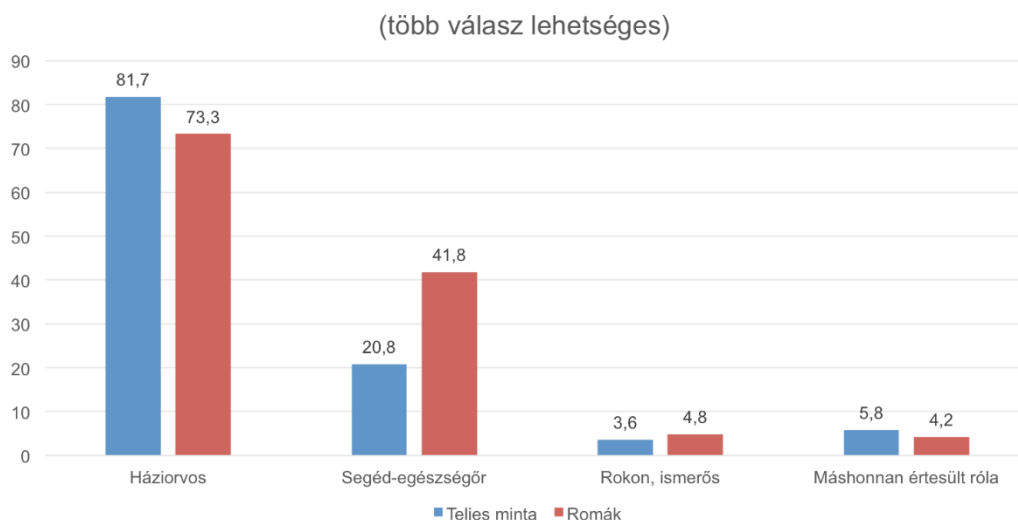
A Modellprogram az MT célokkal egyezően népegészségügyi és egészségfejlesztési kompetenciákkal ruházta fel a helyi alapellátási rendszert, valamint alapvetően felülírta a korábban önállóan dolgozó alapellátók működési logikáját, a szolgáltatásnyújtás folyamatainak átszervezése, a betegadatok megosztása, 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 eredmény². 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 háziiorvosi felkérésre, míg 20%-a segéd-egészségőr ajánlására** vett részt a szűrőprogramon. Kiemelendő, hogy a roma megkérdezettek 40%-a a segéd-egészségőrt nevezte meg behívóként (F1. ábra).

F1. Kinek az ajánlására vett részt a szűrésen?³



Adatok forrása: EMK felmérés

Az ún. többlétszolgáltatások (gyógytorna, egészségpszichológia, diétetika) esetében: 2014 szeptembere és 2016 márciusa között a négy praxisközösségben összesen 5.565 csoportfoglalkozás lebonyolítására került sor 114.684 résztvevővel. Ugyanebben az

² Lásd „Az Egészségi Állapot Felmérés és Toborzás a 18 év felettek körében” fejezetet

³ Az EMK felmérés részleteiről lásd „A lakossági elégedettség és attitűd változás a végállapot felmérés alapján az intervenció területén a kontroll populációhoz képest” fejezetet



időszakban a többlétszolgáltatást nyújtó szakemberek 5.352 egyéni foglalkozást tartottak ennek megfelelő létszámú eléréssel. Ez 42.828 bejelentett biztosított létszámmal számolva azt jelenti, hogy **fejenként átlagosan 2,8 elérést valósított meg a Modellprogram.**

Második kérdésünk, amelyre választ kerestünk: a kliensek mennyire voltak elégedettek a szolgáltatásokkal?

Az EMK önkitöltős kérdőívek formájában mérte fel a kliensek véleményét a szolgáltatások hasznosságát illetően. Mielőtt azonban az elégedettségi válaszokat közelebbről megvizsgáljuk, érdemes figyelmet szentelnünk annak, kik használták a többlétszolgáltatásokat, ugyanis szolgáltatás fajták szerint eltérő mintázatok láthatók. Egyértelműen a gyógytornára járók a legidősebbek a három szolgáltatás használói közül, ami azért nagyon jó hír, mert vélhetően ők mozdíthatók meg a legnehezebben. Ráadásul a leggyakrabban is ezt a programelemet látogatták a résztvevők. A programnak sikerült e téren áttörést elérnie. Amennyiben iskolai végzettség szerint tekintünk a kliensek megoszlására, kiderül, hogy a 8 általános iskolát vagy az alatti végzettséggel bírók az egészségpszichológus által kínált lehetőséggel kevésbé éltek mint az egyetemi, illetve főiskolai végzettségűek. Viszont a magasabb végzettségűekkel a dietetikai tanácsadás aktív felhasználói körében kevésbé találkozhatunk. Utóbbi azért lényeges, mert a dietetikai foglalkozásokkal kiemelten fontos azokat elérni, akiknek az iskolázottsággal összefüggő egészségműveltsége alacsonyabb⁴, ezáltal az egészségtelen életmód következményeinek jobban ki vannak téve.

⁴ Mantwill S et al: The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review. 2015 Dec 23;10(12):e0145455. doi: 10.1371/journal.pone.0145455. eCollection 2015. PLoS One.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26698310>; van der Heide et al: The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. 2013;18 Suppl 1:172-84. doi: 10.1080/10810730.2013.825668. Journal of Health Communication <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24093354>



T2. Lakossági elégedettségi felmérésben résztvevők szoci-demográfiai adatai

	Többlétszolgáltatás			Összesen
	Gyógytorna	Egészség- pszichológia	Dietetika	
Átlagéletkor (év)	62,15	56,55	56,32	58,55
Nők száma és aránya a kitöltők között (fő, %)	276 (87,62%)	133 (94,33%)	335 (87,43%)	744 (88,68%)
Legmagasabb befejezett iskolai végzettség (fő, %)	307 (100%)	133 (100%)	138 (100%)	578 (100%)
8 általános, vagy attól kevesebb	76 (24,76%)	4 (3,01%)	39 (26,09%)	116 (24,42%)
Szakkunaksképző, szakiskola	60 (19,54%)	34 (25,56%)	16 (31,88%)	138 (24,96%)
Érettségi (gimnázium, szakközépiskola)	92 (29,97%)	56 (42,11%)	23 (26,81%)	185 (33,01%)
Egyetem, főiskola	79 (25,73%)	39 (29,32%)	11 (15,22%)	139 (25,15%)
Munkaerőpiaci aktivitás (fő, %)	299 (100%)	123 (100%)	352 (100%)	774 (100%)
Dolgozik/ munkaviszonya van	52 (17,39%)	25 (20,33%)	127 (36,08%)	204 (29,39%)
Tanuló	6 (2,01%)	2 (1,63%)	8 (2,27%)	16 (2,09%)
Nyugdíjas	225 (75,21%)	88 (71,54%)	202 (57,39%)	515 (67,61%)
Egyéb	16 (5,35%)	8 (6,50%)	15 (4,26%)	39 (5,17%)
Beérkezett kérdőívek mindösszesen (db, %), praxisközösségenként	315 (100%)	141 (100%)	383 (100%)	839 (100%)
Jászapáti	38 (12,06%)	16 (11,35%)	36 (9,40%)	90 (10,73%)
Beregyóújfaló	120 (38,10%)	123 (87,23%)	111 (28,98%)	354 (42,19%)
Borsodnádasd	52 (16,51%)	0 (0%)	66 (17,23%)	118 (14,06%)
Heves	101 (32,06%)	0 (0%)	169 (27,78%)	270 (32,18%)
Nem megállapítható	4 (1,27%)	2 (1,42%)	1 (0,26%)	7 (0,83%)

Adatok forrása: EMK felmérés



A Modellprogram által kínált többlétszolgáltatásokkal való elégedettség mértéke kiemelkedően magas volt, a teljeskörű elégedettség értéke 94,1 % volt (bővebben ld. a C7. fejezetben). A résztvevők egyértelműen értékelik, hogy ilyen szolgáltatásokat igénybe vehettek – térítésmentesen. A legkisebb elégedettséget a szolgáltatások helyszíne váltotta ki az igénybe vevők körében.

T3. Lakossági elégedettségi felmérés eredményei különböző dimenziók mentén

Gyógytorna				
	Teljesen elégedett volt	Részben elégedett volt	Nem volt elégedett	Hiányzó adat
Foglalkozások légköre	95.56%	2.22%	0.00%	2.22%
Válaszokat kapott-e a kérdéseire	97.14%	1.27%	0.00%	1.59%
Kezds pontossága	95.56%	2.86%	0.00%	1.59%
Foglalkozások helyszíne	90.79%	7.30%	0.32%	1.59%
Megközelíthetőség	97.14%	0.95%	0.32%	1.59%
Egészségpszichológia				
Foglalkozások légköre	95.74%	2.84%	0.00%	1.42%
Válaszokat kapott-e a kérdéseire	95.74%	2.84%	0.00%	1.42%
Kezds pontossága	91.49%	6.38%	0.71%	1.42%
Foglalkozások helyszíne	91.49%	7.09%	0.00%	1.42%
Megközelíthetőség	96.45%	2.13%	0.00%	1.42%
Dietetika				
Foglalkozások légköre	96.08%	3.39%	0.00%	0.52%
Válaszokat kapott-e a kérdéseire	96.08%	3.13%	0.26%	0.52%
Kezds pontossága	95.56%	3.92%	0.00%	0.52%
Foglalkozások helyszíne	87.99%	10.97%	0.52%	0.52%
Megközelíthetőség	88.77%	10.44%	0.26%	0.52%

Adatok forrása: EMK felmérés

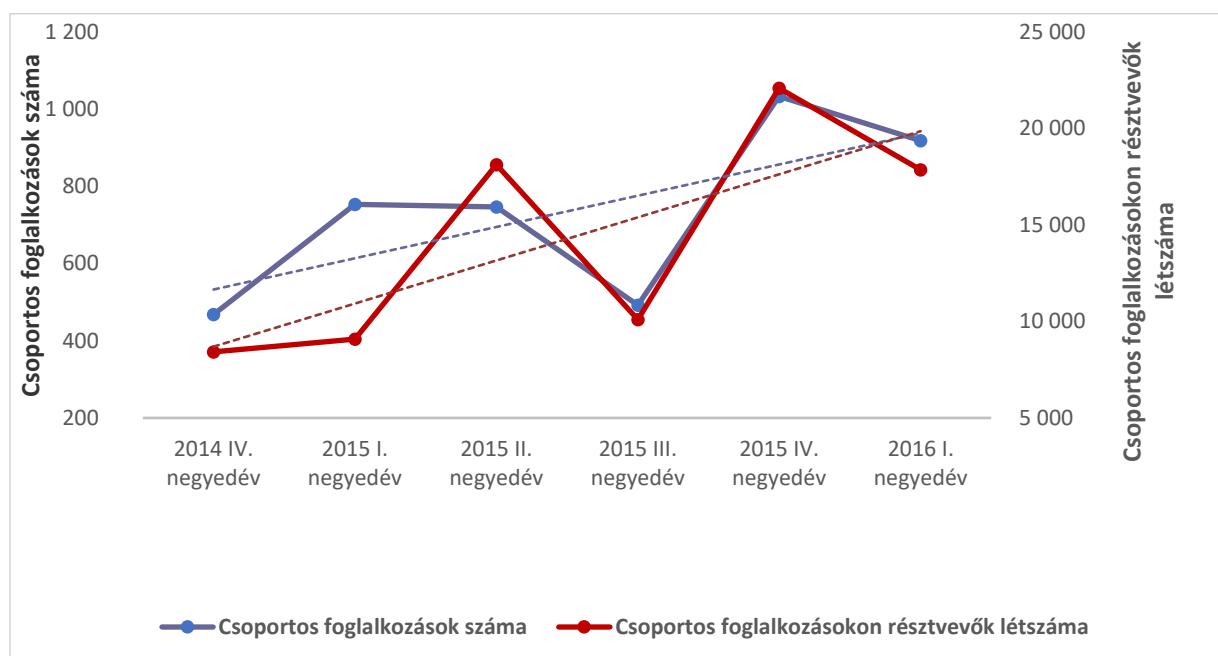
Harmadik kérdésünk azt kutatta, hogy sikerült-e elérni a kliensoldalon az intervenciókkal szemlélet- és/vagy attitűdváltást?

Értelmezésükben a többlétszolgáltatásokon való **rendkívül magas részvételi arány** (vagyis a preventív szolgáltatásokkal szembeni attitűd) 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 (ld. a következő ábrán). A nyári szezonális hatás kivételével



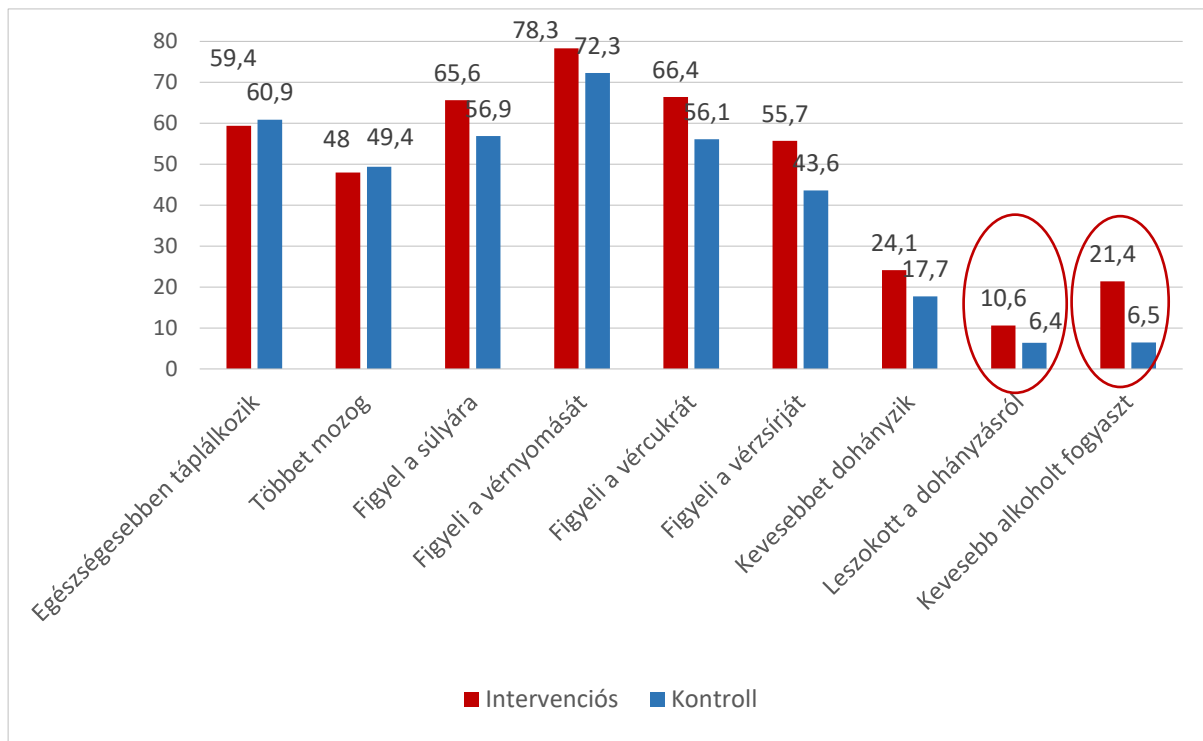
folyamatos növekvő trend volt megfigyelhető a vizsgálati időszakban mind a foglalkozások száma, mind a résztvevők létszáma tekintetében.

F2. A csoportos foglalkozások száma és a résztvevők létszáma 2014. október-2016. március között



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, ehelyütt elsősorban az alkohol-fogyasztási és dohányzási szokásokban bekövetkező változást emeljük ki (F3. ábra).

F3. Életmódváltásról adott lakossági visszajelzés az intervenció és kontroll területen



Adatok forrása: EMK felmérés
EMK felmérés 1022 fő intervenció területen élő és 1004 fő kontroll területen élő lakos megkeresésével (2016. június-december)

Az itt kapott adatok nem minden esetben egyeznek meg a Debreceni Egyetem alap- és végállapot felmérésének eredményeivel, ami abból fakad, hogy az EMK felmérésben más volt a megkérdezettek köre. A Központ ugyanis célzottan, főként a krónikus betegek körében vizsgálta az attitűdváltás bekövetkeztét.⁵

Negyedik kérdésünk: sikerült-e a házi orvosok, védőnők, ápolók szemléletében, attitűdjében változást elérni?

⁵ Az EMK felmérés részleteiről lásd „A lakossági elégedettség és attitűd változás a végállapot felmérés alapján az intervenció területen a kontroll populációhoz képest” fejezetet



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

1. A Modellprogram megváltoztatta a házi orvosok 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, de a gyermekek felnőtt hozzátartozóinak toborzásában is.

Ötödik kérdésünk: „Eredményesek voltak-e a többletszolgáltatások (egészségi állapotjavulás mérhető-e)?”

A Házi Orvosi Indikátorok körében végzett -Debreceni Egyetem által végzett- vizsgálatok⁶ a **hipertónia gondozás** szignifikánsan javuló eredményeiről szólnak, de a **diabétesz gondozás** esetében is szignifikáns javulás volt detektálható a 40-54 közötti korosztályba tartozó paciensek körében. Ami a többi korosztályt illeti, ott is érzékelték javulást, de a változás mértéke ezeken a szegmensekben még volt nem szignifikáns (részletesen ld. a C.3. fejezetben).

A gyógytornán való részvétel eredményessége a Pécsi Tudományegyetem (PTE) felmérése (ld. C.4. fejezetben) 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 statisztikailag szignifikáns javulás volt mérhető a hipertónia, diabétesz, iszkémiás szívbeteg és elhízottak körében, több prognosztikus egészségmutatóban: haskörfogat, testsúly, BMI, vércukorszint, haemoglobinA1C-, koleszterin- és triglicerid szint is csökkent, a fizikai aktivitás több esetben nőtt az intervenció területén a vizsgálat kezdeti állapotához képest.

⁶ Sándor János: A modellprogram prevenció szolgáltatásainak értékelése, http://www.alapellatasimodell.hu/images/dokumentumok_szakmai/20170222-szakmapolitikai-forum/A_modellprogram_prevencio_szolgaltatasainak_ertekelése.pdf



Hatodik és hetedik 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 (társadalombiztosítási kasszahatások szintjén)?”

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 matching⁷) alapuló párosítással olyan kontrollcsoportot választottunk, amely hasonló volt ex ante a modellprogram praxisaihoz a főbb demográfiai, szocio-ökonómiai és egészség-gazdaságtani jellemzők tekintetében.

Az eredmények meglepőek voltak a várakozásokhoz képest: **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 célzottak és olcsók, ezért a kiadásokban már nem érvényesült az emelkedés). **A házi orvosok betegforgalma a prevenciók rendelések következtében emelkedett**, de ez a szándékok szerint alakult, hiszen a kiszűrt betegeket a házi orvosnak gondozásba kell vennie. Az alapellátásban **megjelenő gyógytornász és egészségpszichológus csökkentette a házi orvosi beutalások számát** a kapcsolódó szakmákban, de ez rövidtávon nem volt hatással az igénybevételre: vélhetően a „korábbi”, visszajáró betegek továbbra is a szakellátást vették igénybe.

⁷ Stuart EA. Matching methods for causal inference: A review and a look forward. *Statistical Science*. 2010;25(1):1-21. doi:10.1214/09-STS313



T4. Panelregressziós becslési eredmények az intervenció hatására bekövetkező ellátási változásokról

Esetszámok – Függő változó: 100 főre eső havi esetszám						
	Összesen	Dietetikus	Gyógytornász	Egészség- pszichológus	Képalkotó vizsgálat	Labor- vizsgálat
Háziorvos-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	Gyógyszer- kassza		
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.

Adatok forrása: OEP/NEAK-adatok alapján

Nyolcadik kérdésünk: „Költséghatékonyak 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 volumenű 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 kíséreltük megadni a választ. **Első lépcsőben ún. hatásmérő mutató becslése** történt a felmért kumulatív incidencia alapján, ebből lehetett a relatív kockázatcsökkenés mértékét becsülni. Majd a második lépcsőben következett a megmentett életévek számának becslése, később pedig a



költségvektorok és erőforrás igénybevétel számítása történt egy, az aktuális döntési szituációra adaptált, szintén népegészségügyi beavatkozás értékelésére tervezett egészség-gazdaságtani modell segítségével⁸. A teljes körű gazdasági elemzésben komparátornak a HMAP (Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program) praxiskört jelöltük 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 irányelvben⁹ foglaltak mentén, **az egy főre jutó bruttó hazai össztermék többszöröseként kifejezett költséghatékonysági küszöbértékkel való összevetés** alapján.

A hatásmérő mutató becslése keretében a stroke és az infarktus esetében is javulást detektáltunk: a stroke esetében az utolsó megfigyelt évben (2015Q2-2016Q1) 24%-os relatív kockázatcsökkentést 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%) (4. 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 alatti arányának alakulása gondozotti körben. Emellett fontos fokmérő a thrombocytá 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 képest¹⁰, ezért a stroke és AMI relatív kockázatcsökkenése a Program hatások értékelése szempontjából igen ígéretes és további tisztázó elemzése indokolt.

⁸ Nagyjánosi L., Martos É., Bödönyi 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, LXVI. évfolyam, 3. szám

¹⁰ Sándor János: A modellprogram prevenció szolgáltatásainak értékelése, http://www.alapellatasimodell.hu/images/dokumentumok_szakmai/20170222-szakmapolitikai-forum/A_modellprogram_prevencios_szolgaltatasainak_ertekelése.pdf



T5. Kockázatbecslési eredmények kumulatív incidencia számítás 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%)			

Adatok forrása: OEP/NEAK-adatok alapján

Ennek a terápiás hatásnak a beépítésével az egészség-gazdaságtani modell eredményei alapján a hagyományos alapellátáshoz képest vizsgált Modellprogramhoz 0.017 megnyert diszkontált életév, valamint 86 772 Ft diszkontált költségnövekmény kapcsolódott, így a végső költséghatékonysági arányszám 5 063 992 Ft / életévre becsülhető 20 éves időhorizonton, bőven a 2015-ös bruttó hazai össztermék háromszorosára becsülhető implicit fizetési hajlandóság értéke alatt, hiszen 2015-re vonatkozóan az egy főre jutó GDP Ft-ban kifejezve, nominális értéken 3 454 121 Ft volt (KSH STADAT adatbázis), melynek háromszorosa 10 362 363 Ft.

Az elvégzett egészség-gazdaságtani elemzés alapján a Modellprogram a hagyományos alapellátás keretén belül működő házi orvosi praxisokhoz képest hazai körülmények között is elfogadható költségek mellett vásárol egészségnyereséget a lakosság számára. Ezeknek az eredményeknek a megerősítése kívánatos, akár hosszabb távú, adminisztratív adatbázisokból származó utánkövetéses adatok elemzésével és beépítésével. Ezen felül a Modellprogram hozzáadott értékének bemutatásához szükséges volna egészség-gazdaságtani elemzések elvégzése további indikációkban is.



Végezetül marad az utolsó kulcskérdés: „A Modellprogram kiterjesztése mennyibe kerülne, amennyiben a politika elköteleződné a folytatás (és a kiterjesztés) mellett?” Országos kiterjesztés esetén, a **Modellprogram tapasztalatai alapján az erőforrás-kihasználás javításával, közelítőleg 40 milliárd Ft-ba kerülne** (döntésektől függően) **a modell majdnem teljes körű kiterjesztése** (ld. T6. táblázat). Ebben az esetben átlagosan 10 praxis alkotna egy praxisközösséget, a népegészségügyi szakember mellett egy teljes állású gyógytornász és (egyelőre) fél-félállású dietetikus és egészségpszichológus állna rendelkezésre.

T6. 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

T7. További opciók a kiterjesztés során

Változtatások az alapmodellhez képest	Hatás 650 praxisközösség esetén
67%-kal magasabb részvételi díj (100 Ft/TAJ/hó) Ezzel kb. 300.000 Ft / praxis a többletfinanszírozás.	4 368
Dietetikus teljes állásban (félállás helyett)	1 605
Egészségpszichológus teljes állásban (félállás helyett)	1 605
Gyógytornász további 0,5 FTE (összesen 1,5 FTE)	1 391
Kétszer több segéd-egészségőr foglalkoztatása Praxisközösségenkénti átlagban 2,5 FTE segéd-egészségőr.	1 939
Összesen	10 908



A.5. KÖVETKEZTETÉSEK

1. A Modellprogram több ponton (számunkra is) meglepően sikeresnek bizonyult, az idő rövidege ellenére egyes területeken (elsősorban a hipertónia, egyes korcsoportok diabétesz gondozásában, illetve a gyógytorna, dietetika, pszichológia esetében) bizonyítékokat találtunk a kliensek egészségmutatóiban 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 többlétszolgáltatásokkal megemelt alapellátás, a háziorvosokkal az élen, képes volt kezelni.
3. Az életmód tanácsadások, és új többlétszolgáltatások magas ismertség és elégedettség mentén 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.

A.6. 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 nem elérhetőek, ezért kiterjesztésük javasolt.

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 lakosságra vonatkozó EÁF segítségével. Ennek ütemezése a háziiorvosi szakmai szervezetekkel egyeztetésre került, a Modellprogram szakmai vezetésének előzetes álláspontja szerint a háromévente történő törzskarton frissítés alkalmas eszköz arra, hogy a kliensek tekintetében a háziiorvosok, illetőleg az ellátók a betegek vonatkozásában „képben” legyenek¹¹. 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 a Modellprogram keretében készült több tanulmány, prezentáció^{12,13,14} is tanúskodik. A HR gondokra az egyik rész megoldást éppen maga a PK modell bevezetése jelentheti, mivel egymás helyettesítése és a háziiorvosok tehermentesítése egy praxisközösségben könnyebben megoldható, mint különálló praxisokban.
6. Nemcsak a háziiorvosok, 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

¹¹ Lásd az 51/1997. NM rendeletet a szűrésekről valamint a 43/1999. Kormányrendeletet a finanszírozásról.

¹² Lásd Papp Magor előadását. http://www.alapellatasimodell.hu/images/dokumentumok_szakmai/20170222-szakmapolitikai-forum/

¹³ Lásd Vajer Péter előadását http://www.alapellatasimodell.hu/images/dokumentumok_szakmai/20170222-szakmapolitikai-forum.

¹⁴ TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkori (0-7 év) kiemelt projekt



helyi betagozódását. A háziorvosi praxisok betöltöttsége az orvosegyetemek közelségével egyértelmű kapcsolatot mutat.

7. Forrás szempontjából nem tartjuk aggályosnak a közel 40 milliárd Ft-os kiterjesztési költséget, mivel ez az összeg a meglévő alapellátási kiadások egynegyedét sem éri el. Ilyen súlyú program esetében, különösképpen arra tekintettel, hogy több év alatti bevezetés várható, joggal feltételezhető, hogy a szükséges forrás biztosítása nem állítja az államháztartást megoldhatatlan kihívás elé. (A kalkuláció részletes bemutatását ld. az E1. fejezetben.)
8. A kiterjesztésben kulcsfontosságú a módszertani és képzési háttér biztosítása. Az alapellátás vezetése országosan biztosítandó, a közigazgatás átszervezése mellett is megoldandó feladat. Az országos módszertani irányításhoz és a kapcsolódó egyetemi kutatási és képzési háttérhez a háttér intézmények és a szakmai műhelyek a Modellprogramban rendelkezésre álltak. Fontos, hogy a felhalmozott szellemi tőke továbbra is kamatozzon. (A kiterjesztés szervezetfejlesztési kérdéseivel és ajánlásaival az E2. fejezet foglalkozik részletesen.)



B. A PRAXISKÖZÖSSÉGEK INFRASTRUKTÚRÁJÁNAK, ERŐFORRÁSAINAK BEMUTATÁSA

B.1. A HUMÁNERŐFORRÁS FELÉPÍTÉSE ÉS VÁLTOZÁSA

Ez az alfejezet áttekinti, hogy a kezdeti elképzelésekhez képest hogyan és miért változott a praxisközösségekben dolgozók összetétele, meghatározza, hogy a rendelkezésre álló álláshelyeket milyen arányban sikerült betölteni, illetve hogy mekkora volt a munkavállalói fluktuáció mértéke az egyes munkakörökben. A program keretében jelentkező képzési igényekkel külön alfejezet foglalkozik.

B.1.1. MUNKAKÖRÖK ÉS FOGLALKOZTATÁSI FORMA

A praxisközösséghez való tartozás (a praxisközösségi tagság) **formális jogviszony** alapján jött létre a modellprogram során: a tagok a NEFI-vel vállalkozási vagy megbízási szerződést kötöttek a praxisközösségi feladatok ellátására, vagy pedig a NEFI közalkalmazottjaként vettek részt a programban. A **szerződéses foglalkoztatás a háziiorvosi és védőnői praxisokra** volt jellemző, ahol a szerződéses feladatok az alapfeladatként végzett, OEP/NEAK-finanszírozásban részesülő praxisműködésen felüli többlettevékenységek ellátására irányultak. A háziiorvosi szolgálatokkal kötött vállalkozói szerződések esetében a praxist működtető gazdasági társaság volt a szerződő fél; a praxisokkal kötött szerződés következtében váltak a praxisközösség tagjává a praxisnővérek. A **közalkalmazottként** történő foglalkoztatás a korábbi alapellátási szereplőkhöz képest **többleterőforrásként értelmezhető munkakörökre** volt jellemző: ide tartozott a népegészségügyi koordinátor, a népegészségügyi szakdolgozó, a praxisközösségi nővér, a dietetikus, a gyógytornász, az egészségpszichológus és a segéd-egészségőrök. A közalkalmazottak esetében a **munkáltatói jogokat** a praxisközösségi helyszíneken a népegészségügyi koordinátor gyakorolta.

A modellprogram pilot jellegéből és fejlesztési forrásra épülő finanszírozásából adódóan előfordultak olyan problémák, amelyek késleltették a megvalósítás egyes elemeit, vagy csökkentették a munkatársak motivációs szintjét. Bár a program felépítése egyértelműen megkívánta a helyi védőnők bekapcsolását, mégis közbeszerzési eljáráson kellett őket „kiválasztani”. A munkatársak sokszor szembesültek azzal, hogy a költségtérítések, illetve helyi beszerzések elszámolása és megtérítése sokáig tartott a központi projektgazda számára.



Ezeknek a problémáknak az elemzésére azért nem térünk ki, mert a praxisközösségi modell kiterjesztése esetén a tevékenységek (és így a munkavállalók) finanszírozása más csatornán történne, az az egészségügyi ellátások folyó finanszírozásába épülne be.

A praxisközösségek tagjainak **összetételében** voltak változások a megvalósíthatósági tanulmányban, illetve a praxisközösségi működési kézikönyv kezdeti verziójában szereplő felálláshoz képest. Nem sikerült egyik praxisközösségbe sem találni szakorvosjelöltet, így bár az eljárásrendben szerepel ez a munkakör, működését nem sikerült tesztelni a modellprogramban (a rezidensek hiánya országos jelenség). Az eredeti tervekkel ellentétben az alapellátás fogorvosai szintén nem váltak a praxisközösségek tagjaivá. A megvalósíthatósági tanulmány még megkülönböztette az egészségőri és a segéd-egészségőri, a működési kézikönyv kezdeti verziója pedig az egészségőri és egészségfelelősi munkaköröket. A projekt során végül a döntően félállásban, praxisonként ketten dolgozó roma segéd-egészségőri pozíciók jöttek létre, majd a projekt második felére egyre gyakoribbá vált, hogy a segéd-egészségőri pozíciót egy fő töltötte be teljes állásban. Az egészségi állapot felméréseket kezdetben a praxisközösségi nővér és a népegészségügyi szakember végezte. A félidei értékelés is megerősítette, hogy az állapotfelmérések elvégzése során nem hasznosul megfelelően a népegészségügyi végzettség, így a program második felében csak praxisközösségi nővérekből álló csapatok is működtek. A záróértékelésben ezt a változtatást úgy vesszük figyelembe, hogy az állapotfelméréseket végző munkavállalókat – végzettségüktől függetlenül – egységesen a szűrőteam tagjaként vesszük figyelembe.

Bár a projekt eredeti elképzelései között sem szerepelt, de az alapellátási modellprogram értékelése kapcsán ki kell emelni, hogy az egészségügyi és szociális alapellátás további szereplői sem váltak a praxisközösségek tagjaivá. Ilyen módon a modellprogram sem az egészségügyi alapellátás valamennyi szereplőjének együttműködési formáit, sem pedig az egészségügyi és a szociális alapellátás integrált működés módját nem tesztelte. A projektcélok tükrében ez nem tekinthető hiányosságnak, de az integrált ellátás térnyerésére vonatkozó nemzetközi trendek ismeretében ennek a modellprogramnak ezt a sajátosságát rögzíteni szükséges.

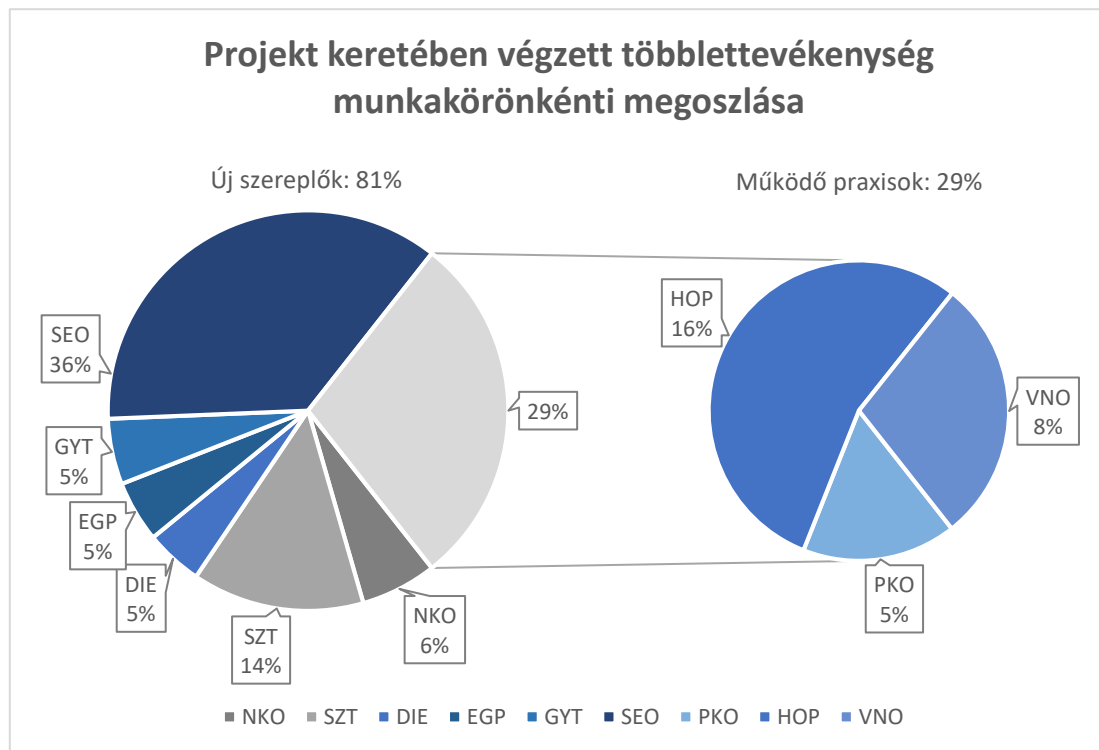
B.1.2. AZ ÁLLÁSHELYEK BETÖLTÖTTségÉNEK ALAKULÁSA

A modellprogram keretében, a normál alapellátási tevékenységen túl végzett többlettevékenységek munkakörönkénti megoszlását az F4. ábra mutatja be (a számítások alapja a projekt keretében finanszírozott munkaidő). A „rég” szereplők közül a háziorvosi praxisok az összes többlettevékenységnek kb. 21%-át, a védőnői praxisok kb. 8%-át végezték.



Az új szereplők közül – alapvetően a létszamarányoknak köszönhetően – az időráfordítás felét a segéd-egészségőrök adták. Ezen kívül a szűrőteam nagyobb szerepe látszik még az ábrából, ami a munkaerő-felhasználás oldaláról is azt jelzi, hogy az egészségi állapot felmérés mennyire hangsúlyos eleme volt a modellprogramnak. A rendelkezésre álló munkaidő mennyiségét a létszámokon túl az egyes munkakörök betöltöttsége is befolyásolta (nem sikerült minden munkakört minden helyszínen a projekt teljes időtartama alatt betölteni).

F4. A projekt keretében végzett többlettevékenységek emberhónapban kifejezett mennyiségének munkakörök közötti megoszlása

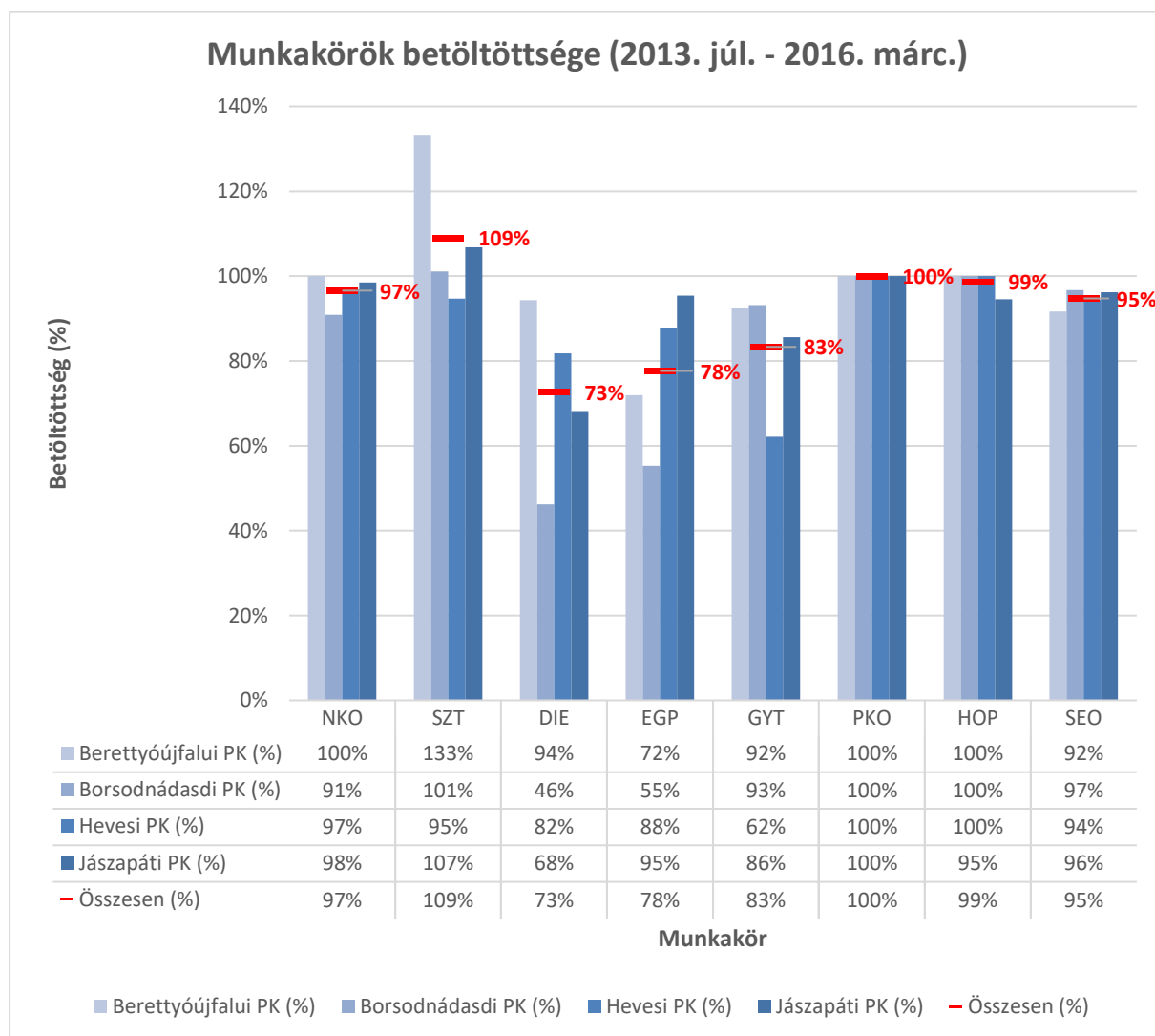


NKO = népegészségügyi koordinátor; SZT = szűrőteam; DIE = dietetikus; EGP = egészségpszichológus; GYT = gyógytornász; SEO = segéd-egészségőr; PKO = praxisközösségi koordinátor - háziiorvosi praxis; HOP = háziiorvosi praxisok; VNO = védőnők. Teljes állás = 1 FTE. A háziiorvosi praxisok esetében 0,5 FTE-vel, a praxisközösségi koordinátor praxisa esetében 0,75 FTE-vel, a védőnői praxisok esetében 0,25 FTE-vel számítottuk be a projekt keretében végzett többlettevékenységek mértékét.

Adatok forrása: NEFI.

A program kezdetekor **standard munkaköri szerkezetet** terveztek minden praxisközösségbe (1 fő népegészségügyi koordinátort, 2 fős szűrőteamet, 1-1 fő egészségpszichológust, gyógytornászt és dietetikust, illetve praxisonként 2 fő félállású segéd-egészségőrt). Az F5. ábra ehhez a standard HR-szerkezethez képest mutatja be az egyes álláshelyek betöltöttségét.

F5. Munkakörök átlagos betöltöttsége a projektidőszak során a tervezett kapacitáshoz képest



NKO = népegészségügyi koordinátor; SZT = szűrőteam; DIE = dietetikus; EGP = egészségpszichológus; GYT = gyógytornász; PKO = praxisközösségi koordinátor - háziorvosi praxis; HOP = háziorvosi praxisok; SEO = segéd-egészségőr. A praxisközösségek területén működő védőnőkkel kb. a végrehajtás felénél sikerült szerződést kötni; a védőnők ezért nem szerepelnek az ábrán. Az eredetileg tervezettnél több munkavállaló alkalmazása 100% fölötti szintet is eredményezhet.

Adatok forrása: NEFI.

A **háziorvosi praxisok** esetében közel 100%-os volt a betöltöttség, mindössze egy, a program utolsó évében lezajló nyugdíjba vonulás következtében csökkent az arány 99%-ra. A praxisokhoz kapcsolódó, a praxisközösségek munkáját támogató **segéd-egészségőrök** esetében is magas, 95%-os volt a betöltöttség. A **népegészségügyi koordinátorok** is végig rendelkezésre álltak, itt a projekt elején volt példa későbbi belépésre.



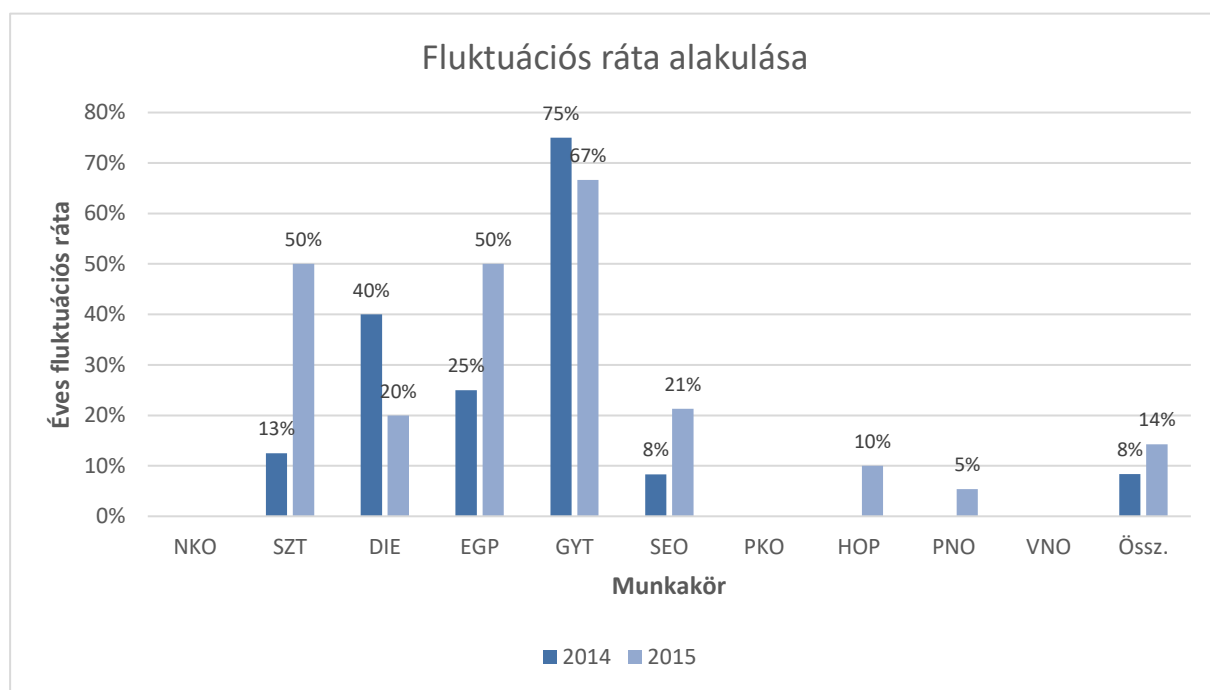
Az eredeti tervekhez képest a **szűrőteamek** létszámát a több klienssel rendelkező praxisközösségekben megnövelték, ez okozza a 100% fölötti betöltöttségi arányt. Az állapotfelmérések végrehajtásához erre a létszámemelésre szükség is volt. Problémás volt ugyanakkor a praxisközösségi szolgáltatásokat nyújtó dietetikus (73%), gyógytornász (83%) és egészségpszichológus (78%) munkakörök betöltése. A **többletszolgáltatások** működésének értékelését alapvetően befolyásolja az a tény, hogy a szolgáltatások **rendelkezésre állása sok esetben nem volt folyamatosan biztosított**. A dietetikusok, gyógytornászok, egészségpszichológusok esetében programidőszak második felében jellemzővé vált a **részmunkaidőben történő foglalkoztatás** (azaz pl. az 1 FTE-nyi munkaerő-szükséglet két fő félállású munkavállalóval történő biztosítása). Az, hogy a praxisközösségek egyes munkavállalói máshol végzett főállásuk mellett vállalták a praxisközösségekben a munkát, eltérő munkaidő-beosztással is járt.

B.1.3. A MUNKAVÁLLALÓK FLUKTUÁCIÓJA

Az álláshelyek betöltöttsége mellett a munkavállalói fluktuáció mértékét is érdemes megvizsgálni. A naptári évre vonatkozó fluktuációs ráta azt méri, hogy az év elején állományban lévő létszámhoz képest hány munkavállaló lépett ki (vagy távozott tartós távollétre) a praxisközösségekből. Mivel a vizsgálat fókuszában az egyes munkakörök értékelése áll, ezért a munkakörönkénti – és nem a praxisközösségenkénti – összesítést szerepeltetjük az értékelésben (lásd az F6. ábrát).

A háziiorvosi praxisok esetében egy nyugdíjba vonulás és egy korábban betöltetlen, de helyettesítéssel ellátott praxis betöltése okozta a 2015. évi fluktuációt. A népegészségügyi koordinátorok végig a helyükön maradtak, ugyanakkor a **praxisközösségi szakemberek körében mért fluktuációs ráta magas**. Ez egyfelől negatív hatással volt a betöltöttségre és a szolgáltatások rendelkezésre állására (ld. az előző alfejezetet), és a kliensekkel való kapcsolatok megszakadásához vezethetett, másfelől pedig a betanulási költségeket is növelte. Bár a kilépéseknek természetesen minden esetben van egyedi oka (pl. gyed vagy budapesti munkalehetőség), a magas fluktuációs ráta mindenképpen kockázatokat vetít előre az álláshelyek betölthetőségével kapcsolatban. A praxisközösségi interjúk alapján megállapítható, hogy a helyi kötődéssel bíró munkavállalók sokkal nagyobb valószínűséggel maradtak a praxisközösség tagjai, ez aláhúzza a helyi szakemberek tartós, kiszámítható keretek közötti foglalkoztatásának fontosságát.

F6. A 2014. és 2015. naptári évre vonatkozó fluktuációs ráta alakulása munkakörönként, valamennyi praxisközösségre összesítve



NKO = népegészségügyi koordinátor; SZT = szűrőteam; DIE = dietetikus; EGP = egészségpszichológus; GYT = gyógytornász; PKO = praxisközösségi koordinátor; HOP = háziorvos; PNO = praxisművelő; SEO = segéd-egészségőr.

Adatok forrása: NEFI, OEP/NEAK.

B.1.4. A KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ AJÁNLÁSOK

A modell jövőbeni kiterjesztése során érdemes lenne **valamennyi alapellátási szereplőt** formális módon is **bekapcsolni** a praxisközösségi modellbe: ez érvényes a fogorvosokra, gyógyszerészekre, otthonápolási szolgáltatókra, de a szociális alapellátásra is. Az a modell konkrét megvalósítási formájától függ, hogy a praxisközösségi tagságot pontosan milyen formális elem fejezi ki (pl. hogy ez egy szerződéses forma lesz-e). A praxisközösségi többlétszolgáltatásokat nyújtó szakemberek esetében a jövőben **kérdéses a közalkalmazotti típusú foglalkoztatási forma** fenntarthatósága. A magas tranzakciós költségek miatt biztosan nem lenne célszerű a modellprogramban használt megoldást (azaz azt, hogy a szakemberek a budapesti székhelyű NEFI közalkalmazottai) szélesebb körben rendszeresíteni. Ha a praxisközösségek jogi személyiséggel rendelkező finanszírozási objektummá válnak, akkor célszerű azt a megoldást választani, hogy a szakemberek a praxisközösség mint jogi személy munkavállalói legyenek. Amennyiben a praxisközösségek nem válnak jogi személlyé, akkor foglalkoztatásukat elsődlegesen a működő praxisokon keresztül célszerű megoldani, a működés fedezetét az OEP/NEAK-finanszírozásba beépítve. Mindkét esetben szükséges az



alapellátásért felelősséget viselő helyi önkormányzatok szerepének tisztázása. Szintén szükséges a részben hasonló célokkal létrehozott egészségfejlesztési irodákhoz (EFI-khez) való viszony tisztázása.

A program tapasztalatai alapján az is látszik, hogy **az egyes praxisközösségekben eltérő mennyiségű és összetételű praxisközösségi szakemberre van szükség**: minimálisan is szükséges figyelembe venni a praxisközösség méretét az álláshelyek számának a meghatározásakor, de egyéb helyi jellemzők (pl. a praxisokban dolgozó szakdolgozók képzettsége, tapasztalata, a környéken rendelkezésre álló szakellátási kapacitások mennyisége) is befolyásolhatják a praxisközösségek pontos összetételét. A szükséges munkaerő megállapításában a helyi szinten végzett tervezésnek kiemelt szerepe van. Modellszinten alapvetően az ellátandó feladatokat és elérendő eredményeket célszerű előírni, az ehhez szükséges addicionális emberierőforrás-állomány meghatározásában a helyi szereplők számára kellő rugalmasságot kell biztosítani.

Mind a betöltöttségi arány, mind pedig a fluktuációs ráta vizsgálata arra figyelmeztet, hogy **a praxisközösségi többlétszolgáltatásokat biztosító szakemberek rendelkezésre állása problémás lehet**, legalábbis a jelenleg megfigyelhető munkaerőpiaci helyzet alapján, és különösképpen a hátrányos helyzetű térségekben. A praxisközösségi modell térnyerése esetén országos szinten meg kell tervezni a szakemberek képzését, továbbképzését, más egészségügyi szakemberek átképzését vagy kiegészítő képzését. A képzéseket – erősítendő a helyi kötődés megőrzését – regionális szinten célszerű megszervezni.



B.2. A PRAXISKÖZÖSSÉGI INFORMATIKAI RENDSZERFEJLESZTÉS BEMUTATÁSA

B.2.1. BEVEZETŐ. A PROGRAM ALAP VÁLLALÁSAI

A Svájci Hozzájárulás SH/8/1 Alapellátás-fejlesztési Modellprogram keretében a WP3 munkacsoportnak olyan informatikai támogatást kellett biztosítania, mely alkalmas egyrészt a Modellprogramban résztvevő munkatársak munkájának adminisztrálására, másrészt a rögzített adatok alapján a többi munkacsoportnak forrásként szolgál kimutatásaik elvégzésére, későbbiekben egészségpolitikai döntések meghozásában szolgál támpontként.

Az informatikai támogatás fő feladatai az alábbiak:

- A praxisközösségek operatív és adminisztrációs funkcióinak támogatását, ezek hatékonyságának növelését.
- Strukturált, valid adatgyűjtést.
- Központi adatbázis létrehozása, mely biztosítja a kutatást, pontos statisztikák készítését, a praxisok egymással való összehasonlítását.
- A kialakítandó rendszer integrálhatóvá tehető az ágazati rendszerekkel.
- A hatékony esetmenedzsmentet, betegút elemzést.
- Mobil eszközökről történő adatelérést.

A felsorolt célok elérése érdekében a WP3 munkacsoport elsődleges feladata az volt a projekt futamideje alatt, hogy egy új, a mai kor követelményeinek megfelelő egyedi praxist, illetve praxisközösséget kiszolgáló informatikai rendszer kifejlesszen és a projekt során pilot üzemben tesztelje.

A szoftver fejlesztések mellett az IT támogatás címszó alatt felsorolt célok jelentős személyi eszközbeszerzést is előirányoztak a praxisközösségi dolgozók részére. A Végrehajtási Megállapodás (VM) 4. számú függeléké tételesen megnevezi a beszerezni tervezett eszközfajtaikat, egységárakat és darabszámot.

A programban az informatikai fejlesztés fázisokra lett szétbontva, a rendelkezésre álló szakmai igények, fejleszthető funkciók, megvalósíthatóság és kapcsolódó rendszerkomponensek ütemezése miatt.

- A „Phase-1” fázis során egy webes csoportmunka fejlesztése történt meg. Ennek keretében a legalapvetőbb együttműködési lehetőségek kerültek implementálásra a praxisközösségi szereplők számára a Működési Kézikönyvnek megfelelően, mint az Egészségállapot felmérések rögzítésének támogatása és kiértékelése.



- A „Phase-2” fázis az új háziiorvosi szoftver és a praxisközösségi rendszer. Ez a rendszer már teljes mértékben hálózati filozófiát követ, és minden orvosi adatot egy központi adatbázisban, szabványos elektronikus egészségügy rekordokban (Electronic Health Record, EHR) tárol. Ez teljes körűen támogatja a háziiorvosi praxisok és a praxisközösségek működését, kiegészítve a lakosság felé a Virtuális Ellátó Központtal (VEK).
- A „Phase-3” fázis a korábbi fázisok szoftvermegoldásaira épülve, integrációkat tartalmaz, elsősorban az ÁEEK által létrehozott egészségügyi informatikai fejlesztésekkel. Az integráció során illesztésre kerül a MeNTA (Mobil Egészségnapló és Tájékoztató Alkalmazás) és az EESZT (Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér), megvalósítva a teljes horizontális, részben pedig a vertikális adatáramlást a lakosság, az ellátók és az ágazat többi szereplőjének bevonásával.

Az informatikai támogatás megvalósításában a WP3 munkacsoportnak számos, a tervezéskor nem definiált szakmai igényt kellett kezelnie, melyek folyamatosan jelentkeztek a fejlesztés ideje alatt, veszélyeztetve az eredeti scope-ot és a tervszerű előrehaladást. Elmondható mégis, hogy -a Modellprogram által biztosított kivételes lehetőségek eredményeként - olyan szakmai standardok és adatállományok álltak elő, amelyek a magyar alapellátás fejlesztés nélkülözhetetlen alapkövei a jövőre nézve.

B.2.2. A TELJESÜLÉS MÉRTÉKE

Az informatikai fejlesztések a már említett három fázisú ütemezésnek megfelelően kerültek megvalósításra. Elsőként 2013 év végén került kiírásra a „Phase-1”, majd 2015 novemberében a „Phase-2” szoftvermegoldások. A „Phase-3” szoftvermegoldás fejlesztéséhez szükséges szakmai igények feltárása és a fejlesztés műszaki leírása 2016 szeptemberében elkészült, az informatikai rendszer fejlesztése a Záró Értékelés írásakor folyamatban van.

B.2.2.1. A Phase-1 szoftvermegoldás

A „Phase-1” szoftvermegoldás (továbbiakban: Phase-1) támogatja a praxisközösségek (háziorvos, egészségügyi szakdolgozók és koordinátorok), és a szakmai irányítók és résztvevők (NEFI, ÁEEK, stb.) munkatársainak tevékenységeit, mint az egészségi állapot felmérések (EÁF) készítése, betegutak nyomon követése, dokumentumkezelés és adminisztratív teendők végzése. A WP3 munkacsoport a WP2 munkacsoport által elkészített, Működési Kézikönyvre



támaszkodva tudta elindítani az informatikai fejlesztést, amely 2013 júniusától 2014 októberiéig tartott. Ekkorra **már valamennyi praxisközösségi munkatársnak lett hozzáférése**, a szoftver használata a mai napig folyamatos, hiszen a szakemberek itt rögzítik az egészségállapotfelméréseket, illetve a szoftver automatikus belső betegút szervezés támogatásával hatékonyabbá teszi a napi működést. Ezen felül a szoftver támogatja a csoportmunkát és a belső kommunikációt, ezeket a lehetőségeket a szakemberek nem vagy kismértékben használják melynek oka, hogy a szoftver oktatását követően ezek a lehetőségek kisebb mértékben lettek kommunikálva, mivel az erőforrásokat a PHASE2 szoftvermegoldás specifikációjának elkészítésére kellett irányítani.

A Phase-1 szoftvermegoldás részletes bemutatására a Sikertényezők c. fejezetben kerül sor.

B.2.2.2. A Phase-2 szoftvermegoldás

A „Phase-2” szoftvermegoldás (továbbiakban: Phase-2) a korábbi informatikai rendszer eredményein is alapulva, magába foglalja annak teljes funkcionalitását. A Phase-1 eredményeire támaszkodva a WP3 munkacsoport felé elsősorban a házi orvosok és praxisnővérek informatikai támogatása jelent meg szakmai igényként, integrálva az eDokiban elérhető funkciókat és a lakosság irányába történő infokommunikációs kapcsolatot. A beszerzés során követelmény volt a Modellprogram vezetőinek igényei alapján, hogy a szoftvermegoldás teljes körű informatikai támogatást biztosítson a praxis és a praxisközösségi munkatársaknak. Ennek érdekében a műszaki kiírásban szerepelt teljes funkcionalitású házi orvosi informatikai rendszer és a 2015 nyarára előállt Praxisközösségi Eljárásrend alapján egy olyan BPM (Business Process Management - üzleti folyamat-menedzsment) alapú rendszer, mely tartalmazza a praxisközösség összes fő folyamatát és támogatja a résztvevők napi munkavégzését. Ez a rendszer már teljes mértékben hálózati filozófiát követ, és minden orvosi adat egy központi – regionális – adatbázisban, szabványos elektronikus egészségügy rekordokban (Electronic Health Record, EHR) tárol. A rendszer támogatja az aszinkron üzenet alapú kommunikációt és tranzakció kezelést a praxisközösség házi orvosi rendszerei és az egészségügy más szolgáltatói, illetve a hatóságok, felügyeleti intézmények között.

A Phase-2 részletes bemutatására a Sikertényezők c. fejezetben kerül sor.

B.2.2.3. A Phase-3 szoftvermegoldás

A „Phase-3” beszerzés műszaki specifikációja rendelkezésre áll, melyben a fő kritériumok között szerepel az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térhez (EESZT) történő



teljes körű integráció és az EESZT egyes szolgáltatásainak becsatornázása, illetve az egészségügyi ágazatban létrehozott lakossági oldalú fejlesztések (MeNTA és META) csatlakoztatása és további szakmai folyamatok, protokollok implementációja. Ebben a fejlesztésben tervezzük megvalósítani azokat a szakmai igényeket, melyek a PHASE-1 és PHASE-2 szoftvermegoldások használata során fogalmazódtak meg.

A Phase-3 műszaki leírásának részletes bemutatására a Sikertényezők c. fejezetben kerül sor.

B.2.3. SIKERTÉNYEZŐK

B.2.3.1. A Phase-1 szoftvermegoldás bemutatása

A „Phase-1” szoftvermegoldás célja elsősorban a szakmai igények mielőbbi informatikai támogatását jelentette a Működési Kézikönyv alapján. A „Phase-1” szoftvermegoldás az üzembe helyezése során az eDoki nevet kapta. A program fejlesztése átmeneti megoldásként szolgált, amíg a Phase-2 sokkal összetettebb funkcionalitása elérhetővé nem válik. Az eDoki támogatja a házi orvosok, nővérek, egyéb praxisközösségi tagok, valamint a felügyeleti intézmények (OALI/NEFI, GYEMSZI/ÁEEK) együttműködését a praxisközösség folyamatok követésével, dokumentálásával és optimalizálásával.

A szoftver az alábbi praxisközösségi részfunkciókat szolgáltatja

- Központi páciens adatbázis és adatmegosztás
- Megosztott dokumentum kezelés
- Megosztott esemény kezelés
- Időpontfoglalás naptári rendszerben
- Munkatársak közötti üzenet közvetítés
- Állapotfelmérési kérdőívek kitöltése és kiértékelésük
- Statisztikák

A szoftver egyedi azonosítást és hozzáférést megvalósító modult tartalmaz, ennek megfelelően a felhasználók minden funkciót csak egyedi hozzáférési jogok alapján vehetnek igénybe.

Az *Ellátás Menedzsment* a rendszer egyik fő komponense. Az ebben tárolt adatok könnyen hozzáférhetőek és módosíthatók, az orvosok láthatják, hogy egy-egy páciens kitöltötte-e a megfelelő kérdőívet, elkészült-e ezek értékelése, stb. A páciens adatokat hozzáférési jogosultsággal lehet vizsgálni, és a kooperációt segíti, hogy ezek az adatok a



központi adatbázisban fizikailag bárholnan hozzáférhetőek a jogosult dolgozó részére.

F7. eDoki – Ellátás Menedzsment modul

dr. Mezei Imre 033-894-647

Születési adatok
 Születési név: Berettyóújfalú
 Születési hely: Berettyóújfalú
 Születési dátum: 1976. április 16.
 Anyja neve: Szegedi Julianna
 Állampolgárság: HUN

Elérhetőségek
 Email cím:
 Telefonszám:
 Mobil telefonszám:
 Lakcímek: 4100 Berettyóújfalú, Csallag utca 15/a

Rizikó
 Dohányzás: Nem dohányzik
 BMI: 25,2
 Alkohol: AUDIT 3 pont
 SCORE (szécht): 0 (szécht: 4,9)
 Diabétes, prediabétes: 5,1, FINRISC 3 pont

Labor adatok
 Triglicerid: 1,0 mmol/l - 2015.04.14.
 eGFR: 60,8 ml/perc - 2015.04.14.
 Szérum koleszterin: 4,9 mmol/l - 2015.04.14.
 Éhomi vércukor: 5,1 mmol/l - 2015.04.14.
 Szérum kreatinin: 157,0 µmol/l - 2015.04.14.

Beteg neve	Születési dátum	Állampolgá	Azonosító	F	Azonosító	Nem	Praxis	Utolsó szűrés	Kliens élet, KGY, ig. sz.
dr. Mezei Imre	1976. április 16.	HUN	TAJ szám	033-894-6	Férfi	Dr. Kertész Balázs praxisa	2015. december 08.	Egyszerű	
Alak Ducianna	1923. június 28.	HUN	TAJ szám	088-930-9	Nő	Dr. Szabó János praxisa	2015. december 26.	Egyszerű	
Abdel Szaboné	1963. június 16.	HUN	TAJ szám	072-932-0	Nő	Dr. Székely Ferenc praxisa	2015. január 04.	Egyszerű	
Abdel-Salam Magdy	1956. március 10.	HUN	TAJ szám	093-997-1	Férfi	Dr. Székely Ferenc praxisa	2015. december 01.	Egyszerű	
Abonyi Ferencné	1936. szeptember 05.	HUN	TAJ szám	055-938-4	Nő	Dr. Katona Rózsa praxisa	2015. április 15.	Egyszerű	
Abrahamné Lúcsics Zsuzsanna	1950. február 13.	HUN	TAJ szám	064-338-9	Nő	Dr. Cséki János Károly praxisa	2016. május 13.	Egyszerű	
Aburján Andrea	1987. március 02.	HUN	TAJ szám	090-032-9	Nő	Dr. Ignáth Tamás praxisa	2016. június 01.	Nincs eFog	
Aburján Fanni	1997. április 10.	HUN	TAJ szám	112-213-0	Nő	Dr. Cséki János Károly praxisa	2016. május 16.	Egyszerű	
Aburján György	1971. május 28.	HUN	TAJ szám	030-093-4	Férfi	Dr. Ignáth Tamás praxisa	2016. június 01.	Nincs eFog	
Aburján Györgyné	1938. március 04.	HUN	TAJ szám	102-572-1	Nő	Dr. Cséki János Károly praxisa	2015. november 03.	Egyszerű	
Aburján Imre Zoltán	1981. június 15.	HUN	TAJ szám	037-879-9	Férfi	Dr. Papp Miklós praxisa	2016. február 24.	Egyszerű	
Aburján Imrené	1960. június 04.	HUN	TAJ szám	072-288-7	Nő	Dr. Papp Miklós praxisa	2015. május 28.	Egyszerű	
Aburján János	1948. szeptember 32.	HUN	TAJ szám	044-440-8	Férfi	Dr. Ignáth Tamás praxisa	2016. május 13.	Nincs eFog	
Aburján János	1988. december 19.	HUN	TAJ szám	041-455-0	Férfi	Dr. Ignáth Tamás praxisa	2015. december 15.	Egyszerű	
Aburján János	1971. április 21.	HUN	TAJ szám	030-019-2	Férfi	Dr. Ignáth Tamás praxisa	2016. március 02.	Egyszerű	
Aburján Jánosné	1951. március 20.	HUN	TAJ szám	065-186-7	Nő	Dr. Ignáth Tamás praxisa	2015. április 01.	Egyszerű	
Aburján Katalin Tünde	1987. október 21.	HUN	TAJ szám	090-409-7	Nő	Dr. Papp Miklós praxisa	2015. január 22.	Egyszerű	
Aburján László	1954. április 15.	HUN	TAJ szám	038-627-8	Férfi	Dr. Ignáth Tamás praxisa	2015. április 15.	Egyszerű	
Aburján Norbert	1990. május 16.	HUN	TAJ szám	043-394-2	Férfi	Dr. Ignáth Tamás praxisa	2015. április 14.	Egyszerű	
Aburján Sándorné	1934. szeptember 12.	HUN	TAJ szám	055-046-2	Nő	Dr. Kertész Balázs praxisa	2016. április 29.	Nincs eFog	
Aburján Zoltán	1972. február 27.	HUN	TAJ szám	030-995-7	Férfi	Dr. Cséki János Károly praxisa	2015. június 11.	Egyszerű	

Az eDoki tartalmaz *Dokumentum Menedzsment* funkciókat is, amely valamennyi praxisközösségi és projekt dokumentum kezeléséhez használható. A szerzők állíthatják be a dokumentum megosztási paramétereit.

F8. eDoki – Dokumentum Menedzsment modul

eDOKI v1.0.0 - DOKUMENTUMOK

Praxis funkciók Adminisztráció Kijelentkezés Súly

Saját dokumentumok / Fontos / Képek

Fájl név	Néret	Létrehozva	Megosztás
1_melléklet_07.24.doc	41.00 kb	2013. 11. 20. 21:40	Megosztás
csomag.zip	1.60 Mb	2013. 11. 20. 21:41	Megosztás
Praxis mentés beállítások.docx	9.39 kb	2013. 11. 20. 21:40	Megosztás
Praxis mentés és visszatöltés jegyző	6.34 kb	2013. 11. 20. 21:40	Megosztás

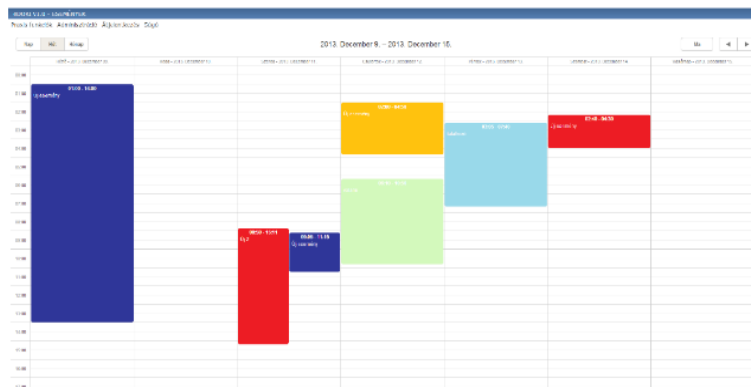
Admin János (Teadt Intézmény, Háziorvos rendelő 1)

Feltöltés: (43%)



Az *Eseménykezelő Modul* lehetőséget teremt a naptári foglaltság megosztására. A kezelések alkalmával a dolgozók *állapotfelmérési kérdőíveket* tölthetnek fel páciens adatokkal. Ha az összes kérdést megválaszolták, a szoftver automatikusan kiértékeli a kérdőívet.

F9. eDoki – Eseménykezelő modul



F10. eDoki – Egészségállapot felmérő kérdőívek

Statisztikákkal lehet értékelni a páciens adatbázist, a rendszer igénybevételét és teljesítményét.

Az eDoki modern hálózati technológiákat alkalmaz, használata a kliens oldalon kizárólag egy szabványos böngészőt igényel (vékonykliens megoldás), mint a Microsoft IE, a



Mozilla Firefox vagy a Google Chrome. Természetesen szabványos böngészőt alkalmazó okostelefonok is alkalmasak az eDoki elérésére.

Elmondható, hogy az eDoki legnagyobb sikere az, hogy a Modellprogram egyik legfontosabb eredménytermékét, a mintegy 22 ezer kliens elemi egészségi állapot felmérési adatait tartalmazó SH8/1 adatvagyonot sikerült előállítani. A Modellprogram adatvagyon standard módon rögzített és tárolt, nemzeti népegészségügyi és egészségügyi rendszerfejlesztési kutatási célokra alkalmas adatbázis, amely a jövő kutatás-fejlesztéseinek is alapköve az érintett szakterületeken. A Program szakmai vezetésének különleges felelőssége, hogy az adatvagyon a konzorciumi szakmai műhelyek anonim módon vizsgálhassák a teljes magyar népegészségügyi és alapellátás fejlesztése érdekében.

A Phase-1 szoftvermegoldás fejlesztése egy igen lényeges, nem tervezett eredményt is magával hozott: ez a rendszer képes kielégíteni az Országos Egészség Fejlesztési Iroda program informatikai igényeit. A regionális Egészség Fejlesztési Iroda (EFI) olyan új egészségügyi szolgáltatási forma, ami háziiorvosi beutaló, sőt, érvényes TAJ nélkül is igénybe vehető¹⁵. Szervezeti felépítését tekintve az EFI és a praxisközösség hasonlóak, ugyanazokat a kompetenciákat integrálják. Az EFI működése azonban korlátozottabb, és csak az alábbi problémák esetén tud segíteni a régió lakosainak:

- mozgás gyakorlatok
- testtömeg és energia egyensúlyi zavarok
- alkoholizmus
- dohányzásról történő leszokás

A „Phase-1” szoftvermegoldás pontosan a fenti funkciókban képes a szervezeti működés támogatására, mivel itt a praxisközösség és az EFI szolgáltatásai megegyeznek. Minthogy országosan az EFI-k szintén a NISZ infrastruktúrát használják, így a szoftver az EFI-k számára szinte azonnal elérhető. Ez ideig országsszerte 58 EFI kezdte meg működését, valamennyi küzd az IT támogatás hiányával. A WP3 munkacsoport 2014 év végére javaslatot állított össze az ágazatvezetés számára, melyben az EFI program számára nyújtott volna informatikai támogatást a Phase-1 szoftvermegoldás átadásával és használatával, de ennek megvalósítására nem került sor.

¹⁵ lásd: <http://www.egeszseg.hu/mi-az-az-efi/>



B.2.3.2. A Phase-2 szoftvermegoldás bemutatása

A „Phase-2” szoftvermegoldásnak (továbbiakban: Phase-2) tartalmazza mindazokat a mai kor követelményeinek megfelelő egyedi praxist illetve praxisközösséget kiszolgálni képes funkciókat, melyek egyrészt a házi orvos tevékenységeit lefedi, másrészt a Praxisközösségek létrehozásával, egy új, innovatív működési modell került bevezetésre, új egészségügyi szakdolgozói kapacitások bevonásával új szolgáltatások nyújtását tette elérhetővé, így azok támogatását is tartalmazza.

A Phase-2 teljes körű támogatást biztosít a házi orvosi praxisoknak és a praxisközösség munkatársainak, illetve magába foglalja Virtuális Ellátó Központot (VEK), mely kapcsolatot teremt a lakosság és az intervenció területén működő, a projektben résztvevő egészségügyi ellátók között.

A Phase-2-vel szembeni követelmény volt, hogy az eddig, a piacon fellelhető házi orvosi programok funkcionalitásának és a jogszabályi előírásoknak integrálja, különös tekintettel az adatvédelemre. A rendszer feladata a házi orvosi szolgálatban szükséges adatok nyilvántartása és az egészségügyi folyamatok kezelése. A rendszernek támogatnia kell a házi orvos betegellátás keretében végzett munkáját, a jelentések előállítását, dokumentumok készítését és azok rendezett tárolását, küldését és nyomtatását. A rendszer egyik jelentős követelménye, hogy a felhasználó által gyakran használt funkciók és műveletek könnyen elérhetők és kezelhetők legyenek. A gyakran használt funkciókhoz könnyen megjegyezhető billentyű kombinációkat kell hozzárendelni, parancsgombokkal egyszerűbbé tenni a munkavégzést.

Phase-2 Szoftvermegoldás Technológiája:

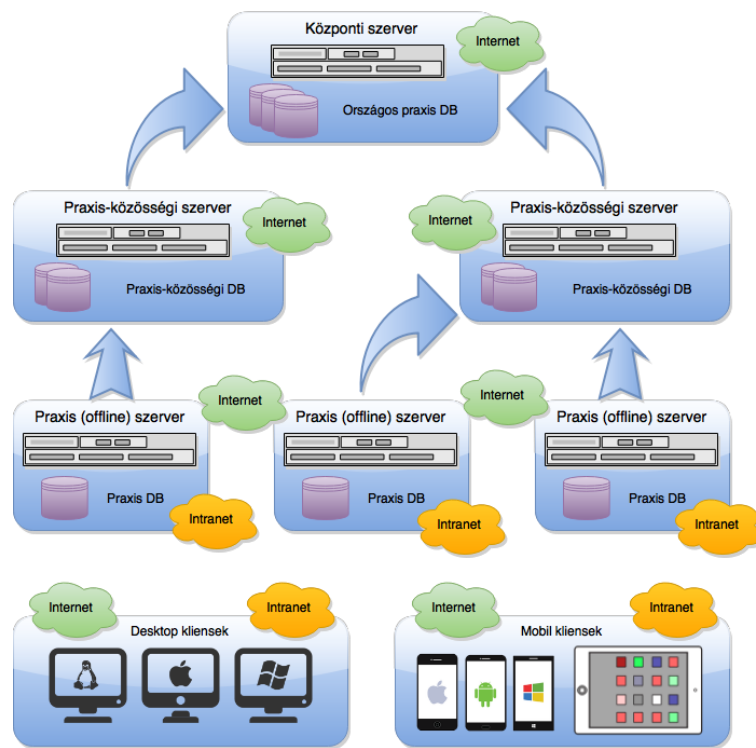
A praxisközösségi szolgáltatások informatikai támogatásának kiegészíti, illetve bővíti a hagyományos házi orvosi tevékenységek folyamatait. Célja, hogy az egyes praxisok közötti adatmegosztás, a csoportmunka támogatása, az új szolgáltatások szervezési és adminisztratív feladatainak biztosítása.

Az informatikai fejlesztés (pilotként) elsődleges célja annak az alapelvnek a gyakorlati tesztelése, miszerint a praxis adatok “felhőben” (cloud) tárolódnak egy openEHR alapú szabvánnyal kompatibilis rendszerben, és publikus, vezetékes vagy mobil hálózati eszközökkel, azonosított és hozzáférési jogokkal rendelkező személyek részére nem lehallgatható és nem manipulálható kapcsolat révén el is érhetők.

A Phase-2-n belül minden, a betegellátással kapcsolatos adat elsődleges tárolása egy központi virtualizált környezetben történik, ugyanakkor valamennyi házi orvosi rendszer a

saját páciensei vonatkozásában rendelkezik egy lokális központi megoldással, adatbázis másolattal, ami a lokális praxis rendszerben állandó jelleggel elérhető, kivédve ezzel a hálózati kapcsolat megszakadását vagy jelentős lassulásából fakadó használhatatlanságát. Így a rendszer a praxisközösségi munkatársak telephelyeiről off-line is működképes, de zavartalan hálózati kommunikáció esetén vagy annak helyreállítását követően a háttérben minden adatváltozást szinkronizál a központtal anélkül, hogy a gyakorlati munkát lassítaná vagy megállítaná. A centrális adattárolás lehetővé teszi azt is, hogy a praxisban dolgozók a hálózat bármely pontjáról hozzáférjenek az általuk kezelt adatokhoz személyazonosságuk igazolásával.

F11. A Phase-2 rendszer felépítése

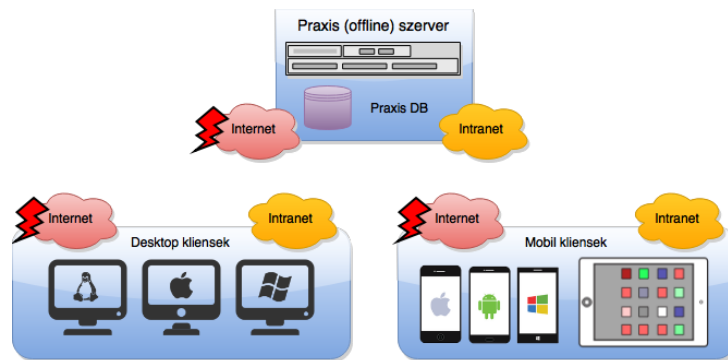


Amint az ábra mutatja, a felhőbe helyezett adatbázis révén az adatok bárholnan, megfelelő jogosultsággal, bármilyen alkalmas eszköz segítségével elérhetőek. A lokális kópia, illetve az off-line használat követelménye azonban szigorúan csak az orvosi rendelőben elhelyezett munkaállomás(ok)ra vonatkozik.

Az offline szerverek a praxisok intranet hálózatra csatlakoznak vagy közvetlen a kliens gépen futnak. Az internet-kapcsolat használhatatlansága esetén az offline szervernek

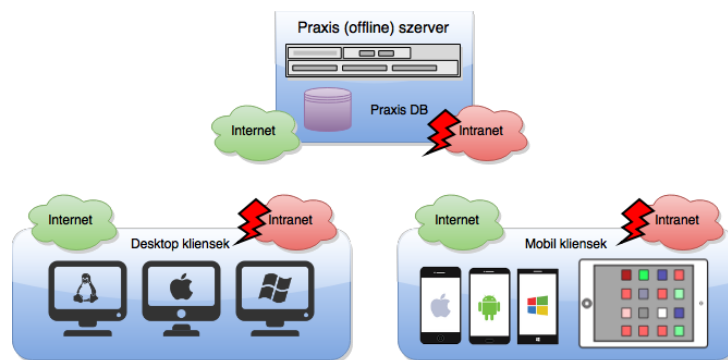
rendelkezésre kell állnia az adott praxis kliensek részére. Az offline szerver rendelkezésre állása esetén a kliensek adott praxisra vonatkozó funkcionalitására nem lehet hatással az online szerverek rendelkezésre állása.

F12. Kliens hozzáférés offline szerveren keresztül



Abban az esetben, ha a kliens nem tud csatlakozni adott praxis offline szerverére, de van elérhető online szerver (pl.: központi szerver), akkor a teljes funkcionalitás rendelkezésre áll a kliens számára.

F13. Kliens hozzáférés interneten keresztül



Az új Praxisközösségi rendszer felhagyja a hagyományos papírkarton rendszert utánozó megközelítéssel, és a papír alapú világot egy papír nélküli, független szereplők együttműködésén alapuló, szigorúan dokumentált munkafolyamat rendszerbe alakítja át. Az alapellátás dolgozói meghatározott kompetenciákkal (tudás és jogok) rendelkező szereplők (actors), akik a munkafolyamatra leképzett protokollok szerint végzik munkájukat. Ez a folyamat orientált megközelítés egy kliens oldali munkafolyamat (workflow) rendszerrel



valósítható meg a háziiorvosi környezetben. A praxisközösségekben – amely főleg szervezési kísérletet jelent informatikai támogatással –, a munkafolyamat szintet magába foglaló, de rugalmas és fejlett folyamat menedzsment eszközöket is nyújtó BPM (Business Process Management - üzleti folyamat-menedzsment) rendszer bevezetése is egy új cél volt. A praxisközösség szereplői között a kommunikáció üzenet alapú, lehetővé téve a szinkron (azonnali kérdés-felelet) és aszinkron (esemény-reakció, kérdés - késleltetett felelet) üzenetek alkalmazását.

A praxisközösségi tevékenységek a fent említett munkafolyamattal valósulnak meg, de ezen a szinten a praxisközösségi tagok között illetve külső rendszerek vonatkozásában az üzenet alapú folyamatvezérlés használata (szinkron/aszinkron üzenetek) segítségével.

A Phase-2 EHR alapú adatbázisrendszere úgy lett kifejlesztve, hogy képes legyen a háziiorvosi rendszeren kívül eső forrásokból ügyek indítására, lezárására vagy az ügyre vonatkozó hivatkozások tárolására. A hivatkozások tartalmazznak minden olyan referencia adatot, amellyel az esemény gyorsan értékelhető - pl. egy vizsgálat neve és az eredmény negatív/pozitív jellege - illetve amire alapozva részletes adatkérést lehet kezdeményezni az eseményt jelentő intézmény felé.

Phase-2 szoftvermegoldás funkcionálitása:

A Phase-2 célja, hogy teljes körű informatikai támogatást nyújtson a praxisokban dolgozó háziiorvosoknak és praxisnővéreknek; a praxisközösségekben dolgozó munkatársaknak és kapcsolatot teremtsen az előbb említett kör és a lakosság között. A szoftvermegoldás beszerzése során elsődleges cél volt, hogy a hazai alapellátást kiszolgáló egészségügyi informatikai piacról egy már működő, alkalmas referenciával és ügyfélbázissal rendelkező rendszerszállító közreműködésével legyen megvalósítva a célszoftver, mivel az alapellátással kapcsolatos informatikai ismeret ilyen cég tudja biztosítani a program számára. A praxisközösségi funkcionálitás a praxisközösségi eljárásrend alapján került kidolgozásra, merőben új, eddig egyáltalán nem használt működést kellett lemodellezni és támogatni. A lakosság irányába a Virtuális Ellátó Központ (VEK) hivatott kapcsolatot teremteni olyan funkciókkal, mint az időpontfoglalás, bejelentkezés, ellátás (és az orvos részéről az ellátott) nyomon követése, kapcsolatfelvétel vagy az információ megosztása. (A terjedelem miatt a Phase-2 alapellátás funkcionálitásai a F.1. Mellékletben találhatóak.)

A Phase-2 legnagyobb sikertényezője, hogy a magyar alapellátási rendszer tovább fejlesztésének háttérül szolgáló informatikai követelményrendszer megalapozása történt meg. Ennek segítségével és stratégikus használatával a praxisközösségi működési modell



kiterjesztése már rövidtávon megvalósulhat országosan. Ennek jelentőségét az alapellátás HR krízis és a megbiztonság kérdése is alátámasztja. A kiterjesztésben elengedhetetlen, hogy a 2015 után továbbfejlesztett Praxisközösségi Eljárásrend, az EESZT-be történő integráció, a MeNTA és egyéb ICT követelmények kielégítése is megtörténjen. Utóbbiakra a Phase-3 igényspecifikáció adja meg a választ. Elmondható, hogy a Modellprogram informatikai fejlesztései leköverték a dinamikus változó és növekvő praxisközösségi, illetve monitoring követelményeket, és képessé tehetőek arra, hogy országos implementációt támogassanak.

A Modellprogram megvalósítása során létrejött egészségügyi szakmai és informatikai standardok a továbbiakban elengedhetetlen részét kell, hogy képezzék bármilyen alapellátási informatikai rendszerfejlesztésnek.

B.2.3.3. A Phase-3 szoftvermegoldás részletes bemutatása

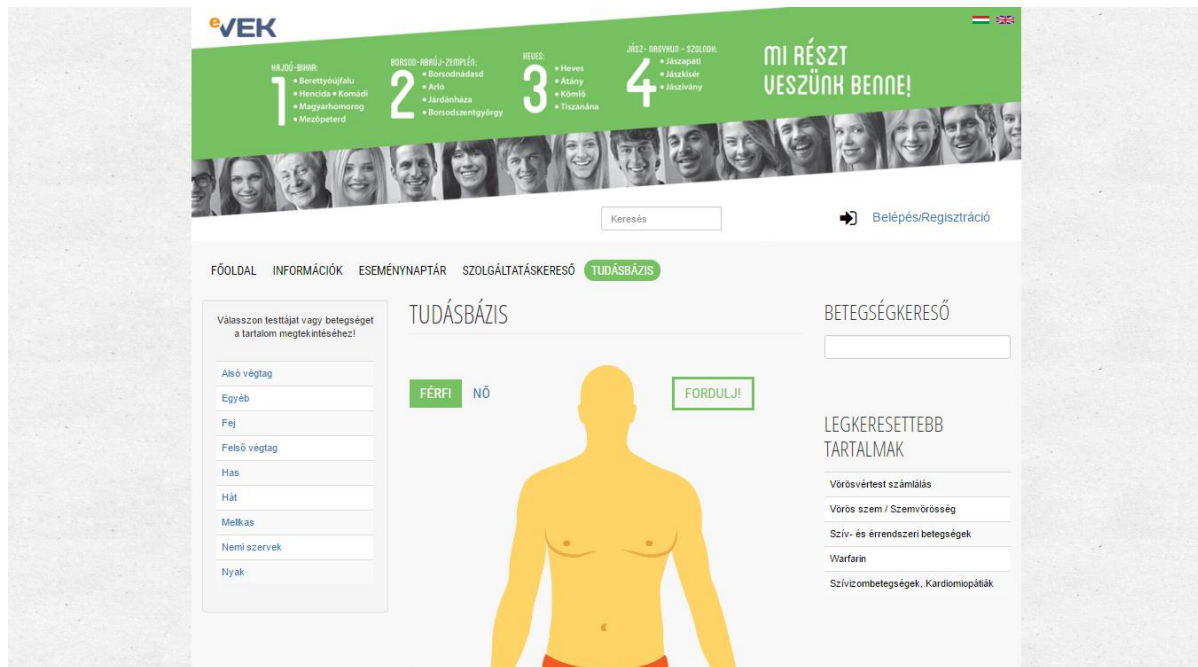
A „Phase-3” beszerzés műszaki specifikációja a Modellprogramban szintén elkészült, lehetővé téve a Phase-2 rendszer integrálását az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), illetve annak egyes szolgáltatásainak becsatornázását. A műszaki leírás tartalmazza az egészségügyi ágazatban létrehozott lakossági oldalú fejlesztések (MeNTA és META) csatlakozását és további szakmai folyamatok, protokollok implementációját is, melyek már a Phase-1 és Phase-2 szoftvermegoldások használata során fogalmazódtak meg.

A Phase-3 specifikáción belül, a VEK továbbfejlesztésének célja, hogy a lakosság irányába egy olyan felületet biztosítson, mely segíti a pácienseket/klienseket célzottan információhoz jutni, támogatja egészségkultúrájuk fejlesztését, az optimális életmód és terápia alkalmazását. Az ügyfélportál hozzásegíti az egészséges lakosokat az optimális életmód kiválasztásához és követéséhez az egészségi állapotuk megőrzése érdekében. A betegségkalauz innovatív módon támogatja a lakosság különböző betegségekkel kapcsolatos tájékozottságának elősegítését, ezen keresztül hozzájárul a lakosság egészségtudatosságának növeléséhez és így közvetett módon egészségi állapotának javulásához is. Kizárólag szakmailag hiteles információkat tartalmaz. Testtájként vagy betűrendben listázhatóak a különböző betegségek, adott betegséget kiválasztva az ahhoz tartozó részletekről olvashat a felhasználó: annak ismertetőjét, tüneteit, rizikótényezőit, típusait, stádiumait, szövődményeit valamint további információkat annak szűrésére, megelőzésére és kezelésére vonatkozóan, ezen kívül az orvoshoz fordulás indokoltságához is iránymutatást ad.



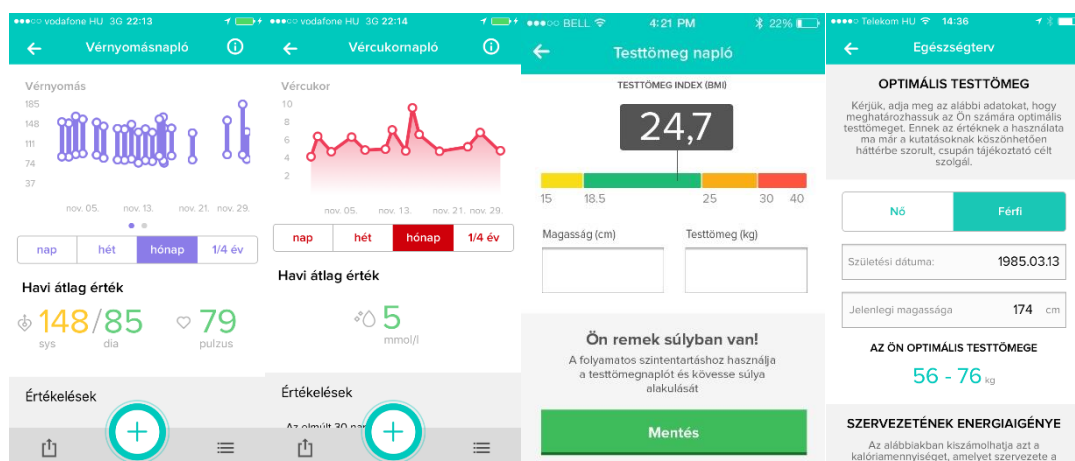
60

F14. VEK – Betegségkalauz tudásbázis



A Phase-3 megvalósításának részeként a VEK támogatni fogja a felhasználó mérési eredményeinek **MeNTA-n keresztül** történő becsatornázását, illetve az oldalon megjelenő kérdőívek kitöltéséből származó, életmódra vonatkozó adatok, mint pl. diéta, fizikai aktivitás, gyógyszer compliance összegyűjtését és integrálását.

F15. VEK-MeNTA integráció kliens oldali nézetei





Az adatfeldolgozás során lehetőség van az előre definiált küszöbértéktől eltérő eredmények megjelenítésére. A páciensek/ügyfelek az adatokat megtekinthetik táblázatos formában, illetve grafikonon, trendvonalas formában. A páciensek/ügyfelek számára elérhetőek az egészségügyi szakemberek által összeállított különféle tájékoztatói és oktatási anyagok. A páciensek/ügyfelek a portálon megtekinthetik a saját kezelésükre vonatkozó ellátási tervet. A rendszer képes generálni különböző figyelmeztető üzeneteket, emlékeztetőket. A kitöltött kérdőívek alapján a betegek kiértékelést és tanácsot kapnak az életmódjukra vonatkozólag. Lehetőség van az orvossal történő konzultációs időpont kérésére, valamint újbóli gyógyszerfelírási kérelem jelzésére is.

F16. A Modellprogram és a MeNTA illesztése

A portál segítségével a páciensek információhoz jutnak a szükséges tennivalókról, válaszokat kapnak kérdéseikre, és külső segítséghez jutnak amennyiben ez szükséges.

A VEK felhasználóit, – az egészségi állapotuk alapján – különböző rizikójú csoportokba lehet sorolni, egy kérdőív alapú értékelés nyomán. A közepes rizikójú csoport számára a rendszer, egy egyéni rizikó-menedzsment stratégiát, életmód tanácsadást, és compliance támogatást dolgoz ki. A magas rizikójú embereket az egészségügyi ellátóhoz irányítja, ahol alapos állapotfelmérés után személyre szabott terápia kerül meghatározásra és kivitelezésre.



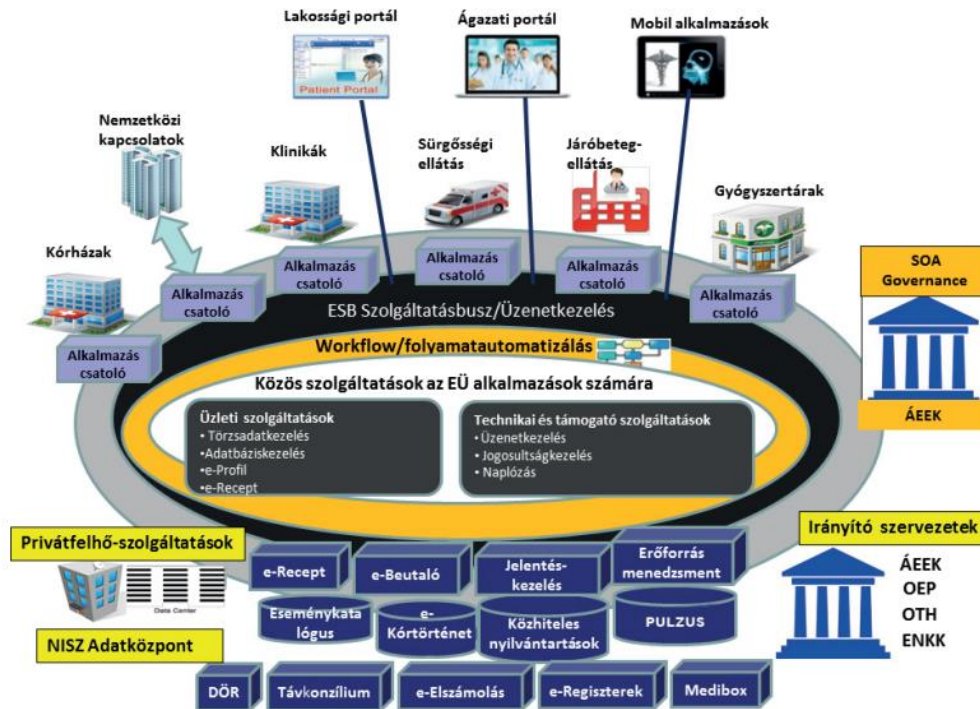
A portál támogatja a terápiát, részt vesz az életmód monitorozásban és segíti a tervezett együttműködés tényszerű megvalósulását (compliance) életmódbeli tanácsokkal.

A VEK és a Phase-2 fejlesztése és tesztelése során felmerültek olyan – az orvos-szakma által megfogalmazott igényelt – működési formák, melyek megvalósításához a **VEK és a Phase-2 informatikai továbbfejlesztése** szükséges. Az igények funkcionális és nem funkcionális, valamint a háttérben zajló folyamatok fejlesztését is megköveteli. Igény volt a szakmai vezetés, szakértők és a praxisközösségi tesztelő dolgozók részéről az adminisztrációs felület fejlesztése, a riasztási és feladat-kiosztási központ továbbfejlesztése is. A Phase-2 fejlesztése során, a 2015. júniusi praxisközösségi eljárásrend állapotát lehetett figyelembe venni, az azóta történt módosításokat ezért szükséges implementálni. A Phase-3 beszerzés lehetőséget teremthet tehát a Phase-2 szoftvermegoldás továbbfejlesztésére a továbbfejlesztett praxisközösségi eljárásrendnek megfelelően és további, az eljárásrend Phase-2 tervezésének idejében rendelkezésre álló verziójában nem szereplő, a projekt szakmai vezetése által elfogadott szakmai igények is megvalósításra kerülhessenek.

A Phase-3 szoftvermegoldás megvalósítása során a Phase-1 és Phase-2 szoftvermegoldások használata során jelentkező igényeket (change request) és OEP/NEAK indikátorok implementálására kerülhet sor.

A nemzeti egészségügyi informatikai fejlesztések központi eleme az **Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT)**. Ez az integrációs és kollaborációs platform összekapcsolja a jelenlegi szigetszerű informatikai rendszereket korszerű, szabványos technológiák használatával, illetve biztosítja a szereplők közötti kommunikáció közös nyelvezetét és eszközeit. A praxisközösség az EESZT-n keresztüli kommunikáció megvalósításával rengeteg adminisztrációs és papírmunkától szabadulhat meg, és így több ideje jutna a páciensek minél hatékonyabb ellátására. A Phase-3 beszerzéssel a praxisközösségi rendszer igénybe tudja venni az EESZT jelenlegi funkcionalitásához illeszkedő szolgáltatásokat, mint pl. e-recept, illetve megvalósul az intézményközi kommunikáció pl. laboreredmények digitális továbbítása, ellátási adatok megtekintése.

F17. A Phase-3 integrációja az EESZT-be



B.2.4. KIAKNÁZATLAN LEHETŐSÉGEK, AMELYEKRE ÉPÍTENI LEHET A TOVÁBBI FEJLÉSZTÉSI PROGRAMOK SORÁN

A program informatikai munkacsoportjának (WP3) eredményei az előző fejezetekben kifejtésre kerültek. A továbbiakban alapozni lehet a Phase-2 fejlesztés és a Phase-3 specifikáció során befektetett rengeteg szakmai és informatikai munkára és annak sikerességére. A Phase-2 fejlesztése a projekt már előrehaladott állapotában kezdődött el, így a fejlesztés eredményterméke nem tudott olyan mértékű támogatást nyújtani a praxisközösségi munkatársaknak, mint a Phase-1 szoftvermegoldás. A továbbiakra nézve a WP3 munkacsoport szükségesnek tartja és javasolja a Phase-2 továbbfejlesztését, használatának disszeminálását, és a Phase-3 megvalósítását.

A fejlesztések eredményeképpen továbbá egy olyan folyamat nyilvántartás (adatbázis) is létrejött, amely során az alapellátási ügyviteli folyamatok feltérképezésre kerültek, a



későbbiekben ezek továbbfejlesztése és karbantartása (dokumentálás, módosítások követése és megvalósítása, verziózás) megoldottá vált.

A fejlesztés során olyan folyamattervek lettek lemodellezve - a RUP/UML fejlesztési módszertan fogalmaival -, melyek pontosan leírják, hogy ki, milyen munkát végez, és ezt miért (oksági kapcsolatok, sorrendiség) teszi. Magába foglalja a külső (kifelé irányuló) vagy belső (szervezetben belüli) szolgáltatásnyújtásokat és az ezekben szabályzati pontossággal definiált munkafolyamatokat. A koncepcionális folyamatokat BPMN (Business Process Management Notation) ábrákon és adatbázisban is rögzítésre kerültek. A nyilvántartás eszköze az ÁEEK által birtokolt MEGA Business Architecture rendszer¹⁶ volt.

A fejlesztés során a praxisok és praxisközösségek informatikai rendszerének fő folyamatait ügyviteli szinten is definiálva lettek. Ez a szint nem csak a ki, mit és miért kérdésekre, hanem a mikor és hogyan kérdésekre is választ ad.

B.2.5. KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ SZAKMAI AJÁNLÁS

A fentiekben leírtak alapján javasolt az SH/8/1 projektben megvalósított informatikai rendszer továbbfejlesztése és országos kiterjesztése, egybekötve informatikai infrastruktúra és telemedicinális eszközbeszerzéssel. A kiterjesztési és üzemeltetési terv az SH/8/1 "Alapellátási Modellprogramban" elkészül, de értelemszerűen ennek megvalósítása nem a projekt, hanem az állam feladata.

A szoftvermegoldás egységes struktúrában biztosítja az adatok rögzítését, alapot képezve epidemiológiai és egészség-gazdaságtani kutatásokhoz, valamint az égetően szükséges alapellátási-rendszerfejlesztéshez. Az új törzskarton integrálásával a lakosság egészségi állapota egy módszertan szerint kerül felmérésre. A szoftvermegoldás teljeskörűen támogatja a praxisközösségi folyamatokat az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram során kifejlesztett praxisközösségi eljárásrend alapján, ezért olyan értéket képvisel, amely jelenleg sehol máshol nem áll rendelkezésre nem csak az országban, de a világ más országaiban sem. A kiterjesztés Magyarország számára nemzetközi lépéselőnyt teremthet nem csak az eHealth technológiai forradalom, de a magyar lakosság tragikus népegészségügyi mutatóinak megváltoztatásában is. Ez olyan stratégiai tőke, amelyre az ország építeni tud már rövid távon.

¹⁶ <http://www.mega.com/en/solution/enterprise-architecture>



Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) bevezetésével egy olyan központi szolgáltatás válik elérhetővé a házi orvosok számára is, amely magasabb minőségi szintet és nagyobb költséghatékonyságot eredményez nemcsak az alapellátásban, de az egész egészségügyi ágazatban is. Az Eseménykatalógus és eProfil integrálásával a házi orvos naprakész információt kap páciensének egészségügyi ellátásairól és állapotáról, az EHR becsatornázásával az ellátások során rögzített adatok is megtekinthetők lesznek. Az eBeutaló és erőforrás-publikációs modul használatával akár teljes mértékben digitalizálható lesz a páciensek szakellátásba való beutalása és időpont foglalási lehetőséget is biztosít az orvosnak. Az eRecept használatával kiváltható lesz a jelenleg használatban lévő vény és nyomon követhetővé válik a páciensek terápiahűsége is.

A házi orvosok EESZT-hez való hozzáférése és szolgáltatásainak igénybe vétele elengedhetetlen, kapcsolódásuk a Térhez biztosítani szükséges. Az EESZT-hez való integrálás részeként számos új funkciót kell a házi orvosi szoftvermegoldásokban fejleszteni, melyek egyelőre nem részei a piacon található szoftvereknek. **Az EESZT operatív működését szabályozó Miniszteri Rendelet tervezete szerint) minden házi orvosi rendszert csatlakoztatni kell az EESZT-re legkésőbb 2017 november 1-ig.** A két meghatározó rendszerszállító (Infomix és Profix) jelenleg is együttműködik az EESZT fejlesztőkkel az EESZT ágazati bevezetését megcélzó projektben és már készítik az EESZT-kompatibilis szoftververziókat. Ezzel a kötelező csatlakozás előírt időpontja előtt biztosított lesz a teljes házi orvosi állomány több, mint 70%-ának EESZT-csatlakozása. Ezen szoftververziók 2017 első negyedévében már pilot üzemben működni fognak a pilotra kiválasztott házi orvosi rendelőkben – hasonlóan, ahogy a pilotra kiválasztott kórházakban és patikákban is működni fognak az EESZT-re csatlakozott kórházi és patikai rendszerek.

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram (SH/8/1) keretei között jelentős informatikai fejlesztések valósultak meg, melyek egyrészt támogatják projekt többlétszolgáltatásainak adminisztrációját és a praxisközösségek, mint szervezet működését, másrészt támogatják a házi orvosokat egy felhő alapú praxis-szoftver kifejlesztésével és bevezetésével. **Az informatikai rendszer architektúrájából adódóan országos kiterjesztésre alkalmassá tehető, üzemeltetése központilag történik, illeszkedik az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térhez (EESZT), igénybe veszi ennek szolgáltatásait.** A rendszer részeként megvalósításra került „Virtuális Ellátó Központon” keresztül az állampolgárok új szolgáltatásokban részesülnek. Ezen felül, jelenleg ez az egyetlen informatikai rendszer, amelyik támogatja a -tervezett tartalom szerinti- törzskarton frissítési folyamatot.



A fent leírt tényezőket figyelembe véve az alábbi alternatívák megfontolása javasolt az egészségpolitikai döntéshozó számára a háziiorvosi rendszerek egységesítésének érdekében:

- 1. Nem továbbfejleszhető, elavult rendszerek cseréje** EESZT kompatibilis szoftver-re. A felmérések alapján a jelenlegi szoftvermegoldások cseréje **csak ott szükséges és sürgető, ahol az EESZT által publikált szolgáltatásokhoz való csatlakozás nem megoldható.** A stabil háziiorvosi rendszerszállítók szoftvereinek cseréje nem javasolt, mert azok megfelelnek az EESZT követelményeinek vagy fejleszthetők a követelményi szinthez.
- 2.** Az EESZT-vel nem kompatibilis praxisokban nyílt forráskódú (opensource), standard nemzeti szoftver és sz.e. hardver fejlesztés biztosítása a hátrányos helyzetű régiókban az Államtitkárság felügyelete alatt.
- 3. Meglévő szoftvermegoldások akkreditációja** – Az EESZT-hez való csatlakozás olyan fejlesztési igényeket generál a meglévő háziiorvosi szoftvermegoldásokban, mely során jelentős átalakításokat szükséges végrehajtani bennük. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2008 évbe tett intézkedéséhez hasonlóan – mely során kizárólag az 53/2007. (XII. 7.) EüM rendelet alapján minősített szoftverekből lehet gyógyszert rendelni (vényt írni) – **a háziiorvosi szoftvereket egy előre meghatározott minősítési eljárásnál való megfelelés után lehetne a jövőben üzemeltetni, használni.** Az akkreditációs eljárás kidolgozása során az alapellátási informatikai rendszerek kritériumait (egységes adatstruktúra, adatbiztonság és adatvédelem, illetve a háziiorvosok felé biztosítandó szolgáltatások és licenszelési kérdések) meg kell határozni. Az akkreditáció végrehajtásához különböző szempontok alapján akkreditációs bizottságot kell felállítani, mely az egészségügyi alapellátás jelenleg egyik irányító hatósága, az ÁEEK (esetleg későbbiekben ennek jogutódja) fenntartásában kell lennie. Az akkreditáció nemcsak magát a szoftvermegoldások akkreditáltatná, hanem azok szállítói is, így biztosítva a minőségi és hosszú távú fenntarthatóságát az egyes informatikai rendszereknek. Meg kell határozni, hogy az akkreditációs folyamat milyen időtávban fog megtörténni, mely időponttól lehet az akkreditációra jelentkezni és mi az az utolsó időpont ameddig minden rendszerszállítónak akkreditációval kell rendelkeznie.
- 4.** Előbbiek helyett központi szoftvermegoldás általános, országos kiterjesztése - Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban keretében megvalósuló szoftvermegoldás országos szintű kiterjesztése az EESZT szolgáltatásokkal együtt, mely során minden eddig használt szoftver lecserélésre kerülne.



B.3. A PRAXISKÖZÖSSÉGI MODELL TÖBBLET ESZKÖZ- ÉS INFRASTRUKTÚRA IGÉNYE

B.3.1. BEVEZETŐ. A PROGRAM ALAPVÁLLALÁSAI

A praxisközösségek működésének **infrastrukturális környezetébe** az alábbiak tartoznak:

- a többlétszolgáltatások nyújtásához szükséges diagnosztikai és prevencióeszközök, fogyóeszközök
- a többlétszolgáltatások nyújtásához szükséges helyiségek
- kommunikációt és együttműködést támogató közlekedési, informatikai és távközlési eszközök
- az adminisztrációt segítő irodai és fogyóeszközök.

A praxisközösségeket alkotó háziorvosi praxisok **minimális infrastrukturális követelményeit** az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet tartalmazza, melynek nyilvánvalóan minden, a programban részt vevő praxisnak is meg kellett felelnie. További feltételt a kiválasztás során nem tartalmazott a közbeszerzési dokumentáció.

A közbeszerzési dokumentáció részét képező **Megvalósíthatósági tanulmány** 9.1.5 fejezete (WP05 – Praxisközösségek tevékenysége és annak koordinálása) utalt azonban a többlétszolgáltatások nyújtása kapcsán jelentkező eszközigényekre és azok biztosításának módjára. Eszerint:

- a program keretében kell biztosítani a **többlétszolgáltatások nyújtásához szükséges eszközöket** (PC, tablet, hálózati aktív eszköz, okostelefon, notebook, projektor, vetítővászon, gépkocsi), valamint
- a praxisközösség saját döntési körben felhasználható keret terhére prevencióeszközök, diagnosztikai és távfelügyeleti eszközöket vásárolhat (ez utóbbi 3 kategória költségkerete az elképzelések szerint a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi alapellátási vállalkozások támogatásáról szóló 216/2001. (X. 19.) Korm. rendelethez hasonló szerepet töltött volna be a programban).

A projekt végrehajtási szakaszában, a praxisközösségek felállítását követően azonban nyilvánvalóvá vált, hogy a megvalósíthatósági tanulmányban felvázolt **önálló praxisközösségi gazdálkodási rend** megvalósíthatatlan egyrészt a **közbeszerzési szabályok**, másrészt a szigorú



pénzügyi elszámolhatósági ellenőrzési rendszer miatt. A praxisközösségi dolgozók ugyanis vagy az OALI/NEFI alkalmazottai vagy megbízottjai/vállalkozói, de számukra önálló pénzgazdálkodási lehetőség nem volt kialakítható a megvalósíthatósági tanulmányban jelzett költségkeretben. A fedezetet biztosító OALI/NEFI ugyanis a közbeszerzési törvény hatály alá esik és a havonta átlagban 560 ezer Ft-os keret elköltésénél nem lehet megkerülni az e törvény szabta előírásokat. Ráadásul a praxisközösségeket működtető konzorciumi tag pénzügyi vezetője ragaszkodott a beszerzések előtti elszámolhatósági vizsgálathoz az esetleges visszafizetési kockázat csökkentése érdekében. Emiatt a szükséges eszközök központilag, az OALI/NEFI által előkészített és lebonyolított (köz)beszerzési eljárásokon keresztül kerültek biztosításra, egy minimális havi keret -tisztítószerre, kis értékű fogyóeszközökre való „megnyitása” és praxisközösségi szintű költsége mellett.

B.3.2. A TELJESÜLÉS MÉRTÉKE

A megvalósíthatósági tanulmányban jelzett eszközök programbeli biztosítása:

1. A praxisközösségi **többletszolgáltatások nyújtásához minimálisan elegendő eszközállományt** az OALI intézményi keretből oldotta meg. Ezen eszközök megújítására, pótlására csak a NEFI 2016 májusában lezárt beszerzése nyújtott lehetőséget. A szakdolgozók foglalkozásaihoz szükséges eszközök szintén OALI saját (projektben nem elszámolt) beszerzése útján kerültek a közösségekbe.
2. A megvalósíthatósági tanulmányban jelzett **informatikai eszközök** beszerzésére a WP3 és WP5 munkacsomagokban került sor a központosított közbeszerzési rendszeren keresztül. A nyomtatók és kellékei beszerzése különösen elhúzódott, mivel az első eljárásban a nyertes visszalépett, majd a második eljárás lebonyolításának támogatására a konzorciumvezető által biztosított ügyvédi iroda cserélődött le előkészítés közben. A nyomtatók végül 2016 augusztusában kerültek leszállításra, majd leltárba vételt követően egy hónappal később kiszállításra a praxisközösségekbe. Egészen addig a nyomtatási feladatokban az önkormányzatok támogatták a közösségeket úgy, hogy a biztosított helyiségekkel együtt nyomtatási lehetőséget is biztosítottak. A projektor, wifi-router, memóriakártya és vetítővászon központosított közbeszerzések - szintén külső közbeszerzési szakértő igénybevétele mellett - eredménytelenül zárultak a keretszerződések eljárás lezárása előtti lejárása miatt. Mivel nagy igény az eszközökre nem jelentkezett, a beszerzést nem indította újra a NEFI.



3. A praxisközösségi helyszínek közötti **utazás** céljából 4 db gépkocsi beszerzése szerepelt az előzetes tervekben, azonban a legtöbb dolgozó és orvos rendelkezik saját gépkocsival. Emiatt a szakmai vezetés a koordinátorok javaslataival egyetértve gépkocsi beszerzés helyett az **utazási költségtérítés biztosítása mellett döntött**. A 4 db személygépkocsi beszerzésénél bruttó 4 M Ft/db tervezési ár szerepelt, amit kiegészített volna az üzemben tartás költsége és a kapcsolódó dologi kifizetés (utazási költségtérítés), amivel szemben a kb 42 hónapon (2013. szeptember – 2017. február) át jelentkező havi 400-500e Ft-nyi utazási költségtérítés kifizetés áll, azaz a két megoldás egyenértékűnek, illetve az utóbbi megoldás javára **költséghatékonyabbnak bizonyult**.

Szintén közlekedési céllal került beszerzésre és 2015 szeptemberében átadásra a segéd-egészségőrök részére a **86 db kerékpár**, melynek kétszeri előre ütemezett szervizelését is a vevő NEFI biztosította a program eredeti ideje alatt.

Az egészségi állapotfelmérésekhez kapcsolódó vérvételek miatt igényként merült fel a vér laborba szállítása is, melyet bizonyos közösségeken a dolgozók saját gépkocsijukkal vállaltak utazási költségtérítés mellett, a Berettyó PK-ben pedig fuvarozási szerződés keretében vált biztosítottá.

A dolgozók nagyobb rendezvényekre, eseményekre való szervezett szállítása céljából többször került sor személyszállítási szerződések beszerzésére, melyek együttes becsült értéke sem érte el a közbeszerzési értékhatárt, így egyszerű megrendeléssel megoldatók voltak.

4. A **diagnosztikai és távfelügyeleti eszközök** esetében a menedzsment hamar szembesült a közbeszerzési - és későbbi fenntartási – kötelezettséggel, valamint a becsült érték nagyságára tekintettel a beszerzés likviditási vonzatával. Emiatt az erre szánt keretet az OEP/NEAK 2014-ben átadta az OALI részére. Bár a műszaki specifikáció elkészült, likviditási nehézségek miatt nem indult meg a kb bruttó 140 M Ft értékűre becsült közbeszerzési eljárás. 2015 májusában a NEFI szerződést kötött az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-Egészségügyi Intézettel a műszaki specifikáció minőségbiztosítása és a becsült érték alátámasztása, a közbeszerzési eljárás műszaki szakértői támogatása céljából.

A beszerzés műszaki tartalma végül radikálisan csökkent a tervezetthez képest. Ennek okai az alábbiak voltak:



- a projektből hátralévő idő rövidsége már nem engedte volna meg az uniós értékhatárt elérő eszközbeszerzéseknél irányadó engedélyeztetési és lebonyolítási időkeretet,
 - a NEFI nem tudott volna kötelezettséget vállalni a fenntartási időszak alatt jelentkező fenntartási költségekre, és számos eszköz esetében ezt az eszközöket használók sem tudták volna átvállalni¹⁷,
 - némely telemedicinális eszköz esetében nem is a működtetést, hanem a kapcsolódó szakmai támogatás (pl. fundus kamera vizsgálatnál szemész szakorvos általi kiértékelése) költségeit nem tudta volna biztosítani a NEFI/használó, ezért eszközbeszerzés helyett megfontolásra kerül a szolgáltatás (eszközös mérés kiértékeléssel) beszerzése,
 - bár a projekt többször kapott likviditási segítyt, az előleg kifutásával és a PIR elszámolások késői beérkezésével nem lett volna elegendő fedezet a 100 M Ft-os beszerzés kifizetésére.
5. A színtérprogramok eszközigénye is változatos módon került biztosításra az önálló praxisközösségi gazdálkodás hiányában:
- Az egyesületi formában működő Magyar Védőnők Egyesülete (MAVE) nem tartozik a Közbeszerzési törvény¹⁸ hatálya alá, így a programokhoz kapcsolódó kis értékű vásárlások és kellékek (gyümölcs, lufi, gyöngyök, ceruzák, stb) könnyebben elszámolhatóak voltak ennél a konzorciumi partnernél, aki egyébként is a WP5 színtérprogramok szakmai közreműködője.
 - A lakosság megszólítását és a projekt sátorhoz vonzását segítő promóciós eszközök, tájékoztató anyagok a NEFI által lebonyolított beszerzések (promóciós eszközök, nyomdai szolgáltatások) eredményeképpen kerültek a praxisközösségekhez, viszont sajnos csak 2015 nyarán.
6. A többlétszolgáltatások nyújtásához szükséges **helyiségeket** (rendelő, védőnői tanácsadó helyiség, egyéb önkormányzati helyiségek) az önkormányzatok biztosították a NEFI-vel kötött bérleti szerződések keretében. Jászapáti és Bereettyóújfalu esetében komplett épület került kijelölésre a projekt tevékenységei céljára. **Az egészségi**

¹⁷ Az eszközök változatlanul NEFI leltárában tartása mellett lehetőség van azokat külső helyszínen tárolni úgy, hogy a használatról és akár a fenntartási költségek viseléséről külön megállapodás születik a tulajdonos és a használó között.

¹⁸ 2015. évi CXLI. törvény a közbeszerzésekről



állapotfelmérés és a többlétszolgáltatások egy helyen történő nyújtása sokkal hatékonyabbnak bizonyult az EÁF-re bevonás tekintetében, és a belső koordinációt és menedzsmentet is elősegítette. Több helyen gondot okozott viszont a megfelelő helyiség hiánya, és hogy a leromlott állapotú helyiségek felújításához a projekt nem tudott hozzájárulni (nem elszámolható költség). Az önkormányzatoknak fizetett bérleti díj az épület nagyságától és a kiegészítő támogatástól (pl. fénymásolás, uszoda használat, esetenként busz biztosítása) függően változik, és havi 15-160.000 Ft. között mozog.

B.3.3. SIKEREK ÉS KUDARCOK, VALAMINT AZOK OKAI

A fentiek alapján elmondható, hogy a projekt tervezésekor vizionált eszközszükségletet nagyrészt sikerült biztosítani a praxisközösségek számára, bár ennek technikai - adminisztratív módja lényegesen eltért a tervezettől. Jelentős kellemetlenséget és nehézséget okozott azonban az, hogy a beszerzések jelentős része csak 2015 második felére realizálódott, tehát **a projekt a tervezett felszereltséggel és eszköztámogatottsággal csak a projekt utolsó 1-1,5 évében tudott működni.** Nem sikerült megvalósítani a telemedicinális eszközök mindennapi működésbe beépített alkalmazását, sajnos még pilot szinten sem. A problémák alapvetően az alábbi okokra vezethetők vissza:

- többszöri intézményi átalakulások és partnerek közti feladat/forrás átadások lassították a (köz)beszerzések elindítását;
- az utófinanszírozás során és a projekt beszámolók rendkívül lassú elfogadása miatt kialakult likviditási nehézségek okán is kellett (köz)beszerzések elhalasztásáról dönteni;
- nem állt rendelkezésre elegendő belső közbeszerzési tapasztalat és szakértelem, a külső szakértelem bevonása szintén időigényes volt és volt, hogy nem is bizonyult hasznosnak;
- a központi megvalósítás (NEFI alkalmazásban illetve megbízásban voltak a PK tagok) miatt minden egyes beszerzésnél figyelni kellett az egybeszámítás szabályaira, a közbeszerzési rendelkezések maradéktalan betartására, ami lehetetlenné tette a felmerülő igényekre való gyors reagálást;
- a szigorú elszámoltatási és ellenőrzési rend miatt nem lehetett nagy teret adni az elszámolhatóság utólagos vizsgálatának, ezért általában a legkisebb tételeket is a központon keresztül kellett beszerezni (kivéve MAVÉ-nál elszámolt kisebb tételek).



B.3.4. ESZKÖZÖK FENNTARTÁSA

A Program Megállapodás 12. cikke és a vonatkozó kormányrendelet¹⁹ szerint a támogatás igénybevételével beszerzett tárgyi eszközök a zárójegyzéknyv felvételéig (a fenntartási időszak végéig) kizárólag a Végrehajtási Megállapodásban és a pályázatban meghatározott céloknak megfelelően hasznosíthatók. Az eszközök a támogatási döntés kedvezményezettjének tulajdonába kerülnek, azok csak az támogató előzetes jóváhagyásával idegeníthetők el vagy adhatók bérbe.

Ennek megfelelően a praxisközösség működéshez használt eszközök tekintetében az alábbi lehetőségek merültek fel az eszközök fenntartási időszak alatti sorsát illetően:

1. az eszközök a konzorciumi tag leltárában maradnak, és fizikailag is a központi intézményi kezelésbe kerülnek, és a projekttel azonos vagy hasonló céllal használatra kiadhatók;
2. az eszközök a konzorciumi tag leltárában maradnak, azonban azokat idegen helyen tárolás megjelölés mellett a (volt) praxisközösségi tagoknál hagyják a projekttel azonos vagy hasonló célú használatra (pl. ambubabák, mulázsok, színtérprogramok kellékei- pl. sátrak, padok). Az erről szóló megállapodásban rendezik a fenntartási/használati költségek viselésének módját is;
3. aktuális könyv szerinti értéken, vagy alátámasztott piaci értéken bizonyos eszközök eladásra kerülnek az azokat használók felé (pl. kerékpárok, tabletek, laptopok, telefonok).

A 2. és 3. megoldáshoz a támogató előzetes jóváhagyása szükséges.

B.3.5. KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ SZAKMAI AJÁNLÁS

Amennyiben a praxisközösségi működés országos kiterjesztésében gondolkodunk, ott a többlétszolgáltatások nyújtásához szükséges infrastruktúra és eszközállomány biztosítása nem központi feladat, hanem helyi, közvetlen **praxisközösségi feladat lesz**. Ezzel elkerülhető a központi irányításból és gazdálkodásból eredő mindenféle rugalmatlanság, késedelem és adminisztrációs többletterher. **Mind az infrastruktúrafejlesztés, mind az eszközpark**

¹⁹ 237/2008. (IX. 26.) Korm. rendelet a Svájci-Magyar Együttműködési Program végrehajtási rendjéről



megújítására léteznek célzott támogatási rendszerek (általában a Területi Operatív Programokban), **melyek összehangolása az alapellátás fejlesztési irányjaival elengedhetetlen.** Az eszközállomány és a helyiségek biztosításának és működtetésének költségeit is - egyfajta állandó, bázis jellegű költségként - figyelembe kell venni a teljesítményarányos finanszírozási rendszerek megtervezésénél és működtetésénél. Olyan modellek, melyek továbbra is a központi gazdálkodási formát alkalmazzák, a való élettől és gyakorlattól idegen és fenntarthatatlan működést produkálnak, ezért erre a további alapellátás fejlesztést célzó projektek tervezésekor előre gondolni kell.



B.4. KÉPZÉSEK AZ ALAPELLÁTÁS FEJLESZTÉS ÉRDEKÉBEN

B.4.1. AZ ALAPELLÁTÁS HELYZETÉNEK BEMUTATÁSA - A KÉPZÉSI SZÜKSÉGLET

MEGHATÁROZÁS SZEMPONTJÁBÓL

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, hazai és nemzetközi szakmai, társadalmi és politikai szinten egyaránt világossá vált, hogy az alapellátás az egyéni praxis formában rendszer szinten nem tudja teljesíteni ezen elvárásokat.

A magyar lakosság népegészségügyi mutatói (a nem fertőzőbetegségek miatti korai halálozás, a rejtett morbiditás trendje, a rokkantság miatt inaktív népesség aránya, az egészségmagatartás jellemzői, a mentális megbetegedések prevalenciája stb.) egyértelműen mutatják, hogy Magyarország számára az alapellátási rendszer reformja elodázhatatlan szükségesség.

Az SH/8/1 számú „Népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram virtuális egészség központtal” című Svájci-Magyar Együttműködési Program egy olyan kísérleti program, amely 2008-ban a Swiss Agency for Development and Cooperation SDC képviselőivel folytatott egyeztetések értelmében²⁰ a magyar alapellátás reformjának megalapozását tűzte ki célul²¹.

²⁰ Ádány R., Bugán A., Bíró K., Rurik I. (2009) Az alapellátás tartalmi, strukturális és finanszírozási átalakítása, mint a hazai népegészségügyi helyzet javításának eszköze. Népegészségügy 87:117-122.

²¹ Ádány Róza (szerk) - Működési kézikönyv a praxisközösség népegészségügyi szolgáltatásaihoz, 2013 http://www.nepegeszseg.hu/swiss/SH.8.1_mukodesi_kezikonyv_5.0_hu.pdf



Az egészségügyi alapellátás megerősítésével és átalakítással kapcsolatos kormányzati akarat, s az ezt tükröző, *2015. évi CXXIII. törvény* - az egészségügyi alapellátásról komoly lehetőséget kínál az alapellátás-fejlesztés számára. A feladatok meghatározása és teljesítése komoly körültekintést igényel, fontos, hogy előzetesen modellezésre kerüljenek az átalakítás lényegi elemei.

Külön tervezést igényel a kommunikáció és az átalakítás megfelelő időzítése, ügymenete a politikai, szakmai és a lakossági színtereken egyaránt. Az alapellátás jelenlegi struktúrája merev, az ellátásban dolgozók és az abban résztvevők érzékenyen reagálnak a változásra. Ezért a módosításokat az érintettek (köztük az ellátottak) egyaránt bevonására alapozva szükséges megvalósítani. Ezért a módosításokat az alapellátási szolgáltatást nyújtók és az érintettek bevonásával szükséges tervezni és végrehajtani, a finanszírozás és a szakmai kompetencia összehangolt átalakításával együtt. A képzési anyagok tartalmának, közlési módjának és körülményeinek körültekintő tervezése, a Modellprogram tapasztalataira építve, kulcsfontosságú az előttünk álló kihívások sikeres megoldásához.

Napjaink alapellátási gyakorlatában - a házi orvosok és ápolók mellett - meghatározó szerepet töltenek be a védőnői ellátásban, a fogorvosi alapellátásban, az iskola-egészségügyben, az alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátásban, a foglalkozás-egészségügyben, valamint a gyógyszerellátásban dolgozó szakemberek is. A jelenlegi szereplőkön túl – az alapellátás érdemi megújítása érdekében - fontos feladatot szükséges, hogy kapjanak a népegészségügyi szakemberek, gyógytornászok, pszichológusok és dietetikusok, továbbá egyes hátrányos helyzetű ellátási területeken a segéd-egészségőrök is.

Az alapellátás működésében a hatékonyság növelésének és a szolgáltatás bővítésének lehetősége a szereplők munkájának az összehangolásában, valamint a szolgáltatások horizontális és vertikális összekapcsolásában rejlik.

A fejlesztés szükségességét támasztja alá az, hogy a humánerőforrás összetétele több mint egy évtizede kedvezőtlenül alakul, az elvándorlás, az elöregedés és az utánpótlás elapadásának együttes következményeként növekszik a betöltetlen praxisok száma. Mindeközben jelentősen megnőtt és prognosztizálhatóan tovább növekszik a lakosság ellátási igénye. Az alapellátásra jutó feladatokat szemlélteti, hogy Magyarországon az évente



megvalósuló 130 millió orvos-beteg találkozás mintegy 44%-a a házi orvos részvételével valósul meg.

Az alapellátás feladata az is, hogy megerősítse az egyént saját egészsége iránti felelősségvállalásában és egyúttal be is vonja a gyógyítás döntéshozatali és megvalósítási folyamatába. A járóbeteg-ellátáshoz tartozó kompetenciák egy részének az alapellátáshoz való rendelése is szükségszerű, hogy megtörténjen.

A forrásbővítés mellett szükséges növelni a házi orvosi munka presztízsét is, ami jelenleg rendkívül alacsony. Ezt jól mutatja az, hogy a fiatal orvosok döntő többsége nem lát a házi orvoslásban perspektívát, nem választja ezt a szakképzettséget. Ez a kép többnyire már a medikus évek alatt kialakul, ezért az életpályamodell kialakításának első színtere az egyetemi képzés kell, hogy legyen. Hangsúlyosabb szerepet kell, hogy kapjon az alapellátási tevékenységek oktatása, különös tekintettel a prevenció szolgáltatásokra és a krónikus betegek gondozásának alapellátási vetületére. A graduális és posztgraduális képzés alapellátás-centrikus megújítása tud alapot adni a későbbi kompetencia- és szolgáltatási spektrum bővítésre.

Az, hogy a házi orvostan oktatása az egyetemi képzés során viszonylag háttérbe szorul a klinikai ismeretek oktatásával szemben, hozzájárulhat ahhoz is, hogy az elmúlt években a házi orvosi rezidensképzésbe jelentkezők száma legtöbbször a meghirdetett helyek számát sem érte el. A helyzetet tovább súlyosbítja az, hogy a házi orvos szakképzést befejezők alig 60%-a helyezkedik el alapellátási praxisban. A kedvezőtlen trend némileg megtörni látszik az elmúlt két évben, de az eredmények az óvatos optimizmuson túl még nem adnak alapot messzemenő következtetések levonására.

Az alapellátásban az ápolási, szakápolói feladatok fejlesztése, korszerűsítése szintén elengedhetetlen cél kell, hogy legyen. A praxisokban a konkrét ápolói feladatellátás szakmai tartalmában eltérések tapasztalhatók, az ellátás folyamatában az elmúlt években nagymértékű eltolódás történt az adminisztratív kötelezettségekből adódó feladatok teljesítése felé, ami nem teszi lehetővé a megfelelő mértékű, színvonalú és hatékonyságú szakápolói és prevenció jellegű munkavégzést²².

²² Ádány R., Papp M. (szerk) Prevenció szolgáltatások az alapellátásban. Medicina, Budapest, 2017



A lakossági szükségletek növekedése és a fokozódó orvoshiány mellett - szemlélet- és struktúraváltás nélkül - amely magába foglalja a legfontosabb egészségügyi szükségletekre megoldást kínáló szakemberek (dietetikusok, gyógytornászok, népegészségügyi szakemberek, klinikai szakpszichológusok), valamint a szolgáltatás igénybevételét támogató segéd-egészségőrök bevonását a leghátrányosabb helyzetű területeken - az ellátórendszer, ezen belül az alapellátás sem lesz fenntartható.

B.4.2. AZ ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI MODELLPROGRAM KERETÉBEN NYÚJTOTT KÉPZÉSEK

A Program keretében nyújtott képzések kiterjedtek minden olyan tevékenységi területre, amelyek beletartoznak a praxisközösség munkájába. A képzési modulok célcsoportjai azon szakemberek és segítők voltak, akik az adott tevékenységekkel szervezési, megvalósítási és/vagy értékelési szinten foglalkoztak.

A Program Megvalósíthatósági tanulmánya és Működési Kézikönyve meghatározta azon keretrendszert, amelyben a képzések megvalósításra kerültek. A Működési kézikönyv részletezi azon új működési formát és szolgáltatásokat, amelyeket praxisközösségi keretek között végeztek a kollégák. Az új tevékenységek szakmai összehangolása, illetve a végzésükhöz szükséges eljárásrendek és nemzetközi jó gyakorlatok áttekintése érdekében a képzések első fő csoportját a 2013-ban megszervezett Törzsképzés adta, majd erre épülhettek a további modulok és szupervíziók.

A célcsoportot azon szakemberek és segítők alkották, akik az adott tevékenységekkel a Program ideje alatt foglalkoztak.

Az emberi erőforrás képzés keretében történő fejlesztésének legfontosabb mérföldkövei a praxisközösségekben dolgozók számára az alábbiak voltak:

1. mérföldkő: a praxisközösségből a Program indításakor hiányzó szakemberek toborzása és velük történő szerződéskötés

2. mérföldkő: a képzési tan- és segédanyagok kifejlesztése



3. mérföldkő: képzés lebonyolítása a praxisközösségek régi és új tagjai számára²³

4. mérföldkő: folyamatos szupervízió, helpdesk, szakmai továbbképzések, szakmai konzultációk biztosítása

B.4.2.1. Képzés egészségügyi szakemberek számára

A törzképzés ismertette a Programmal kapcsolatos legfontosabb tudnivalókat, annak céljait, résztvevőit, szervezeti felépítését, tevékenységeit a Programban együttműködő praxiskoordinátor háziorvosok, népegészségügyi koordinátorok, népegészségügyi szakemberek, praxisközösségi nővérek, védőnők, háziorvosok, praxisnővérek, egészségpszichológusok, gyógytornászok, dietetikusok számára. Ebben a képzési egységben került sor a belső és külső kommunikációval kapcsolatos legfontosabb tudnivalók ismertetésére is. E képzés célja a Programmal kapcsolatos alapvető ismeretek átadása volt az alapellátásban eddig dolgozó, valamint az új szakemberek számára.

Az *egészségfejlesztési modul* ismertette a közösségi szintereken szervezendő egészségfejlesztési programok tervezésével és szervezésével, lebonyolításával és értékelésével kapcsolatos tevékenységeket a praxisközösségekben dolgozó valamennyi szakember számára.

Az *egészségi állapot felmérés* módszertanát ismertető modul a népegészségügyi koordinátorok, a népegészségügyi szakemberek és a praxisközösségi nővérek számára volt kötelező annak érdekében, hogy megismertesse őket a felmérés szervezésével, módszertanával, annak infrastruktúrájával és eszközrendszerével.

Az *életmód tanácsadás modul* az egészségmagatartás kedvező irányba történő befolyásolásának legkorszerűbb módszereit mutatta be, amelyek a pszichoaktív szerhasználattól a táplálkozáson és testmozgáson át minden fontos életmód-tényező

²³ Ádány Róza (szerk) - Működési kézikönyv a praxisközösség népegészségügyi szolgáltatásaihoz, 2013
http://www.nepegeszseg.hu/swiss/SH.8.1_mukodesi_kezikonyv_5.0_hu.pdf



esetében alkalmazhatóak az alapellátásban. A modul minden olyan szakembernek szól, akik különböző formában tanácsadást nyújtanak egyéneknek és/vagy csoportoknak.

A betegségkockázat felmérést, krónikus gondozást és rehabilitációt tárgyaló modul elsősorban házi orvosoknak és praxisnővéreknek nyújtott felkészítést a legkorszerűbb módszertan alkalmazásához praxisközösségi keretek között. A képzés résztvevői elsősorban a praxisközösségek orvosai voltak.²⁴

B.4.2.2. Képzés a segéd-egészségőrök és egészségfelelősök számára

A segéd-egészségőrök a praxisközösségek működésének megkezdésekor a többi szakdolgozóval való sikeres együttműködés érdekében speciális mediátorképzésen vettek részt, amely elsősorban toborzó és ismeretelterjesztő feladataik hatékony ellátásához nyújtott segítséget.

Az interkulturális egészségügyi mediáció képzést a Partners Hungary Kft. közreműködésével biztosította a Program 2013. augusztus hónapban. Ekkor negyvennyolcan vettek rajta részt, majd 2015 augusztusában ismétlődő képzést kaptak dolgozóink, amin negyvenegy fő vett részt.

A két napos képzés során a tréningek tematikusan épültek fel, az alábbiak szerint:

- a praxisközösség felépítése, a segéd-egészségőr helye a praxisközösségekben,
- a ROMED körmodell és az etikai kódex megismerése, funkciója,
- a mediátor szerepe, feladatai (családlátogatás, a kooperatív tervezés alapjai),
- a segéd-egészségőri munka végzéséhez szükséges szakmai-tárgyi feltételek, elvárások tisztázása,
- kérdezőtechnika,
- kommunikációs és konfliktuskezelési alapismeretek,
- előítéletek kezelése, a sztereotípiák hatása az emberi viselkedésre,
- a mediátor személyisége; önértékelés, önismeret.

²⁴ Ádány Róza (szerk) Működési kézikönyv a praxisközösség népegészségügyi szolgáltatásaihoz, 2013
http://www.nepegeszseg.hu/swiss/SH.8.1_mukodesi_kezikonyv_5.0_hu.pdf



A képzés végén dolgozóink kérdőívet töltöttek ki, amelyben rákérdeztek, hogy munkájuk során milyen képzésekre, információkra lenne szükségük a hatékony munkavégzéshez. A leggyakoribb válaszokban az önismeret, önbizalom fejlesztése és a pontos tájékoztatás mellett megjelent a praxisközösségek közötti tapasztalatcserére való igény. 2013-2016 között tizenöt alkalommal történt szupervízió, s 2015-ben sor került a tematikus képzés ismétlésére is.

A Partners Hungary Alapítvány a jelentésében úgy értékelte, hogy dolgozóink munkájukat magas színvonalon végzik. Kiemelték a praxisközösségen belüli együttműködés és a további képzések megszervezésének fontosságát. Emellett javaslatot tettek az interkulturális mediátor szakma országos, rendszerszintű kiterjesztéséhez, amelyet a Program szakértői támogatnak és a szociális szektorral való közös és kiegészítő képzés kidolgozását szorgalmazzák.

A Programban keretében a segéd-egészségőrök közül 2 fő szociális gondozói képesítést és további 20 fő ápolási asszisztensi végzettséget szerzett. A képzés révén kompetenciájuk és munkerő piaci helyzetük kedvezőbb lett, összhangban az Országos Roma Önkormányzat, mint Felügyelő Bizottsági tag, kérésével.

A segéd-egészségőrök a népegészségügyi koordinátorok iránymutatásával, szupervízió mellett egészségfelelős képzéseket tartottak további, a helyi lakosok közül toborzott személyek részére, akik önkéntesen vettek részt ezeken. A cél az volt, hogy a településeken legyenek a mediátorok mellett olyan emberek, akikhez elsősorban az egészségügyi ellátással kapcsolatos kérdéssel fordulhatnak a helyiek. Az előadások anyaga a mediátorok által javasolt témákban a népegészségügyi koordinátor segítségével került kidolgozásra és a segéd-egészségőrök tartották meg azokat. A képzések minden településen megvalósultak. Ennek a kezdeményezésnek a keretében tovább fejleszthető az egészségtudatosság és a kliensek egészségi állapotukért érzett felelősségtudata.²⁵

²⁵ Gutási Éva - Képzés a segéd-egészségőrök és egészségfelelősök számára



B.4.2.3. Folyamatos továbbképzés

Minden praxisközösségben ellenőrző (szupervíziós) látogatás és egyeztetés történt az elmúlt években a folyamatos szakmai színvonal biztosítása és fejlesztése érdekében²⁶.

B.4.2.4. A lelki egészség fejlesztés gyakorlati támogatása

Már a program Megvalósíthatósági Tanulmánya is súlyos jelenséggé jelölte meg mind magyarországi viszonylatban (4. Háttér, környezet elemzése), mind az intervenciós lakosság tekintetében a mentális nehézségek, a lelki problémák okozta egészségterheket. A Működési Kézikönyv rámutat, hogy az Észak-Magyarország régióban a funkcionalitás-csökkenést is jelentő lelki egészségprobléma a férfiak 41%-ra és a nők 47%-ra jellemző, míg az Észak-alföldi régióban a fáradtság, gyakori idegesség, feszültség 35 év felett a fejletlen kistérségek lakóira a jellemző leginkább. A helyzetelemzés ezen aspektusa visszaköszön a szükségletelemzés fejezetben is, valamint a prevenciós fókuszban is nagy súllyal szerepel. Éppen ezért a lelki egészséggel kapcsolatos kérdések bekerültek az egészségi állapotfelmérés módszertanába is. A gyakorlatban azonban az tapasztalható, hogy az emberek stigmatizálva érzik magukat e találkozások miatt, és szégyenként élik meg problémáikat.

A lelki egészség védelmére felkészítő elméleti és módszertani ismereteket összegző tananyag kidolgozását követően, a négy praxisközösség egészségügyi dolgozói tíz alkalmas helyszíni oktatás keretében kapták meg a munkájukat segítő képzést. Az egészségügyi dolgozók munka-stresszének mértéke jelentősen nagyobb, mint a többi ágazatban dolgozóké, így ez a képzés lehetőséget biztosít számukra (és a Programirodán dolgozó munkatársak számára) a megküzdési eszköztáruk bővítéséhez. A képzés fő témái a lelki egészség védelmén túl a krízishelyzetek, a depresszió, a stressz kezelése és a konstruktív orvosi kommunikáció voltak. A résztvevők saját lelki egészségének védelme, lelki ellenálló-képességük fejlesztése, a kiégés megelőzése kétféle képzés keretében valósult meg. A Williams ÉletKészségek Program, valamint a stressz kezelést, feszültség levezetést, kiégést megelőzést támogató egy napos sajátélményű képzés a hétköznapiak során is alkalmazható technikák elsajátítását segítették. A képzéseken jelenlévők megfogalmazták azon igényüket, hogy a célzottan az ő lelki

²⁶ Ádány Róza (szerk) - Működési kézikönyv a praxisközösség népegészségügyi szolgáltatásaihoz, 2013
http://www.nepegeszseg.hu/swiss/SH.8.1_mukodesi_kezikonyv_5.0_hu.pdf



egészségükre fókuszáló tréningek gyakrabban, nagyobb rendszerességgel kerüljenek megrendezésre²⁷.

B.4.2.5. Életmódváltást elősegítő tevékenységeket támogató módszerek gyakorlati használatára történő felkészítés

A képzés tovább bővítette a programban részt vevő alapellátási szereplők tudását az egészségfejlesztési tevékenységek terén, valamint folyamatosan lehetőséget biztosított a szereplők számára szakmai konzultáció, valamint szupervízió igénybevételére. A képzések három főbb életmóddal összefüggő tényező (a dohányzásfüggőség, a problémás alkoholfogyasztás és a túlsúly/elhízás) befolyásolására terjedtek ki.

A képzés leghangsúlyosabb része a rövid intervenció lépéseit, és ezeknek az alapellátásban dolgozók munkatevékenységébe való beépítését dolgozta fel. A résztvevők, megosztották saját munkájuk során szerzett tapasztalataikat interkatívvá téve ezzel a képzést. A résztvevők számára a képzést megelőzően még ismeretlen volt a viselkedés-változás folyamatát bemutató elméleti modell, melyet a képzés keretében megismerhettek és a kapcsolódó intervenciók technikáit elsajátíthatták, s alkalmassá váltak arra, hogy a folyamat adott szakaszában lévő klienst a legmegfelelőbb kommunikációs technikákkal segítsék a továbblépésben.

A dolgozók visszajelzései alapján az „alkohol- és drog-prevenció az iskolában” témakör interaktív feldolgozására is szükség van a hatékony munkavégzéshez. A dolgozók a képzés előtt és után is kérdőívet töltöttek ki, amelyben saját készségeiket pontozással értékelhették. A legnagyobb változás a dohányzásról való leszokás támogatásában való jártasság megítélésében volt tapasztalható, a képzés után sokkal felkészültebbnek ítélték meg önmagukat a dolgozók arra, hogy képesek legyenek fenntartani és erősíteni a dohányzók motivációját a leszokásra²⁸.

²⁷ Gutási Éva, Szabó Szilvia - Életmódváltást elősegítő tevékenységeket támogató módszerek gyakorlati használatára történő felkészítés

²⁸ Gutási Éva, Szabó Szilvia - Életmódváltást elősegítő tevékenységeket támogató módszerek gyakorlati használatára történő felkészítés



B.4.2.6. Érdektelt szervezetek képviselőinek képzése

A Program célkitűzéseinek megvalósulásában és a kapcsolódó tevékenységekben érdekelt szervezetek képviselői számára nyomtatott és online dokumentumok kerültek összeállításra, amelyek a szakemberek számára nyújtott információkat egyszerűsített és rövidített formában tartalmazzák. A szakmai fórum lehetőséget nyújtott az érintettekkel való együttműködés elmélyítésére és írásos együttműködési megállapodások megkötésére. A Stakeholder képzések 2014 első negyedévében kerültek megszervezésre, praxisközösségenként. A folyamatot a Jászapátiban megrendezett Regionális Nyitórendezvény zárta²⁹. (3)

B.4.2.7. A program keretében képzésben résztvevő szakemberek száma

A Program keretében a tananyag fejlesztés és összeállítás során külön hangsúlyt kapott az ellátórendszer keretében való együttműködésre való felkészítés, annak érdekében, hogy a lehető leghatékonyabb erőforrás felhasználás mellett a kliens a lehető legjobb minőségű preventív egészségügyi szolgáltatások részese lehessen. Ehhez szükséges volt a hatékony csapatmunkát támogató tananyag beépítésére a képzési tematikába. A megfelelő konfliktuskezelés és kommunikáció elsajátíttatása, fejlesztése, úgy a csoporton belüli együttműködés támogatása érdekében, mint a kliensekkel való kapcsolatfelvétel és kapcsolattartás hatékonyságának biztosítása érdekében szintén központi eleme volt a képzéseknek.

Az erőforrások megosztását és az együttműködést segítő informatikai fejlesztések használatát szintén képzésekkel támogatta a Program informatikai fejlesztő csapata.

Az elmúlt négy évben megtartott képzések fő csoportjainak és az azokon résztvevők létszámának az összesítését szemlélteti a T8. táblázat.

²⁹ Ádány Róza (szerk) - Működési kézikönyv a praxisközösség népegészségügyi szolgáltatásaihoz, 2013
http://www.nepegeszseg.hu/swiss/SH.8.1_mukodesi_kezikonyv_5.0_hu.pdf



T8. Praxisközösségi szakemberek és kliensek részvétele az 2014.09-2016.03 között lebonyolított csoportos foglalkozásokon

	2013.II.	2014.I	2015.II	2016.I	2016.II	2017.I
Törzsképzés	91					
Kommunikáció	122					
Egészségfejlesztés	18					
Életmód tanácsadás	18					
Egészségi állapot felmérés	25					
Krónikus ellátás	77					
Mediátor képzés	48					
Ápolási asszisztens (OKJ)	21					
Szociális gondozó (OKJ)		2				
Stakeholder képzés		272				
Informatika Phase1 képzés	80					
Egészségfelelős képzés			41			41
Életmódváltást elősegítő képzés			38	172		
Lelki egészség képzés					64	35
Informatika Phase2 képzés					48	
Félévente összesen	500	274	79	172	64	35
Összesen időben előrehaladva	500	774	853	1025	1137	1213

Forrás: (forrás: DE NK, NEFI)



B.4.3. INTÉZKEDÉSI JAVASLATOK AZ ALAPELLÁTÁS PRESZTÍZSNÖVELÉSE ÉRDEKÉBEN

B.4.3.1. Az alapellátással kapcsolatos ismeretek beépítése a közoktatásba

A háziorvosi pálya és az alapellátás szintjén történő egyéb egészségügyi és népegészségügyi szakdolgozói tevékenységet lehetővé tévő szakképzés későbbi választását és az alapellátási szolgáltatások igénybevételét is elősegítheti, ha a fiatalok megfelelő ismeretekkel rendelkeznek a háziorvos és team-jének munkájával kapcsolatban. Az orvoshoz fordulással, a háziorvos és az alapellátási szakdolgozók által nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos ismeretek bekerülhetnek a közoktatási tananyagba, aminek részeként az óvodások, diákok korosztályuknak megfelelően kötetlen formában találkozhatnak az alapellátásban dolgozókkal is. Ez egyrészt segíthet abban, hogy a elsajátítsák az egészségmegőrzéshez/egészségfejlesztéshez szükséges ismereteket, az egészségügyi ellátórendszer igénybevételének szabályait és lehetőségeit, másrészt abban, hogy néhányan érdeklődni kezdjenek az alapellátás, mint szakmai tevékenység iránt. Hátrányos helyzetű kistérségek praxisai könnyebben betölthetőek akkor, hogyha a helyi közösségből sikerül orvos és egyéb egészségügyi szakember utánpótlást biztosítani³⁰.

B.4.3.2. A prevenció szemlélet erősítése a közoktatásban, a graduális, posztgraduális képzésekben és a mindennapi munka- és szabadidős tevékenység szintjén

A lakosság egészségmutatóinak javítása és a minőségi szolgáltatást nyújtó egészségügyi ellátórendszer fenntartása csak abban az esetben realizálható, hogyha beépül a közgondolkodásba „az egészség érték” szemlélet és egészségtudatos magatartás fontossága. Az iskola-egészségügyi szolgálatok jóvoltából a közoktatási intézményekben jelen vannak iskolaorvosok, védőnők, ami lehetőséget biztosít a szemléletformálásra. Ennek a hatékonysága növelhető abban az esetben, hogyha ez a folyamat - helyi és országos szinten - népegészségügyi szakemberek bevonásával és támogatásukkal fejlesztésre és összehangolásra kerül (ehhez biztosíthatnak infrastrukturális és humán erőforrás hátteret az egészségfejlesztési irodák). A diákok tanításán túl kiemelt szükség van a véleményformálók,

³⁰ Ádány Róza, Papp Magor (szerk) - Prevenció szolgáltatások az alapellátásban. Medicina, Budapest, 2017



különösen az oktatási intézményekben, valamint az egészségügyi és a szociális ellátórendszerben dolgozók képzésére, és munkájuk eseti szupervízióval, továbbképzésekkel történő támogatására. Fontos, hogy a prevenció szemlélet kialakítását célzó ismeretanyagok beépüljenek ezen szakmák főiskolai, egyetemi curriculumába is. A megtanult ismeretek közvetítése akkor válik igazán hitelessé, hogyha az a közvetítők személyes életvitelében és attitűdjeiben is érvényesül.³¹ A foglalkozás egészségügyi szolgálat keretében az egészség védelmével, fejlesztésével és a betegségek megelőzésével kapcsolatos ismeretátadás és tevékenység meg kell, hogy jelenjen, mely nemcsak a munkahelyi, de az általános egészségvédelmet is célozza.

B.4.3.3. Az alapellátási ismeretek súlyának növelése az orvosképzés egyetemi programjában, célzott ösztöndíjprogramok indítása

Az alapellátási ismeretek közvetítésének szempontjából újragondolást igényel az egyetemi curriculum. Nem csupán a családorvosi ismeretekre szánt méltánytalanul alacsony óraszám növelése szükséges, de a klinikai tárgyak ismeretanyagában is meg kell jeleníteni az adott szakterület alapellátási vonatkozásait is. Ez nem csupán azért lényeges, mert a következő évtizedben az alapellátás működképességének fenntartása érdekében jelentős számú orvostanhallgatót szükséges a házi orvosi pálya irányába orientálni, hanem azért is, mert az alapellátással való hatékony együttműködést biztosító ismeretek elsajátíttatása a klinikai szakokat választók körében is biztosított kell, hogy legyen. Fontos, hogy a szakellátásban dolgozók is megismerjék a házi orvosi munka sajátosságait és lehetőségeit, ami javíthat az alapellátás és a szakellátás közötti munkamegosztás és együttműködés hatékonyságán.

A szakorvosjelölti ösztöndíjrendszer mintájára bevezethető ösztöndíjprogram a házi orvos szakterületre készülő hallgatók számára. Amellett, hogy az ösztöndíjhoz a házi orvos szakképzés elvégzésének és praxisban folytatott házi orvosi tevékenységnek a vállalása társítható, az ösztöndíjprogram kiegészülhet tehetséggondozási programmal, valamint a

³¹ Ádány Róza, Papp Magor (szerk) - Prevenció szolgáltatások az alapellátásban. Medicina, Budapest, 2017



háziiorvosi szakterületen való működést segítő képzési elemekkel³². Hasonló ösztöndíjrendszer kimunkálása az alapellátási team-ek egyéb szakdolgozói esetében is szükségesnek látszik.

B.4.3.4. A háziiorvostan szakképzés megerősítése egységes oktatópraxis- és tutorhálózat működtetésével, valamint alapellátás-specifikus klinikai és prevenciók képzési programok kialakításával és működtetésével

A háziiorvosi szakképzésnek alapot kell teremtenie ahhoz, hogy kellő létszámú és felkészültségű fiatal háziiorvos szakorvos lépjen be és tartósan tevékenykedjen az alapellátásban. A képzés kurrikulumának kialakítása az egyetemek háziiorvosi tanszékeinek és az alapellátásért felelős országos módszertani intézet együttműködését igényli. Egységesítendő az oktatópraxisokkal kapcsolatos minimális elvárások, az oktató háziiorvosok kiválasztásának szempontjai, újragondolandó a képzésben betöltött szerepük. Nemzetközi tapasztalatok alapján célszerű az oktató háziiorvosok célzott képzése és rendszeres továbbképzése. A praxisközösségi működés elterjedésével egy időben célszerű definiálni az oktató praxisközösségek működésének kereteit, s megteremteni annak lehetőségét, hogy a szakorvosjelöltek több - akár betöltetlen - praxis munkájában is aktívan részt vegyenek. Biztosítani szükséges, hogy a klinikai gyakorlatok ideje alatt a szakorvosjelöltek rendszeresen dolgozzanak minőségi szolgáltatást nyújtó, a képzőhelyek által akkreditált praxisokban is. Az oktató praxisközösségek nemcsak a leendő háziiorvosok, de a későbbi nem-orvos team-tagok gyakorlati képzéséhez is ideális feltételeket biztosíthatnak.

A háziiorvostan szakképzés feladata az, hogy a rezidensek klinikai gyakorlataik keretében is célzottan az alapellátásban végzendő orvosi tevékenységre kapjanak felkészítést. A klinikai gyakorlatok jelen formájukban nem alapellátás-specifikusak. Célszerű a szakképzést úgy átalakítani, hogy jelentősen nagyobb hangsúly helyeződjön a gyakrabban előforduló kórképekre, megelőzésükre, korai felismerésükre, az ambulánsan vagy az alapellátásban is ellátható esetekre. Ennek eszköze az alapellátás-centrikus klinikai

³² Ádány Róza, Papp Magor (szerk) - Prevenciók szolgáltatások az alapellátásban. Medicina, Budapest, 2017



gyakorlatok módszertanának kidolgozása, valamint olyan képzőhelyek kialakítása, illetve támogatott fenntartása ahol tudják vállalni egyszerre több házi orvos-jelölt fogadását és tutorálását. Már a képzés során fontos kialakítani a szakorvosjelöltek közötti együttműködési készséget, biztosítani kell a team-munkára való felkészítést³³.

B.4.3.5. A házi gyermekorvos képzés megerősítése a szakképzésben

2015 előtt nem került sor a házi gyermekorvos szakorvos hiány kezelésére kidolgozott képzési stratégia érvényesítésére. Ugyan 2011-ben a gyermekgyógyászatot hiányszakmává nyilvánította (s így a gyermekgyógyász rezidensképzést kiemelt rezidensbérrel dotálta) az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács deklaráltan a házi gyermekorvos utánpótlásbiztosítása érdekében, a rezidenshelyeket alapvetően a klinikai közegből hiányzó gyermekgyógyászok pótlására használták fel, így a szakorvosok elhelyezkedése az alapellátásban esetleges és elégtelen volt. Házi gyermekorvos utánpótlásra kiírt rezidensi keretszám csak 2015 óta létezik (első évben 40, 2016-ban 32 fő kezdte meg így a képzést). Az intézkedést még nem követte a rezidensképzés curriculumuma, mely az alapellátásra felkészülők esetében nagyobb hangsúlyt helyez a praxisgyakorlatra.

A vegyes ellátási körzetek jelenlegi arányának, és szerepük prognosztizálható növekedésének megfelelően a házi orvostan képzésben is célszerű a gyermekgyógyászati, házi gyermekorvosi ismeretek oktatását erőteljesebben megjeleníteni³⁴.

B.4.4. INTÉZKEDÉSI JAVASLATOK AZ ALAPELLÁTÁS KOMPETENCIABŐVÍTÉSÉHEZ

B.4.4.1. A házi orvosok szakmai kompetenciájának a bővítése

A házi orvosok munkájukat önállóan végzik, tevékenységük szakmai minőségéről - néhány indikátoreredmény kivételével - nem kapnak időben rendszeres és tartalmában rendezett (jellemzett) visszajelzést. Havi bevételük döntően bázisfinanszírozáson nyugszik, ami nem teszi őket motiválttá abban, hogy idő- és/vagy költségigényes beavatkozásokat

³³ Ádány Róza, Papp Magor (szerk) - Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban. Medicina, Budapest, 2017

³⁴ Ádány Róza, Papp Magor (szerk) - Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban. Medicina, Budapest, 2017



végeznek. Társadalombiztosítási sajátosságok miatt a meglévő további szakképesítéseket nem tudják, a birtokukban lévő diagnosztikai eszközöket nem érdekelték használni. Ezen körülmények együttesen az alapellátásban végzett definitív ellátás ellen hatnak.

A kompetenciaviszonyok anomáliáira utal az a napi szinten előforduló gyakorlat is, hogy a házi orvos releváns szakmai tudása ellenére - a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz felírási jogosultság korlátozása miatt -, pusztán adminisztratív okból, kénytelen betegét járóbeteg szakrendelésre irányítani. Ez túl azon, hogy negatív khatással van a házi orvos munkájának megítélésére, további utánajárást, idővesztést jelent a kliensnek és/vagy hozzátartozójának. Minden indokolatlan felírási korlátozás két főleg, adminisztratív jellegű orvos-beteg találkozást indukál: egyet a járóbeteg intézményben, egyet ezt követően, ismételt, a házi orvosi rendelésen³⁵.

Javasolt intézkedések:

1. Házi orvosi többlet-kompetencialista kialakítása, teljesítményhez kapcsolódó finanszírozás illesztésével

A házi orvosok legutóbb 2011-ben frissített hatásköri listája részletesen rögzíti a házi orvos által végzendő feladatokat és végezhető tevékenységeket, azonban nem jelenít meg – meghatározott feltételek teljesítése esetén - házi orvosi többlet-kompetenciákat.

Tételesen meghatározandók a házi orvosi alapellátás keretében - egyéb szakképzettség vagy licenc birtokában - végezhető tevékenységek, és végzésük feltételei is. A meghatározásra kerülő többlet-kompetenciák akkor tudnak hatékonyan beépülni a napi ellátásba, ha azok végzéséhez teljesítményfinanszírozás társul. Megfontolandó telemedicinális szolgáltatások biztosításának az ösztönzése is³⁶.

2. Házi orvosi licenc képzési programok kidolgozása, képzések lebonyolítása

Ahhoz, hogy egy házi orvos a praxisban többlettevékenységet végezzen, nem szükséges feltétlenül egyéb szakképzettség birtokában lennie. A vonatkozó rendelet biztosította

³⁵ Ádány Róza, Papp Magor (szerk) - Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban. Medicina, Budapest, 2017

³⁶ Ádány Róza, Papp Magor (szerk) - Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban. Medicina, Budapest, 2017



kereteken belül célszerű a meghatározott tevékenységek végzésének célzott elsajátítását lehetővé tevő licenc képzések kidolgozása kifejezetten a házi orvosok számára (az Egyesült Királyságban működő „GPs with special interests” rendszer mintájára). Ez is hozzájárulhat a házi orvosi kompetenciák bővítéséhez, az alapellátásban végzett definitív ellátás arányának emelkedéséhez. A kialakítás folyamán fontos, hogy a képzések a házi orvosi praxisban végzett munka mellett is teljesíthetőek legyenek³⁷.

B.4.4.2. Az egészségügyi szakdolgozók szakmai kompetenciájának bővítése

A kompetenciaszintek szabályozatlansága miatt a házi orvos többször végez olyan tevékenységet, ami ápolói vagy egyéb szakdolgozói végzettséggel is ellátható lenne. A gyakorlat azt mutatja, hogy ezen tevékenységeket a házi orvos – részben a rendelési időben történő túlterheltsége miatt – gyakran delegálja is ápolójának, és abban legfeljebb adminisztratív jelleggel vesz részt.

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara 2012. évi felmérése alapján a felnőtt házi orvosi ellátásban dolgozók 51,5%-a körzeti közösségi szakápolói képesítéssel rendelkezett, emellett jelentős volt az OKJ ápolói képesítéssel rendelkező szakdolgozók aránya is (34,4 %). A házi gyermekorvosi rendelőkben az ápolók 60%-a csecsemő- és gyermekápolói képesítéssel rendelkezett és az ápolók mindössze 12,6%-a látta el feladatait OKJ ápolói képesítéssel³⁸.

Javasolt intézkedések:

1. Alapellátással kapcsolatos képzési elemek erősítése az egészségügyi szakdolgozók képzésében

Az alapellátás szerepének megerősödése az egészségügyi szakdolgozóktól is alapellátás-specifikus ismereteket, kompetenciákat vár el, így indokolt korszerű ismereteket és prevenciószemléletet is tartalmazó, az alapellátási tevékenységre felkészítő elemek bővítése az OKJ- és a diplomás ápolók képzésében.

³⁷ Ádány Róza, Papp Magor (szerk) - Prevenciószolgáltatások az alapellátásban. Medicina, Budapest, 2017

³⁸ Ádány Róza, Papp Magor (szerk) - Prevenciószolgáltatások az alapellátásban. Medicina, Budapest, 2017



A felsőoktatási egészségtudományi képzések esetében a közelmúltban kedvező irányba mozdultak el a képzési és kimeneteli követelmények, ami megteremti a lehetőséget az önálló tevékenység arányának növelésére, akár egyes orvosi tevékenységek kiváltására is.

2. Szakdolgozói kompetenciák bővítése, licenc képzések bevezetése az alapellátásban dolgozó szakdolgozók számára

A szakdolgozói kompetenciák növelése, ezzel együtt a szabályozott munkavégzés lehetősége biztosítható lenne olyan licencekkel, amelyek meghatározott tevékenységek, beavatkozások végzését egységesen szabályozott képzés elvégzéséhez kötik. A képzési forma alkalmas lehet jelenleg orvosi kompetenciához kötött tevékenységek kiváltására. Bevezetése akkor lesz eredményes, ha hozzá finanszírozási érdekeltség is kapcsolódik³⁹. (2)

3. Háziorvosi praxisokban dolgozó ápolók és védőnők egészségtanácsadási tevékenységének ösztönzése, népegészségügyi szakemberek támogatásával, szupervíziójával

A népegészségügyi szemlélet erősítésével várhatóan az egészségfejlesztési feladatok szerepe is növekszik az alapellátásban. Az ápolók és még kifejezettebben a védőnők az egészségnevelési, tanácsadási tevékenységhez szükséges kompetenciákkal részben rendelkeznek, másrészt alapvető készségek, technikák számukra továbbképzések segítségével elsajátíthatók. Ezen feladatok ellátásának a hatékonyságát tudja növelni az, hogyha azokat népegészségügyi szakemberek támogatják, továbbá eseti szupervízióval látják el.

A páciensek oktatásával, egészségnevelésével redukálni lehet az orvoshoz fordulások számát, javítani a terápiás együttműködést, ösztönözni az egyéni felelősségvállalást és az egészséges életmódot. Megnő a jelentősége az egészségfejlesztés további intézményeivel, valamint a helyi civil szervezetekkel, és az egészségügyi-önkormányzati-oktatási-szociális szféra szereplőivel való együttműködésnek is⁴⁰.

³⁹ Ádány Róza, Papp Magor (szerk) - Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban. Medicina, Budapest, 2017

⁴⁰ Ádány Róza, Papp Magor (szerk) - Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban. Medicina, Budapest, 2017



B.4.5. AZ ALAPELLÁTÁS MEGÚJÍTÁSÁHOZ SZÜKSÉGES HUMÁNERŐFORRÁS BŐVÍTÉS ÉS KÉPZÉSI IGÉNYÜK

Az alapellátási rendszernek a hagyományosan nyújtott gyógyító orvosi ellátás mellett, az érintett közösségen belül egészségfejlesztésre, betegségmegelőzésre, az egészségi állapot helyreállítására, valamint a krónikus betegségben szenvedők eredményes rehabilitációjára is összpontosítania kell.

A feladatok megvalósításához szükséges szakértelem és munkamennyiség széles skálán mozog. Az alapellátás érdemi és minőségi megújítása ezért szükségessé teszi további szakemberek bevonását, akik az alapellátó team részeként a lakosság egészségügyi szükségleteinek tükrében képesek a preventív szolgáltatásokat megvalósítani.

A Program, amely egy innovatív egészségfejlesztési és népegészségügyi program volt, jó alapot biztosít egy közösség orientált alapellátási rendszer kifejlesztésének további lépéseihez Magyarországon.

A többszintű megelőző tevékenység nyújtásához, mely együttműködésen, az alkalmazottak munkaidejének és költségeinek a megosztásán alapuló gyakorlat kell, hogy legyen, az alapellátási team-ek kialakítása elengedhetetlen.

A korábbiakban megfogalmazásra került, hogy a lakosság egészségügyi szükségletein alapuló, népegészségügyi fókuszú egészségügyi szolgáltatás biztosításához az alapellátás humán erőforrás bővítésére szükség van. A Program keretében az alapellátási team-ek tagjaiként dietetikusok, gyógytornászok, népegészségügyi szakemberek, klinikai szakpszichológusok, segéd-egészségőrök kerültek bevonásra⁴¹. Az egészségügyi szakemberek részvételével lehetőség volt a lakosság körében legjelentősebb egészség kockázatot, betegség terhet jelentő pontokon érdemi segítséget nyújtani, bizonyítottan növelve ezzel a definitív ellátás mértékét.

Az alapellátás keretében a prevenció valamennyi szintjén, a várandósok, óvodások

⁴¹ Ádány Róza (szerk) - Működési kézikönyv a praxisközösség népegészségügyi szolgáltatásaihoz, 2013 http://www.nepegeszseg.hu/swiss/SH.8.1_mukodesi_kezikonyv_5.0_hu.pdf



egészségfejlesztésétől az idős korú krónikus betegek ellátásáig, akkor lehet hatékony, eredményes és fenntartható szolgáltatást biztosítani, ha a szakemberek képzése során úgy a tudás, mint a készség, attitűd és autonómia kompetenciák kiterjesztése célzottan megtörténik:

- a közösség orientált szolgáltatást is személyre szabott módon szükséges megtervezni és nyújtani, a szolgáltatásba való belépési ponton a személyre jutó osztatlan figyelem növeli a későbbi együttműködési hajlandóságot,
- az egészség szükségletek alapján azonos, vagy közel azonos csoportok számára szükséges a szolgáltatást biztosítani, ami támogató környezetet biztosít a kliens számára, közösség formáló hatással bír és segíti a szolgáltatás fenntarthatóságát,
- a szolgáltatás eredményességének mérése és monitorozása, a változások dokumentálása a szolgáltatás folyamatában nélkülözhetetlen, ez a kliens bevonását, együttműködési hajlandóságát és a szakember munkájának szupervízióját is támogatja,
- az egészségügyi ellátás, kiemelten az alapellátás egyéb szereplőivel, az ellátás érintettjeivel való együttműködésre, a velük való hatékony kommunikációra fel kell készíteni a szakembereket.

B.4.6. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓK ÉS AZ ÉRDEKELTEK HATÉKONY

EGYÜTTMŰKÖDÉSÉNEK MEDIÁLÁSA

Az egészségügyi szolgáltatás ellátások sorozatára és személyek, szervezetek, ágazatok együttműködésére épülő folyamat.

A szolgáltatás eredményessége több érdekelt tevékenységét és felelősségét érinti, a szereplők együttműködési és részvételi hajlandósága, feladatukra való felkészültségük mértéke meghatározó jelentőségű. A szolgáltatás igénybevétele során a viselkedési szabályok ismerete és betartása, vagy annak hiánya nagyban meghatározza a felek számára mentális terhet jelentő emberi konfliktusok előfordulásának gyakoriságát is, melyek kedvezőtlenül befolyásolják a szolgáltatás eredményességét.

Az egészségügyi szolgáltatók, érintettek népegészségtani⁽¹⁾ ismeretanyagának bővítése és együttműködésük fontosságának közvetítése a képzések, szupervíziók, tréningek, fórumok, közösségi egészségfejlesztési programok során alapvető elvárásokként kell, hogy megjelenítésre kerüljenek.



A klasszikus kommunikációs eszközök mellett a XXI. századi technika nyújtotta lehetőségek használatával (ICT eszközök, média elemek) korábban nem vagy alig elért célcsoportok megszólítására, motiválására van lehetőségünk.

A népegészségtan a megelőző orvostan, a környezet-egészségtan, a biostatisztika, az epidemiológia, az egészségügyi menedzsment, az egészségpolitika, az egészség-gazdaságtan, a jogtudomány, a szociológia, és a magatartástudomány releváns ismeretanyagából épül fel.

B.4.7. ÖSSZEZÉS

Az elmúlt években az alapellátás részére juttatott többletforrások elegendőek voltak a rendszer működéskének fenntartására, eszközfejlesztésre, ugyanakkor önmagában ettől a praxisokban zajló munka minősége érdemben nem változott. A betöltetlen praxisok számának csökkentését célzó programok nem voltak képesek megfordítani a humánerő fogyásának trendjét. Világosan látszik, hogy néhány éven belül a lakossági szükségletek növekedése és a fokozódó orvoshiány mellett - szemlélet- és struktúraváltás nélkül - amely magába foglalja a legfontosabb egészségszükségletekre megoldást kínáló szakemberek (dietetikusok, gyógytornászok, népegészségügyi szakemberek, klinikai szakpszichológusok), valamint a szolgáltatás igénybevételét támogató segéd-egészségőrök bevonását a leghátrányosabb helyzetű területeken - az ellátórendszer, ezen belül az alapellátás sem lesz fenntartható.

Bár a döntéshozók és a véleményformáló egészségügyi vezetők egy része gyakran az ellátórendszer átalakításában lát kockázatot, sokkal nagyobb kockázatot rejt a minőségi megújítás elodázása. A szakember utánpótlás kiképzése, lakosság egészségmagatartás-változása ugyanis lassú, a beavatkozás időigényes.

Kiszámítható fejlődési útvonal esetén reális cél az, hogy az alapellátás egy évtizeden belül olyan színvonalas, költséghatékony, szélesebb spektrumú szolgáltatást nyújtson, amiben megfelelő figyelmet kapnak az ellátást igénybe vevő kliensek és inspiráló kereteket találnak a minőségi munkát végző egészségügyi dolgozók is. Ezzel szemben a kiszámítható fejlődés hiánya konzerválja az alapellátás jelenleg folyamatait: a növekvő igénybevétel és az idős orvosok kikerülése a rendszerből pedig együttesen gyorsítani fogja a praxisok kiürülését.

A szükséges fejlesztési célok megvalósulása érdekében az érintettek lehető legnagyobb együttműködési készségét szükséges elérni. A képzési anyagok továbbfejlesztése, folyamatos



karbantartása és megfelelő módon történő közvetítése, a társadalom és a szakma számára ezért is kiemelt jelentőséggel bír valamennyiünk számára.

A Program során kifejlesztett és alkalmazott képzési anyagok, azonosított fejlesztési irányok olyan alapot biztosítanak az egészségügyi alapellátás minőségi megújításához, amelyre a döntéshozói akarat támogatásával a jövőben lehet és érdemes építeni.



C. A PRAXISKÖZÖSSÉGEK BEN MEGVALÓSULT SZOLGÁLTATÁSOK TELJESÍTMÉNYÉRTÉKELÉSE

C.1. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT FELMÉRÉS ÉS TOBORZÁS A 18 ÉV FELETTIEK KÖRÉBEN

C.1.1. BEVEZETŐ. A PROGRAM ALAPVÁLLALÁSAI

A Svájci Hozzájárulás SH/8/1 Alapellátás-fejlesztési Modellprogram keretében olyan szűrési protokoll kialakítására került sor, amitől megalapozottan várható az alapellátás szintjén végezhető szűrések hatékonyságának és emiatt a felnőttek egészségi állapotának javulása. Az egészségi állapot szűrő jellegű felméréséhez kapcsolódó új módszertan fejlesztésének az a célja, hogy a praxisközösségek szintjén vezessen be új szervezési megoldásokat a 18 év feletti felnőttek alapellátási szinten kivitelezett szűrésére. A praxisközösségek új rendszere a korábbiakban nem alkalmazott egészségügyi és népegészségügyi szakemberek bevonására alapul⁴²

Az egészségi állapot felmérés (EÁF) célja az, hogy segítse a betegségek elkerülhető (pl. életmóddal összefüggő) kockázati tényezői, illetve a korai stádiumban levő betegségeknek az időben történő felfedezését. A szűrendő kockázati tényezők és elváltozások tekintetében a fő irányvonalat a Népjóléti Miniszter 51/1997-es rendelete határozza meg, amelyet kiegészítenek Szakmai Kollégiumok ajánlásai, szakmai irányelvei⁴³. A praxisközösségek szűrőprogramja határozottan elkülönül az akut és krónikus betegellátástól, azaz az egészségi állapot szűrő jellegű felmérésekor nem foglalkoznak a tünetekkel orvoshoz fordulók és a tartós gondozásba vont betegek ellátásával.

⁴² Ádány R. (szerk.) Működési Kézikönyv a Praxisközösségek Népegészségügyi Szolgáltatásaihoz. Népegészségügy. 2014;92(3–4):137–221.

⁴³ 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról. http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700051.NM



Az EÁF elsődleges célkitűzése a szűrés minőségének javítása mellett, a szűrésen résztvevők arányának emelése. Emellett a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági státuszú csoportokba tartozók, ezen belül – külön figyelemmel – a roma lakosság számára minél inkább elérhető alapellátás szintű szűrés is kiemelt céljai a projektnek.

A praxisközösségek számára a szűrések szervezése, kivitelezése és monitorozása terén követendő eljárásokat a felnőtt lakosság egészségi állapot felmérésének az eljárásrendje foglalja össze⁴⁴.

A felnőtt lakosság szűrővizsgálatait – **a praxisközösség szűrési munkacsoportjából** – a praxisközösségi nővér, a népegészségügyi szakember és a házi orvosok hajtják végre, akik a szűrések megfelelő dokumentálásáért is felelnek.

A **népegészségügyi koordinátor** irányítja a praxisközösségi nővérből, népegészségügyi szakemberből, védőnőkből és segéd-egészségőrökből álló operatív csoportot, amely a szűrésekkel kapcsolatos toborzási feladatokat látja el.

A **népegészségügyi szakember** a népegészségügyi koordinátor irányításával végzi a 18 év feletti lakosság egészségi állapotának felmérését, aminek keretében célzott kockázat kommunikációt és minimál intervenciót tart; az egészségi állapot felmérés eredményei alapján – szükség esetén – javaslatot tesz a praxisközösségi többlétszolgáltatások igénybevételére.

A **praxisközösségi nővéri** a népegészségügyi koordinátor irányításával végzi a 18 év feletti lakosság egészségi állapotának felmérését, aminek keretében célzott kockázat kommunikációt és minimál intervenciót tart; a népegészségügyi koordinátor utasítása szerint praxisközösségi nővéri feladatokat lát el; az egészségi állapot felmérés eredményei alapján – szükség esetén – indikálja a praxisközösségi többlétszolgáltatások igénybevételét.

A helyi lakosság jobb elérését, eredményesebb bevonását **segéd-egészségőrök** segítik a programban, akik a házi orvosok és a kisebbségi önkormányzatok közreműködésével kerültek kiválasztásra. A segéd-egészségőrök speciális képzést kapnak, ami későbbi szakmai életútjukhoz is segítséget nyújt. A segéd-egészségőr a népegészségügyi koordinátor irányításával közvetít az alapellátó személyzet és a lakosság – különösen a kedvezőtlen

⁴⁴ Papp M. (szerk.) A praxisközösségek eljárásrendje verzió 5.0, SH/8/1 Svájci Hozzájárulás Program, 2015. június 15.



társadalmi-gazdasági helyzetben élők, kiemelt hangsúllyal a roma lakosság – között, a program megvalósulását célzó egészségi állapot felmérésen, szűréseken, prevenciós szolgáltatáson, életmód tanácsadáson, egészségfejlesztő előadásokon való részvétel, valamint a krónikus szolgáltatások igénybevétele érdekében⁴⁵.

C.1.2. A TELJESÜLÉS MÉRTÉKE

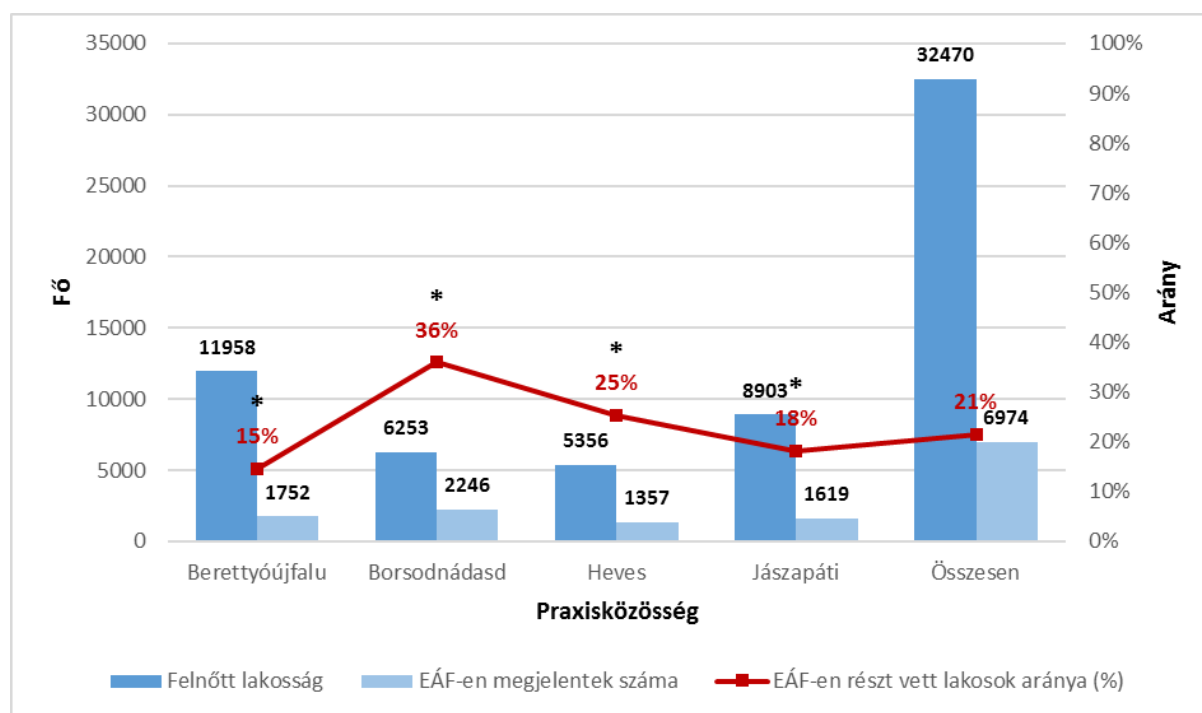
C.1.2.1. Az egészségi állapot felmérésen való részvétel

Jelen értékelés az egészségi állapot szűrést végző szakemberek – népegészségügyi szakdolgozó és praxisközösségi nővér – 18 év feletti felnőtt lakosság körében végzett tevékenysége elemzésének főbb eredményeit mutatja be. Tekintettel arra, hogy az értékeléshez szükséges adatok elérhetősége nem teljes körű, a teljes időszakra csak korlátozott mértékben történtek elemzések. Az EÁF részvétel specifikus adatai főleg **az eDoki programba történő adatrögzítést** követően állnak rendelkezésre – bár ebben az időszakban sem teljes körűen –, ezért a 2014. szeptember 30-i helyzetet tekintve kiinduló állapotnak, a részletesebb elemzések a 2014. október 1. és 2016. március 31., illetve ezen belül a 2015. október 1. és 2016. március 31. közötti időszakokban végzett tevékenységekre vonatkozóan történtek meg.

⁴⁵ Papp M. (szerk.) A praxisközösségek eljárásrendje verzió 5.0, SH/8/1 Svájci Hozzájárulás Program, 2015. június 15.



F18. Egészségi állapot felmérésen résztvevők száma és aránya praxisközösségenként, 2014.09.30-ig

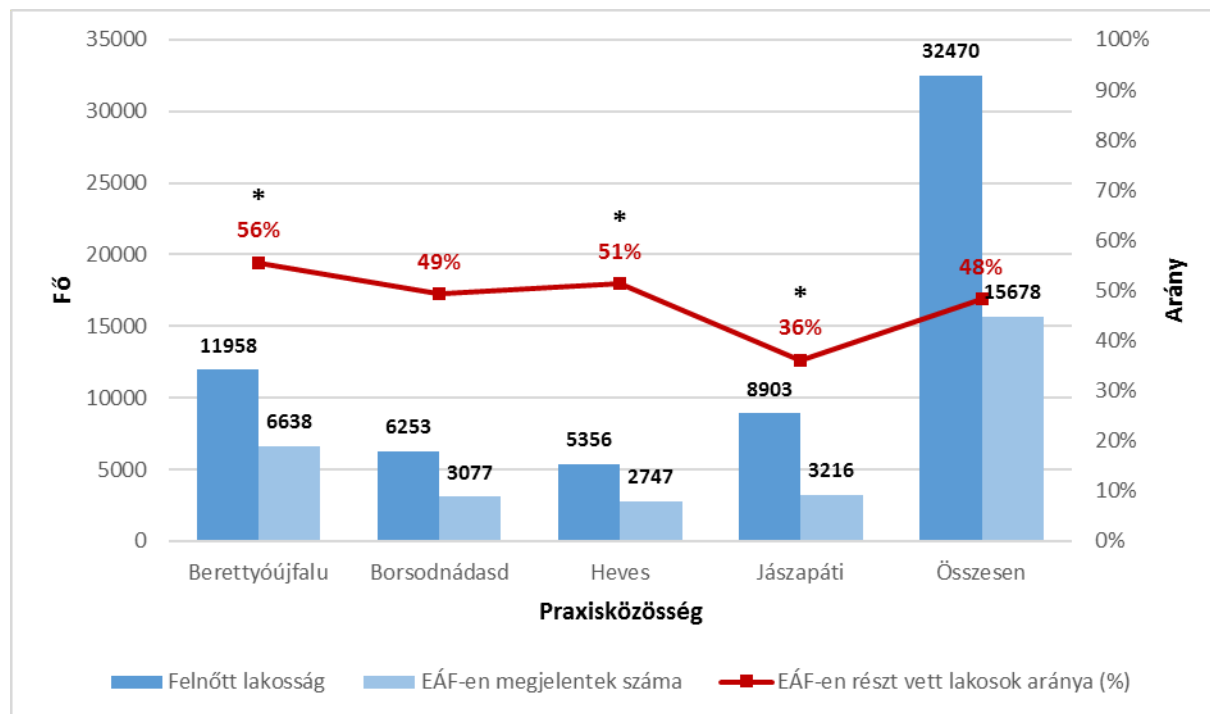


Adatok forrása: eDoki, NEFI

Közel egy évvel a program kezdete után (2014. 09. 30.), a praxisközösségek között **jelentős különbségek mutatkoztak az EÁF-en való részvételi arányt** – egészségi állapot átszűrtséget – illetően (F18. ábra). Átlag fölötti volt a teljesítés a Borsodnádásdi és a Hevesi PK-ben, míg a másik két PK-ben átlag alatti, különösen elmaradt az átlagtól a Berettyóújfalui PK, ahol egy második szűrési munkacsoport került felvételre a nagyobb lakosságszámra való tekintettel.



F19. Egészségi állapot felmérésen résztvevők száma és aránya praxisközösségenként, 2014.10.01-2016.03.31.

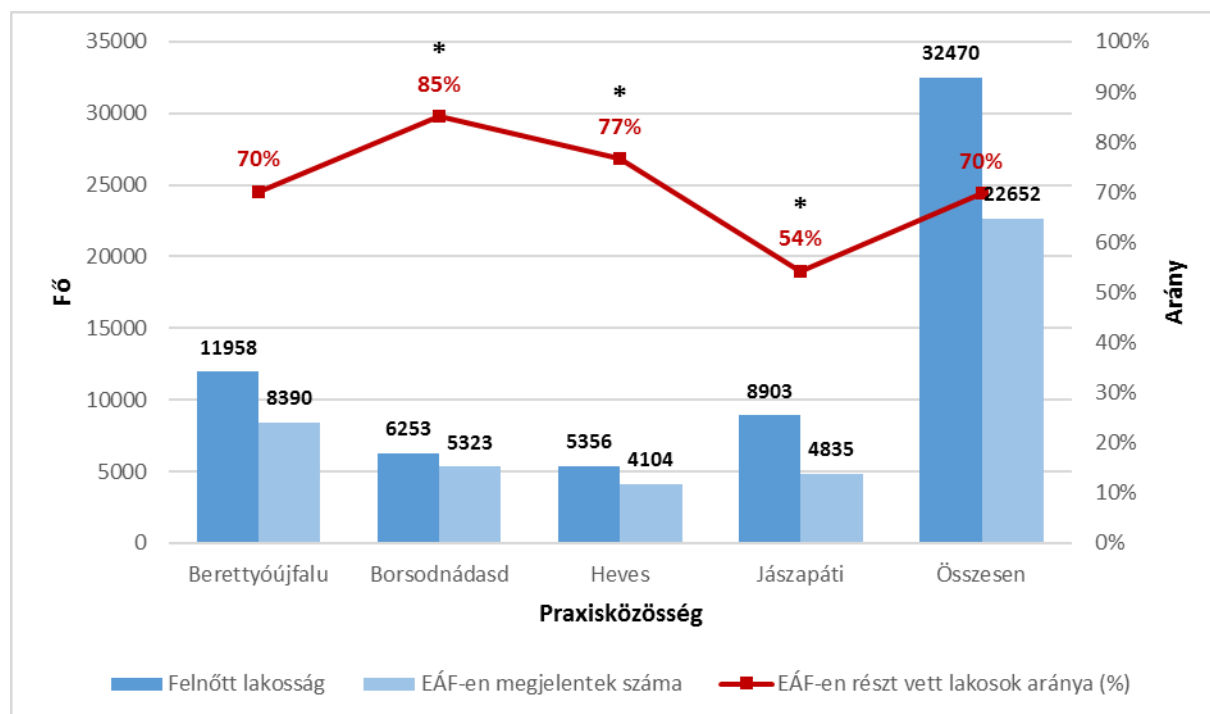


Adatok forrása: eDoki, NEFI

A következő időszakban tovább folytak az EÁF-re való meghívások és egészségi állapot felmérések (F19. ábra); 2014. 10. 01. és 2016. 03. 31. között a célpopuláció 48%-a vett részt EÁF-en. Az átlagot szignifikánsan meghaladó arányban történt szűrés a korábban legkedvezőtlenebb értéket mutató Berettyóújfalui PK-ben, változatlanul magas volt az arány a Hevesi PK-ben, míg a Jászapáti PK továbbra is az átlagnál szignifikánsan alacsonyabb átszűrtséget tudott elérni.

A papíralapú és az elektronikus adatgyűjtés időszakát együtt tekintve, a praxisokba bejelentett (OEP/NEAK 2014. decemberi praxislétszám adatai szerint) felnőtt lakoságból a teljes vizsgált időszakban – 2016. március 31-ig – 22 652 főnél történt EÁF, ami **70%-os átlagos átszűrtséget jelent** (F20. ábra). Az egyes praxisközösségek átszűrtsége között továbbra is szignifikáns különbségek mutatkoztak: a legmagasabb, a célként kitűzött 80%-ot meghaladó, volt az átszűrtség a Borsodnádásdi PK-ben (85%), míg a legalacsonyabb a Jászapáti PK-ben (54%) volt.

F20. Egészségi állapot felmérésen résztvevők száma és aránya praxisközösségenként a teljes időtartamra (2013. november-2016. március)



Adatok forrása: praxisjelentések, NEFI

Az átszűrtségben mutatkozó különbségeket befolyásoló tényezők feltárása céljából vizsgáltuk a 2014. 10. 01. és 2016. 03. 31. közötti időszakban EÁF-en résztvevők demográfiai – nem, életkor – jellemzőit, valamint az EÁF-en való megjelenés előzményei közül a toborzás módszer alkalmazását.

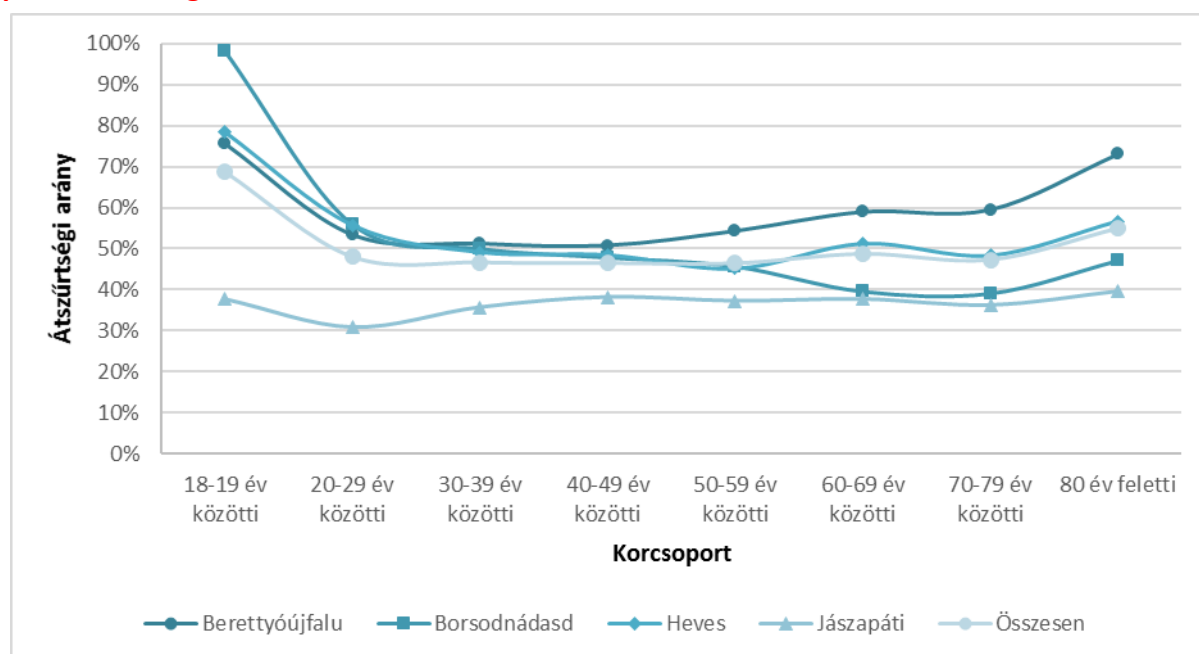
A 4 PK összesített eredménye alapján, **nemek szerint** a nők (49%) nagyobb arányban vettek részt EÁF-en, mint a férfiak (47%), a női túlsúly főleg a Berettyóújfalui és a Jászapáti PK-eknél megfigyelhető női dominanciából adódik, a Hevesi PK-nál a nemek kiegyensúlyozott aránya, a Borsodnádásdi PK-nál pedig a férfi túlsúly volt jellemző.

Az EÁF-en való részvétel **korcsoportok szerint** szignifikánsan különbözött. A legmagasabb részvételi arány a legfiatalabb 18-19 éveseknél volt (69%), ezt követték a legidősebb, 80 év feletti (55%), míg a legkisebb volt a részvételi arány a 40–49 és az 50–59 éveseknél (egyenként 46%).

Az EÁF-en való résztvevők korcsoportok szerinti megoszlása szignifikánsan különbözött praxisközösségek szerint (F21. ábra). Az egyes korcsoportok elérését illetően valamennyi korcsoport esetén a legalacsonyabb részvételi arányt a Jászapáti PK-nál találtuk, míg a

legmagasabb értékek – a 18–19 és a 20–29 éves korcsoportok kivételével – a Berettyóújfalui PK-nál voltak megfigyelhetőek.

F21. Egészségi állapot felmérésen megjelentek aránya korcsoportonként és praxisközösségenként, 2014.10.01-2016.03.31.



Adatok forrása: eDoki, NEFI

Feltételezhető, hogy az EÁF-en való részvételben megmutatkozó praxisközösségek közötti különbségek több tényezőre is visszavezethetőek. Az egyik lehetséges magyarázat, hogy **nem egyformán történt az EÁF-re való meghívás, toborzás, vagy** a praxisközösségek eltérő településszerkezete.

A program eljárásrendje szerint a szűrési munkacsoport felel a szűrési terv elkészítésért (behívandó felnőttek listája), melyben meghatározza, többek között, a toborzási tevékenységet, a dokumentációs és jelentési kötelezettségeket. A szűrési tervek kialakításakor úgy kell eljárni – figyelembe véve a rendelkezésre álló kapacitásokat –, hogy a praxisközösség praxisaihoz tartozó körzetek klienseinek mindegyikét be kell hívni és meg kell vizsgálni a modellprogram ideje alatt (2016. június 30-ig).

A hagyományos kommunikációs csatornákon túlmenően (sajtóközlemények az írott és az elektronikus sajtó számára), amit a szakmai vezető és a praxisközösségi koordinátor hivatott engedélyezni, a népegészségügyi koordinátor a praxisközösségi koordinátor egyetértésével **helyi tájékoztatási rendszert** alakít ki annak érdekében, hogy minél nagyobb



legyen a szűréseken résztvevők száma. A népegészségügyi koordinátor kapcsolatot tart a helyi vállalkozókkal, vállalatokkal illetve az önkormányzattal is azt kezdeményezve, hogy az alkalmazásban levő felnőttek számára próbáljanak olyan munkarendet kialakítani, ami lehetővé teszi a felnőttek szűrésen való részvételét.

A továbbiakban, a toborzási munka hatékonyságát elsősorban **a segéd-egészségőrök által végzett behívási tevékenységhez** kapcsolódóan vizsgáltuk a 2015. október 1. és 2016. március 31. közötti időszakban (F22–F26. ábrák). A segéd-egészségőrök (a helyi egészségfelelősök támogatásával) a népegészségügyi koordinátor utasításai szerint segítik a szűrésre behívandók felkutatását, motiválását, illetve a szűrésre történő eljutását, külön figyelemmel a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzetben élők, ezen belül a roma lakosság körében is.

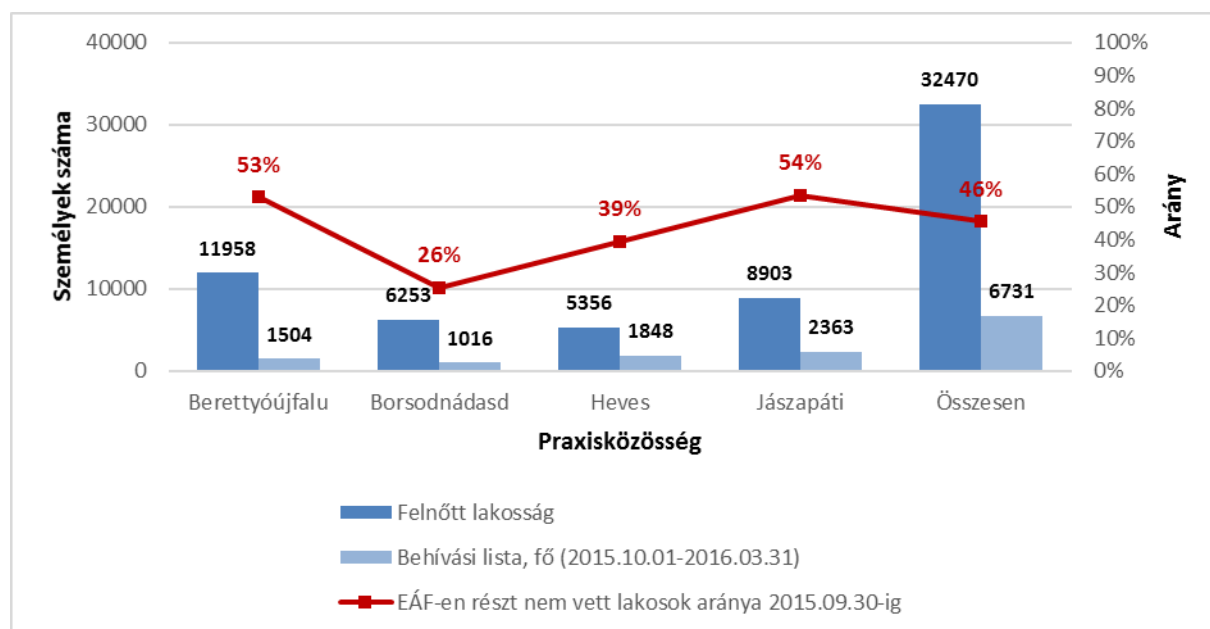
A praxisközösségek 18 év fölötti bejelentett biztosítottjainak számát (N=32 470, OEP/NEAK, 2014. december) véve alapul, valamint a 2015. szeptember 30-ig egészségi állapot felmérésen részt vett klienseknek a számát (17 645 fő) tekintve az átlagos átszűrési arány 54% volt, azaz a program végéig a 18 év fölötti bejelentett biztosítottak 46%-ának kellene még részt vennie EÁF-en (F22. ábra). Ennek érdekében a 2015. október 1. és 2016. március 31. közötti időszakban összesen 6731 fő szerepelt a négy praxisközösség behívási listáin.

A segéd-egészségőrök a toborzási tevékenység során kísérletet tesznek a behívási listán szereplő kliensek felkeresésére, mely megkeresésnek három potenciális kimenetele lehet:

1. a segéd-egészségőr eléri a klienst, és a kliens beleegyezik az egészségi állapot felmérésen való részvételbe;
2. a segéd-egészségőr eléri a klienst, de a kliens elutasítja az egészségi állapot felmérésen való részvételt;
3. a segéd-egészségőr nem éri el a klienst.

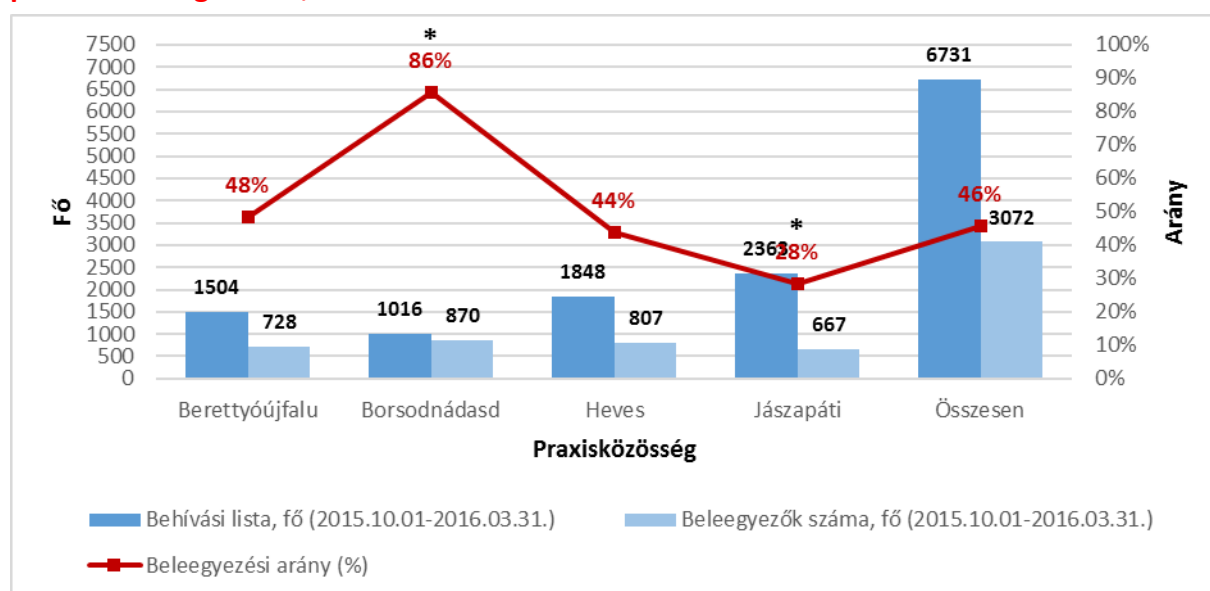
A négy PK-ben együttesen az EÁF-en való részvételbe történő átlagos beleegyezési arány 46% (n=3072 fő) volt (F23. ábra). A beleegyezéseket tekintve a legalacsonyabb beleegyezési arány a Jászapáti PK-et jellemezte (28%, n=667 fő), ami szignifikánsan alacsonyabb volt az összevont arányból számolt átlagos beleegyezési arányhoz képest. A Borsodnádásdi PK-ben viszont az átlaghoz képest szignifikánsan magasabb volt a beleegyezési arány (86%, n=870 fő).

F22. A bejelentett felnőtt biztosítottak száma (2014. dec., OEP/NEAK), a behívási listán szereplő kliensek száma és az egészségi állapot felmérésen (EÁF) 2015. 09. 30-ig még részt nem vett lakosok aránya praxisközösségenként



Adatok forrása: praxisjelentések, NEFI

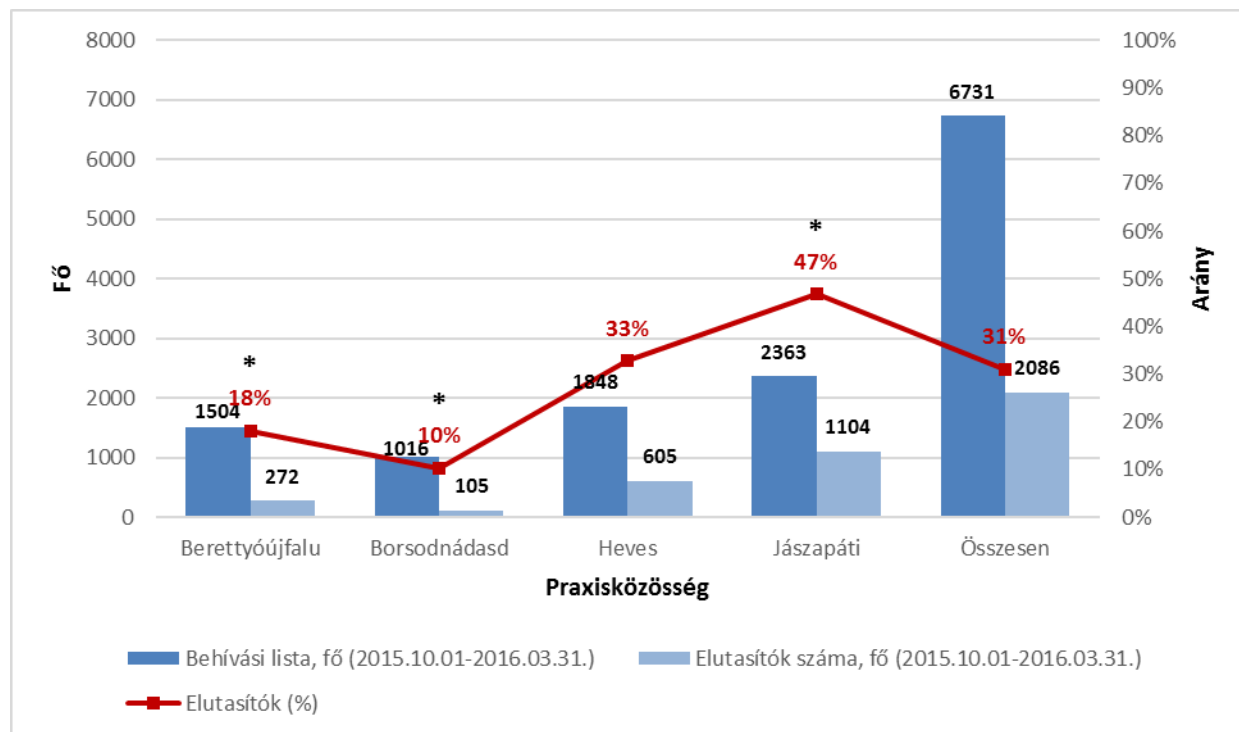
F23. Az egészségi állapot felmérésen való részvételbe belegező kliensek száma és a behívási listán szereplő kliensek száma; belegezési arány (%) a vizsgált időszakban praxisközösségenként, 2015.10.01-2016.03.31.



Adatok forrása: praxisjelentések, NEFI



F24. Az egészségi állapot felmérésen való részvételt elutasító és a behívási listán szereplő kliensek száma és az elutasítási arány (%) praxisközösségenként



Adatok forrása: praxisjelentések, NEFI

Az EÁF-en való részvételt a kliensek átlagosan 31%-a utasította el (F24. ábra), a Jászapáti PK-ben szignifikánsan magasabb (47%), a Borsodnádásdi és a Berettyóújfalui PK-ben pedig alacsonyabb (10%, illetve 18%) volt az elutasítási arány. A segéd-egészségőrök feljegyezték az elutasítás okát is, abban az esetben, ha a kliens meg tudott illet adni. Az elutasítási okok többféle módon kerültek rögzítésre. Az egyéb megjelölés mellett, az alábbi elutasítási okok szerepeltek leggyakrabban:

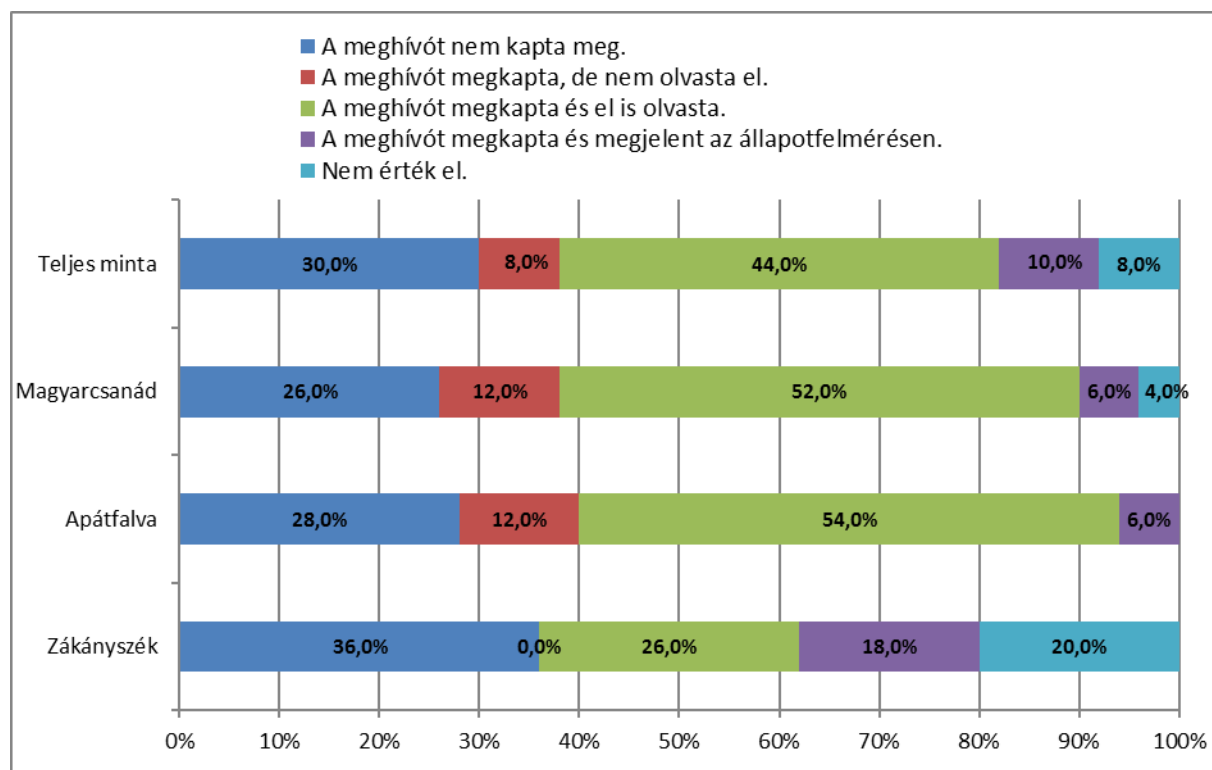
- Nem szeretne részt venni/Nem vette át a meghívót/Fölöslegesnek tartja
- Dolgozik/Tanul/Nem ér rá
- Máshol él/Máshol dolgozik/Börtönben van.

C.1.2.2. Toborzás nélküli egészségi állapot felmérés – referencia praxisok eredménye

Azt, hogy hogyan alakul az egészségi állapot felmérésen való részvétel előzetes toborzási tevékenység nélkül 3 ún. referencia praxisban vizsgáltuk a Dél-Alföldi Régióban. A vizsgálat első fázisában összesen 150 (praxisonként 50-50) meghívót küldtünk ki postai úton azon klienseknek, akik legalább 1 éve nem jelentek meg házi orvosuknál. A meghívólevél után a behívott személyek 10%-a jelent meg az egészségi állapot felmérésen. Tekintettel az

alacsony részvételi arányra, a második fázisban **telefonon**, illetve **személyesen** történő megkeresés során egy rövid kérdőíves interjú keretében vizsgáltuk a meg nem jelenés okát és azt, hogy hogyan vélekednének egy újabb szűrési lehetőségről, mivel lehetne őket a részvételre motiválni. Az utóbbi kérdésről – harmadik lépésként – az ugyanezen időszakban a rendelőben megjelentek köréből 50-50 főt is megkérdeztünk.

F25. Az egyszeri, postai úton történő behívás eredménye referencia praxisok szerint (n=150)



Adatok forrása: saját felmérés (WP7)

Mindhárom referencia praxis esetében az egyszeri, személyre szóló, háziorvos által megszólított, postai úton történő behívásra nagyon alacsony részvételi arányt tapasztaltunk, a 150 főből mindösszesen 15 fő, a behívottak csupán 10%-a jelent meg az egészségi állapot felmérésen (F25. ábra).

A nem megjelentek mintegy felének semmiféle információja nem volt az egészségi állapot felmérés lehetőségéről (pl. nem kapta meg a meghívót vagy megkapta a meghívót, de nem olvasta el). Összegezve elmondható, hogy a megkérdezettek egy negyede nem kapta meg a meghívót, több mint 30%-nak nem volt megfelelő az időpont, 17,3%-át nem érdekelte,

főleg tartotta vagy nem kötelező volta miatt nem ment el, 11,6%-a pedig azért nem ment el, mert más településen dolgozik/tanul, vagy éppen külföldön dolgozik/tanul.

Egy újabb egészségi állapot felmérésen való részvételtől alkotott vélemények szerint a válaszadók 82,4%-a (196 fő) biztos benne, hogy legközelebb részt venne egy egészségi állapot felmérésen, 14,7%-a nem venne részt, további 2,9%-a pedig azért nem venne részt, mert magánorvosi szolgáltatások keretében veszi igénybe az egészségügyi ellátást. A férfiak (26,2% vs. 5,4%) és a fiatalabbak (18–44 évesek) körében nagyobb azoknak az aránya, akik legközelebb sem mennének el egy egészségi állapot felmérésre (T9. táblázat).

T9. A megkérdezettek vélekedése egy újabb egészségi állapot felmérésről (N=239)

Jellemzők		Részvételi szándék egy újabb egészségi állapot felmérésen			P-érték*
		részlet venne	nem venne részt	nem venne részt, magánorvoshoz megy	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Nem	Férfi	72 (67,3)	28 (26,2)	7 (6,5)	<0,001
	Nő	123 (94,6)	7 (5,4)	0 (0,0)	
Életkor (év)	18-29	17 (63,0)	6 (22,2)	4 (14,8)	<0,01
	30-44	50 (79,4)	11 (17,5)	2 (3,2)	
	45-59	52 (83,9)	10 (16,1)	0 (0,0)	
	60-74	53 (86,9)	7 (11,5)	1 (1,6)	
	75+	21 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Etnicitás (önbevallás)	Nem roma	44 (66,7)	19 (28,8)	3 (4,5)	n.s.
	Roma	14 (58,3)	7 (29,2)	3 (12,5)	
Praxis	Magyarcsanak	62 (74,7)	18 (21,7)	3 (3,6)	<0,05
	Apátfalva	73 (89,0)	5 (6,1)	4 (4,9)	
	Zákányszék	61 (83,6)	12 (16,4)	0 (0,0)	
Kérdőívet kitöltők	Kaptak meghívót	58 (64,4)	26 (28,9)	6 (6,7)	<0,001
	Rendelésen megjelentek	138 (93,2)	9 (6,1)	1 (0,7)	
Összesen		196 (82,4)	35 (14,7)	7 (2,9)	

Adatok forrása: saját felmérés (WP7)

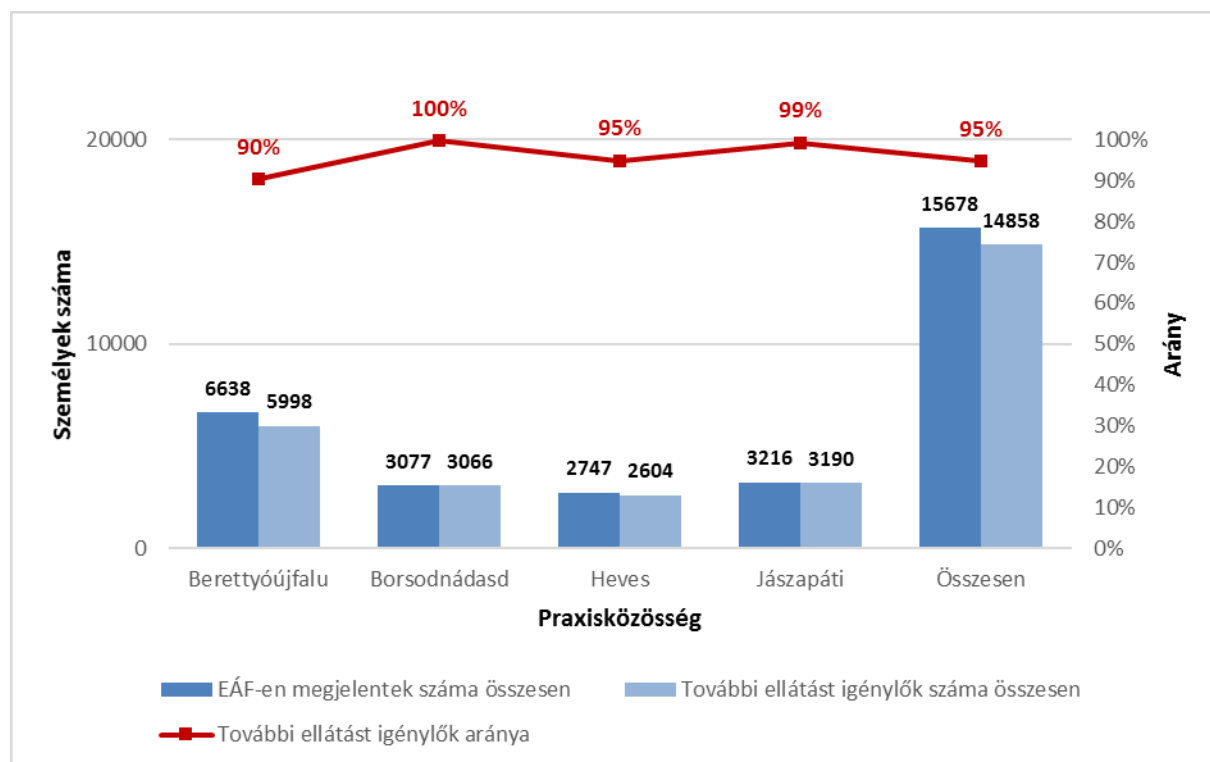
*khi-négyzet próba eredménye

A válaszadók véleménye szerint egy következő egészségi állapot felmérésen való részvételi arányt jelentősen növelheti, ha a kliensek a háziorvostól, telefonon, személyre szóló meghívást kapnak, ha lehetőségük van időpontegyeztetésre, ha az orvos végzi az egészségi állapot felmérést, és annak eredményéről személyes értékelést kap a kliens, továbbá szükség esetén az értékelést célzott tanácsadás/terápia is követi.

C.1.2.3. Az egészségi állapot felmérés eredménye

Az egészségi állapot felmérés során kiszűrt rizikófaktorok és betegség gyanúk nyers gyakoriságát **az eDoki adatai alapján vizsgáltuk** a 2013. november és a 2016. február közötti időszakra vonatkozóan. Az EÁF-en megjelentek körében az alábbi nyers előfordulási gyakoriságok fordultak elő: rendszeres és alkalmoszerű dohányzás – 34,1%, kevés zöldség- és gyümölcsfogyasztás – 22,0%, fizikai inaktivitás – 52,2%, túlzott alkoholfogyasztás miatti veszélyeztetettség, függőség – 4,2%; az EÁF során kiszűrt betegség gyanúk gyakorisága: elhízás – 32,5%, kardiovaszkuláris kockázat (3% vagy afeletti SCORE érték vérnyomáscsökkentőt nem szedők körében) – 5,1%, magas, igen magas diabetes mellitus kockázat (FINDRISC szerint) – 19,8%. Az egyes rizikófaktorok és a betegség gyanúk gyakorisága szignifikánsan különbözött PK-ek szerint.

F26. Az EÁF-en megjelentek, a további ellátást igénylők száma és aránya praxisközösségenként, 2014.10.01-2016.03.31.



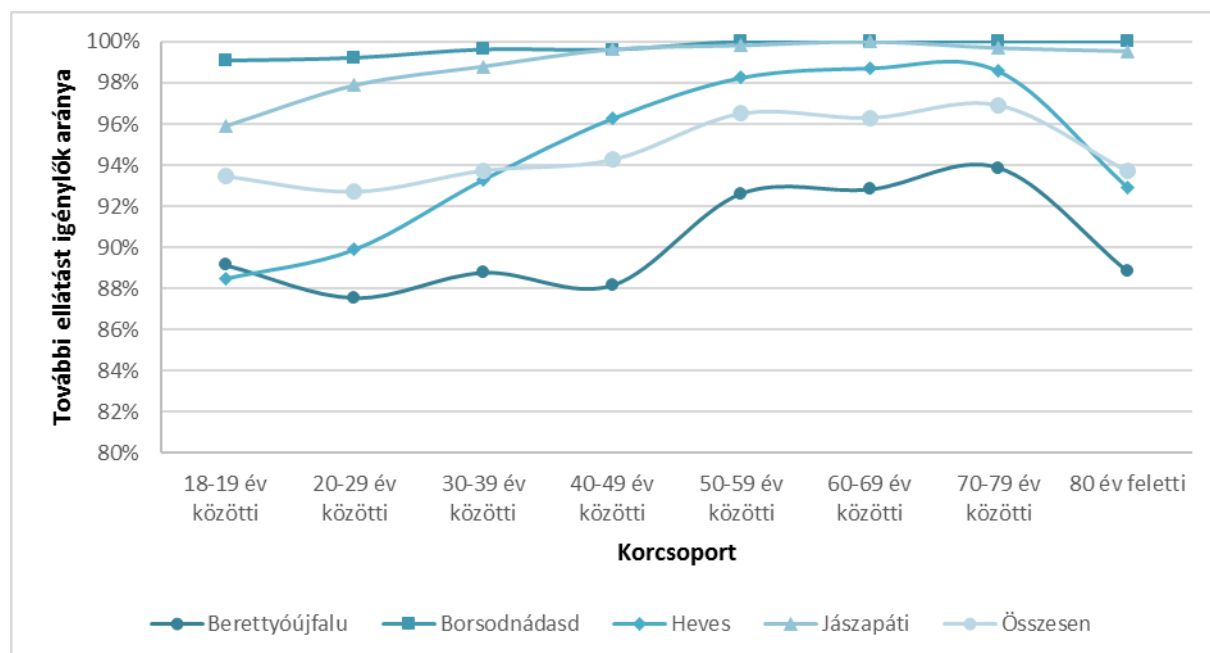
Adatok forrása: eDoki, NEFI



A felnőtt lakosság körében a **praxisközösségi nővér és a népegészségügyi szakember felel elsősorban a szűrővizsgálatok elvégzéséért. A házi orvosok** a Prevenációs Rendelés keretében kapcsolódnak be az EÁF folyamatába, Az EÁF-t követően a házi orvos áttekinti valamennyi kliens törzskartonba feltöltésre kerülő szűrési eredményeit és valamennyi esetben **dönt a további ellátási ügymenetről.** Az EÁF eredményét, mint a további ellátást igénylők arányát a 2014.10.01-2016.03.31. közötti időszakban vizsgáltuk az informatikai rendszerbe rögzített adatok alapján (F26. ábra). A további ellátást igénylők átlagos aránya 95% volt, a legmagasabb (99,6% \cong 100%) a Borsodnádasi, a legalacsonyabb (90%) a Berettyóújfalui PK-ben volt. Nemek szerint gyakorlatilag nem volt különbség (átlagosan 1%-os női többlet) a további ellátási igényt illetően, míg korcsoportok és praxisközösségek szerint már mutatkoztak különbségek (F27. ábra). A Borsodnádasi és a Jászapáti PK-ekben – az életkortól függetlenül – gyakorlatilag nem volt olyan, aki ne igényelt volna további ellátást, míg a másik két PK-ben a további ellátást igénylők aránya az életkor előre haladtával nőtt, majd a 80 év felettiéknél ismét csökkent.

A további ellátást illetően meg kell még jegyezni, hogy egy páciens jellemzően több szakemberhez is továbbküldtek: a fenti időszakban a 15 678 végrehajtott EÁF-re 47 131 továbbküldés történt. Az EÁF-et követően a páciensek legnagyobb részét praxisorvoshoz (86%), illetve dietetikushoz (75%) küldték tovább. Az EÁF eredménnyel rendelkezők egy harmadát egészségpszichológushoz (39%), praxisközösségi nővérhez (37%) és népegészségügyi koordinátorhoz (33%) is továbbküldték. A további ellátást igénylők közül kiemelve a praxisközösségen belüli továbbutalásokat, megállapítható, hogy mindegyik praxisközösségnél volt egy jellemző irány, ahová szívesen utalták tovább a klienseket. **A további kliens utat főként a praxisközösségi koordinátor, illetve a házi orvos személye, képzettsége határozta meg.**

F27. További ellátást igénylők aránya korcsoportonként és praxisközösségenként, 2014.10.01-2016.03.31.



Adatok forrása: eDoki, NEFI

C.1.2.4. EÁF és toborzás humán erőforrás igénye és költsége

Az EÁF felmérés, az ahhoz kapcsolódó toborzási tevékenység és a felmerülő további ellátási igény (praxisközösségi többlétszolgáltatás és/vagy szakellátásba való továbbküldés) plusz forrásigényben nyilvánul meg. A praxisközösségek működési költségeit **2015. november 1. és 2016. január 31. között** tudtuk vizsgálni. Erre az időszakra vonatkozóan a főbb megállapítások az alábbiakban összegezhetők: a praxisközösségek működése során **felhasznált források átlagos havi értéke 10.975.262 forint volt**, de ez a karakterisztikus érték nagy szórást mutatott a hónapok tekintetében; számottevő eltérés volt a praxisközösségek finanszírozási igényében is, amit elsősorban munkaerővel való ellátottságból (a képzett és speciális szaktudással rendelkező munkaerő állomány mindenkori szintje) következő bérköltség különbség magyaráz; a költségeket alapvetően két költségnem, a munkabér (az átlagos összes költség 61%-a) és az igénybe vett szolgáltatások határozzák meg (az átlagos összes költség 37%-a).

A modellprogram működését költségviselő (azon tevékenységek/szolgáltatások, amelyeket a modellprogram célmeghatározásainak megfelelően a praxisközösségek nyújtanak – toborzás, EÁF, Prevenció Rendelés, Egészségfejlesztés, Tanácsadás és Többlétszolgáltatások (PETT), fel nem osztható költségek) alapján is vizsgáltuk (önköltség,



fajlagos költség). **A toborzási költségek** időben nagymértékű állandóságot mutattak, kerekítve egymillió forintos átlagos forrásigényt jelentve a praxisközösségeknek. **Az EÁF-el kapcsolatban** hasonló a helyzet, amelynek elvégzése kerekítve **1,2 millió forintba került** praxisközösségi átlagban. A PETT költségek szintén időben állandó önköltségű költségviselő. Átlaga kerekítve 4 millió forint, amely a toborzási költségek gyakorlatilag négyszeresét, illetve az egészségi állapot felmérés költségeinek majdnem három és félszeresét teszik ki. Ennek magyarázata abban keresendő, hogy a magasan képzett munkaerő (beleértve a praxisorvosokat is) bértömegének nagy része a prevenciók tevékenységei során hasznosul. A többi költségnemmel szemben **a fel nem osztható költségek** nagyon magas változékonyságot mutattak a vizsgált időszakban, melynek oka részletes elemzéssel tárható fel. A sikeres toborzás, a kliensek bármely úton történő elérése, az EÁF toborzással és anélkül egységnyi költségei alapján meghatározható az egy főre jutó átlagos költség a továbbbírányításig csak toborzással, illetve bármely elérési stratégiát követve. Az így meghatározott költségek jól mutatták, hogy **a behívási stratégiák kombinációjával csökkenthetők az átlagos költségek**. Csak toborzással 28 000 forint, míg alternatív stratégiákkal kiegészítve 17 000 forint egy páciens EÁF-re történő eljuttatása és leszűrése a négy praxisközösség átlagában.

C.1.3. SIKERTÉNYEZŐK

Fontos sikertényező az egészségi állapot szűrő jellegű felmérését biztosító **új módszer kifejlesztése és gyakorlatban történő alkalmazása**. A népegészségügyi végzettséggel, illetve ismeretekkel rendelkező szakemberekkel kibővített alapellátási teamek **növelni tudták a lakosság átszűrtségét, beleértve a kiemelten definiált roma népességet is**. Az EÁF-en való részvételt nagymértékben növelte a lakosságnak toborzással és egyéb kommunikációs csatornák útján történő elérése. Az EÁF során feltárt életmódi rizikók, az egyes krónikus betegségek gyanújának, korai stádiumának, vagy az akut ellátást igénylő betegségeknek a felismerése, és szükséges ellátás – praxisközösségi többlétszolgáltatások, háziorvosi ellátás, szakellátás – igénybevétele hozzá tudott járulni a lakosság egészségi állapotának javulásához.

C.1.4. KIAKNÁZATLAN LEHETŐSÉGEK, AMELYEKRE ÉPÍTENI LEHET A TOVÁBBI FEJLESZTÉSI PROGRAMOK SORÁN

Az EÁF-hez kapcsolódóan kialakított **adatrögzítő és elemző program fejlesztésével** naprakész, on-line elérhető adatok biztosításával egyszerűbbé tehető lenne az EÁF-re történő behívások és az eredmények monitoringja, amely mind a praxisközösségi szereplők, mind az elemzők munkáját segítené. A kiértékelő protokollok pontosításával, és ezek mindenki



számára egyértelmű definiálásával, a Kézikönyv, illetve az eljárásrend felülvizsgálatával tovább lehetne egységesíteni az EÁF-et.

C.1.5. MEG NEM VALÓSULT VÁLLALÁSOK ÉS AZOK OKAI

Az egyes praxisközösségek átszűrtsége közötti szignifikáns különbségek mutatkoztak, a program kezdetén célul tűzött 80%-os átszűrtséget – 2016. március 31-ig – az OEP/NEAK által nyilvántartott bejelentett biztosítottak körében egyetlen praxisközösségben sikerült teljesíteni. Az átszűrtség vizsgálata során szükséges figyelembe venni azt a tapasztalati tény, hogy az intervenció területén végzett becslés és a kontroll területen történt felmérés alapján közel 10%-os volt azon kliensek aránya, akik életvitel szerűen nem ott tartózkodnak, ahol bejelentett biztosítottként regisztrálva vannak, ezért elérésük az EÁF toborzás során akadályoztatott volt. Az eltérő teljesítéseket magyarázó tényezők még a praxisközösséghez tartozó települések különböző jellemzői, a PK-hoz tartozó lakosság száma, az eltérő toborzási technika, vagy a program egyes időszakában rendelkezésre álló humán erőforrás. Az utóbbira nem csak az eltérő behívási és részvételi arányok utalnak, hanem a PK-ek finanszírozási adatai is: az alacsonyabb bérköltségek jellemzően a magasan képzett munkaerőt megkövetelő pozíciók betöltetlenségéből eredtek, ami speciális kockázatnak tekinthető a modellprogram sikeressége szempontjából.

A toborzási tevékenység három lehetséges kimenetele (beleegyezés, elutasítás vagy el nem érés) nem volt független a praxisközösségtől, azaz **a praxisközösségek eltérő jellemzői befolyással voltak a toborzási tevékenység hatékonyságára** (a praxisorvos, vagy bármely szakdolgozó, a kliensek hozzáállása, a lakosság szerkezete stb.), az EÁF részvételi arányban kimutatott különbségekre.

C.1.6. KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ SZAKMAI AJÁNLÁS

Ajánlott a toborzással kapcsolatos **adatgyűjtés (adatrögzítés) módjának pontosítása**, az adatok hibás rögzítésének elkerülése érdekében a mediátorfüzet adatainak és a „havi statisztikai kimutatás a toborzásról” elnevezésű jelentés adatainak egyeztetése. Az adatszolgáltatás megbízhatósága érdekében pontosítani kellene, hogy az adatgyűjtés felelőse (az alapellátás-fejlesztési modellprogramban) a népegészségügyi koordinátor.

A segéd-egészségőrök, a toborzás mellett, aktívan vegyenek részt a különböző egészségfejlesztési programok és a többletszolgáltatások lebonyolításában is (azon PK-nál,



ahol ez már működött jobb volt a toborzás hatékonysága). Az alkalmazottak jelentős fluktuációja hátráltatja a kliensek elérését, ezért törekedni kell annak minimalizálására.

A toborzási (segéd-egészségőri) tevékenységet végző személy kiválasztásakor az alábbi szempontokat ajánlott figyelembe venni:

- egyéni képességek, képzettség (egészségügyi alapképzettség, vagy ennek elvégzésére való hajlandóság);
- munkába állás előtt kommunikációs képésben kell részesíteni őket;
- a település lakosságszerkezete (roma személyek alkalmazásakor meg kell fontolni, hogy milyen arányban vannak jelen a kliensek között a romák, hiszen őket a nem roma lakosság sok esetben viszonylagostávolságtartással kezeli, ezért az ő körükben az egészségi állapot felmérésre történő motiválásban nem igazán hatékonyak).

Az EÁF-ről készülő **havi jelentések áttekinthetőségét** javítani kell. Az összetartozó állományokat tárolják egy mappában. Külön mappában helyezkedjenek el az adatok praxisközösségenként, illetve külön-külön almappákban a praxisorvosok, segéd-egészségőrök és egyéb szakemberek jelentései. A mappák rendszere hierarchikus legyen, fastruktúrát alkosson. A jelentés leadás határidő betartásának fontosságára fel kell hívni a figyelmet, a határidő idején hiányzó jelentések feltétlenül kerüljenek pótlásra.

A kettős adatgyűjtés helyett javasolt az eDoki számítógépes szoftver hibáinak javítása és az adatok rögzítésére történő kizárólagos használata. Szükséges egy egységes, könnyen kezelhető, felhasználóbarát, megfelelően működő **informatikai háttér biztosítása**, mert ez kulcsfontosságú annak érdekében, hogy a napi, havi, évi statisztikai jelentések megbízható adatokat tartalmazzanak.

Az EÁF-en való megjelenések száma jelentős különbségeket mutatott az egyes praxisközösségek között, amelyben nagy szerepe van a különböző toborzási technikának, az adott praxisközösségben tevékenykedő szakemberek létszámának, valamint a praxisközösség településszerkezetének és lakosságának.

Egyes EÁF eredmény kategóriák (egészséges; rizikófaktor, betegség gyanúja nélkül; betegség gyanúja) egyértelmű definiálására van szükség a kliensút pontos követése érdekében, az eljárásrend ezen részének felülvizsgálata szükséges.



C.2. NÉPEGÉSZSÉGÜGYI SZAKEMBEREK AZ ALAPELLÁTÁSBAN. KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉG-FEJLESZTÉSI PROGRAMOK ÉRTÉKELÉSE

C.2.1. BEVEZETŐ- A PROGRAM ALAPVÁLLALÁSAI

A Program keretében az alapellátás hagyományos szervezeti modelljét új szervezeti modell váltotta fel, amelynek egyik kulcsszereplője a népegészségügyi koordinátor. A jelen fejezetben ismertetett praxisközösségi szolgáltatások fő felelősei, tervezői, és közösségi mozgatói a praxisközösségek nem orvos munkatársainak vezetői, a népegészségügyi koordinátorok voltak. A tevékenységük elválaszthatatlan a fejezetben tárgyalt praxisközösségi teljesítményadatoktól, ezért azokkal együttesen mutatjuk be szerepüket. A népegészségügyi koordinátorok szerepét és tevékenységét külön publikáció mutatja be a Modellprogramról megjelent Népegészségügy c. folyóiratban⁴⁶, és több fejezet tárgyalja a Modellprogram kapcsán készült szakkönyvben⁴⁷, ezért itt csak rövid összefoglalását adjuk a közösségi egészségfejlesztéssel összefüggésben végzett munkájukról.

A népegészségügy alapvető feladatai közé tartozik **az egészségügyi alapellátásban megvalósítandóan a lakosság egészségi állapotának folyamatos monitorozása, az egészségproblémák hátterének feltárása, a lakosság tájékoztatása az egészségproblémákról és azok megelőzésének lehetőségeiről, a társadalom mozgósítása a problémák megoldása érdekében, partnerség kialakítása az érintett önkormányzati, civil és egyéb szervezetek között, egészségfejlesztési, betegségmegelőzési programok tervezése a helyi adottságok figyelembe vételével.**

A jelenlegi egészségügyi alapellátás szervezetenként alkalmatlan mindezen feladatok szisztematikus, teljeskörű teljesítésére, viszont a Modellprogram keretében működő praxisközösségek népegészségügyi koordinátorai kellő felkészültséggel, képzettséggel, megfelelő kompetenciákkal rendelkeznek ezek kifogástalan megszervezésére az alapellátás szereplőivel és a helyi közösségekkel együttműködésben.

⁴⁶ előkészítés alatt a folyóirat, várható megjelenés 2017. április, *Gombkötő Éva: A praxisközösségi működés tapasztalatai a népegészségügyi koordinátor szemszögéből*

⁴⁷ Ádány R., Papp M. szerk: *Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban*. Debreceni Egyetem 2017.



A magyar lakosság nemzetközi összehasonlításban kedvezőtlen, az alapellátásban potenciálisan javítható egészségmutatói⁴⁸ egyértelműen bizonyítják, hogy a jelenlegi alapellátásunk nem megfelelően szervezett, és ezáltal nem tudja produkálni még azokat az eredményeket sem, amelyek az ország gazdasági fejlettsége alapján várhatók lennének. A lakosság egészségi állapotán közösségi szinten rendszeresen szervezett primer és szekunder prevenciók szolgáltatások nélkül aligha lehet változtatni.

A Modellprogramban különböző közösségi egészségfejlesztési programokkal sikerült csaknem valamennyi, az intervenció területén élő klienst elérnünk. A primer prevenció (elsődleges megelőzés) témakörében a dohányzás és túlzott alkohol- és energiatartalmú élelmiszer-fogyasztás elleni programok, legális és illegális szerhasználat elleni drog-prevenciók, foglalkozások, táplálkozás-egészségügyi és a mindennapos testmozgást népszerűsítő programok, az egészséges életmód kora gyermekkori kialakítását, a fertőző betegségekkel szembeni védettséget, a biztonságos lakó- és munkahelyi környezet fejlesztését célzó programok valósultak meg, a helyi sajtóságok figyelembe vételével.

A szekunder prevenció (másodlagos megelőzés) a különböző életkorokhoz kötött szűrővizsgálatokon való megjelenés növelését célozta a lakosság körében, szükség szerint csoportos utaztatást is szervezve a szűrőközpontokba.

A praxisközösségi tercier prevenciók (harmadlagos megelőzési) tevékenység a krónikus gondozásra és a rehabilitációra terjedt ki. Különböző életmód klubokat szerveztek az eltérő krónikus betegségekkel rendelkezők számára, köztük is kiemelten fókuszálva a diabéteszes emberekre. A többlétszolgáltatást nyújtó szakemberek képesek voltak egyéni szükségletekre is választ adni, legtöbb esetben komplex tanácsadás keretében, több szakember bevonásával, hosszas előjegyzés és várakozás nélkül.

Az alapellátásban megvalósítandó népegészségügyi feladatok csak abban az esetben valósulhatnak meg, ha az alapellátási szolgáltatást nem pusztán a családorvos és a gyógyító/gondozó tevékenységet támogató ápolónő, esetleg a velük együttműködő védőnők, hanem olyan alapellátási team nyújtja, mely a népegészségügyi szolgáltatások megvalósítására kellő felkészítést kapott, és megfelelő kompetenciákkal rendelkezik.

Ilyen magasan képzett szakemberekből és kompetens támogató személyzetből álló alapellátási teamek dolgoznak a Modellprogram keretében működő praxisközösségekben,

⁴⁸ <http://stats.oecd.org/#>



akik képesek megtervezni, megszervezni és kivitelezni a különböző népegészségügyi szolgáltatásokat.

A Modellprogram Megvalósíthatósági Tanulmánya szerinti logikai keretmátrix eredményindikátorainak teljesítése⁴⁹ és a Működési Kézikönyv⁵⁰ szerint leírt szakmai szabályok betartása volt minden praxisközösség célkitűzése mindvégig. Ezek az alábbi elvárásokat fogalmazták meg:

- a lakosság népegészségügyi mozgósítása a kitűzött célok szerint sikeresen megvalósuljon:
 - 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, stb.
- a háziorvosi indikátorok esetén kitűzött javulást sikerüljön elérni a definitív ellátás és a krónikus beteggondozás terén.

Jelen fejezet a közösségi egészségfejlesztést célzó praxisközösségi szakdolgozói szolgáltatások értékelésére fókuszál. **Össességében elmondható, hogy a Modellprogramban dolgozó népegészségügyi koordinátorok és munkatársaik sikeresen teljesítették, ill. túl is teljesítették az alapvállalásokat** (utalásokat erre ld. a Záró Értékelés E.2. sz. fejezetében). A közösségi egészségfejlesztési szolgáltatások sokszínűsége (ld. G.2. sz. melléklet) és forgalmi adatai mutatják, hogy a Modellprogram napi működése messze túlmutat azon, ami a Megvalósíthatósági Tanulmány logikai keretmátrixában elvárásként szerepelt. A teljesítményt mutató adatok összesítését az alábbi alfejezet tárgyalja.

⁴⁹ Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet: Népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram. Megvalósíthatósági Tanulmány. 2011. november, 1. sz. melléklet

⁵⁰ http://alapellatasimodell.hu/images/mukodesi_kezikonyv/SH.8.1_mukodesi_kezikonyv_5.0_teljes_hu.pdf
 Ádány R. és munkatársai: Működési Kézikönyv a Praxisközösségek Népegészségügyi Szolgáltatásaihoz. 5. verzió, 2013. május 31.



C.2.2. A TELJESÜLÉS MÉRTÉKE – A PRAXISKÖZÖSSÉGI FOGLALKOZÁSOK FORGALMI ADATAINAK BEMUTATÁSA

A projekt végrehajtásának időszaka alatt a közösségi egészségfejlesztési szolgáltatásokkal kapcsolatos adatszolgáltatás a Praxisközösségi Eljárásrend⁵¹ folyamatos alakításával párhuzamosan változott, ezért a teljes vizsgálható adatállomány csak aggregált módon értékelhető egységesen, amint azt a 3.6.2.1. alfejezet bemutatja. A közösségi egészségfejlesztés szolgáltatások adatai az alábbiakban **a teljes vizsgálható időszakra** (2014. szeptember – 2016. március, ld. 3.6.2.1. alfejezet) és annak részleteiben is elemezhető **fél éves részütemzőidőszakára** (2015. október – 2016. március, ld. 3.6.2.2. alfejezet) külön is bemutatásra kerül. A fél éves részütemzőidőszak kiegészítő, önálló tárgyalása azért indokolt, mert a praxisközösségi szakemberekkel közösen fejlesztett és 2015. októbertől bevezetett új jelentési rendszer sokkal részletesebb, foglalkozási kategóriák szerinti, egyedi TAJ szintű adatrögzítést tett lehetővé, amelynek segítségével igen értékes következtetéseket lehetett levonni. (Ez utóbbi, kiemelt részütemzőidőszak összesítő adatai tehát a teljes vizsgálati időszak eredményeinek bemutatásán belül is szerepelnek.) Az eredmények bemutatása után részletesen tárgyaljuk az azok alapján levonható következtetéseket és ajánlásokat.

C.2.2.1. A 2014 szeptember-2016 márciusi időszakra zajlott praxisközösségi foglalkozások összesített forgalmi adatai

A Modellprogram keretében **a 4 praxisközösségben 4 népegészségügyi koordinátor szervezésében a 2014. szeptember és 2016 március között eltelt 19 hónap alatt összesen 4.562 csoportos foglalkozás lebonyolítására került sor, ami havonta átlagosan 240 csoportos foglalkozást jelent a négy praxisközösségben.** A többlétszolgáltatásokat nyújtó szakemberek – mivel sok foglalkozáson egyszerre több, különböző szakterületet képviselő szakember is jelen volt – az előbbinél több, összesen **5.565 csoportos foglalkozáson vettek részt**, amelyeken **a kliens-elérések száma összesen 114.684 fő volt. Ugyanebben az időszakra az egyéni foglalkozások száma 5.352 volt.** Ez a mindösszesen 42.828 bejelentett biztosítottat felölelő létszámra (2013. szeptemberi OEP adat alapján) vetítve durván 3 elérést jelent 19 hónap alatt egy bejelentett TAJ-ra. A négy praxisközösség szakemberei (népegészségügyi koordinátorok, dietetikusok, gyógytornászok, pszichológusok, védőnők, és a szűrő team tagok, ld. lent) összesen 10.917 foglalkozást tartottak, ami havonta átlagosan 574 szakember részvételt jelent.

⁵¹ file:///D:/Sv%C3%A1jci_EMK/PROJEKT%20ALAPDOKUMENTUMOK/PK_ELJ%C3%81R%C3%81SREND_5_2.pdf



T10. Praxisközösségi szakemberek és kliensek részvétele az 2014.09-2016.03 között lebonyolított csoportos foglalkozásokon

Szakma	Szakemberek részvételével tartott csoportos foglalkozások száma (db)	Csoportos foglalkozásokon elérték létszáma (fő)
Dietetikus	780	19.352
Egészségpszichológus	686	9.176
Gyógytornász	3.282	42.388
Népegészségügyi koordinátor	364	25.501
Népegészségügyi szakdolgozó	55	2.934
Praxisközösségi nővér	115	7.269
Védőnő	283	8.064
Összesen	556	114.684

Adatok forrása: praxisközösségi havi jelentések 2014.szeptember-2016.március

2014. szeptember és 2016. márciusa közötti időszakban az egyéni foglalkozások/tanácsadások száma szakmánként a következőképp alakult:

T11. Praxisközösségi szakemberek által vezetett egyéni foglalkozások száma 2014.09-2016.03 között

Szakma	Egyéni foglalkozások száma szakmánként (db)
Dietetikus	1876
Egészségpszichológus	1771
Gyógytornász	1509
Népegészségügyi koordinátor	15
Védőnő	181
Összesen	5352

Adatok forrása: praxisközösségi havi jelentések 2014.szeptember-2016.március



T12. A praxisközösségi szakemberek által tartott egyéni és csoportos foglalkozások összesített száma 2014.09-2016.03 között

Szakma	Összes foglalkozás szakmánként 19 hónapra	Foglalkozások átlagos száma szakmánként 1 hónapra
Dietetikus	2.656	140
Egészségpszichológus	2.457	129
Gyógytornász	4.791	252
Népegészségügyi koordinátor*	379	20
Védőnő**	464	24
Népegészségügyi szakdolgozó***	55	3
Praxisközösségi nővér***	115	6
Összesen	10.917	574

*havi főállású adminisztratív és koordinatív feladatán felül értendő

** havi főállású védőnői tevékenységeivel részben átfedésben értendő tevékenységek

*** havi főállású szűrő tevékenységein felül értendő

Adatok forrása: praxisközösségi havi jelentések 2014.szeptember-2016.március

A Modellprogram keretében nyújtott rendszeres egyéni és csoportos (klubszerű) többlétszolgáltatások érintették a praxisközösségek ellátási területein lévő valamennyi települést.

T13. Az egyéni foglalkozások településenkénti megoszlása 2014.09-2016.03 között

Település	Egyéni foglalkozások száma (db)
Arló	186
Átány	400
Berettyóújfalu	1.239
Borsodnádásd	329
Borsodszentgyörgy	230
Hencida	105
Heves	294
Járdánháza	261
Jászapáti	987
Jászivány	7
Jászkisér	251
Komádi	189
Kömlő	144
Magyarhomorog	98
Tiszanána	269

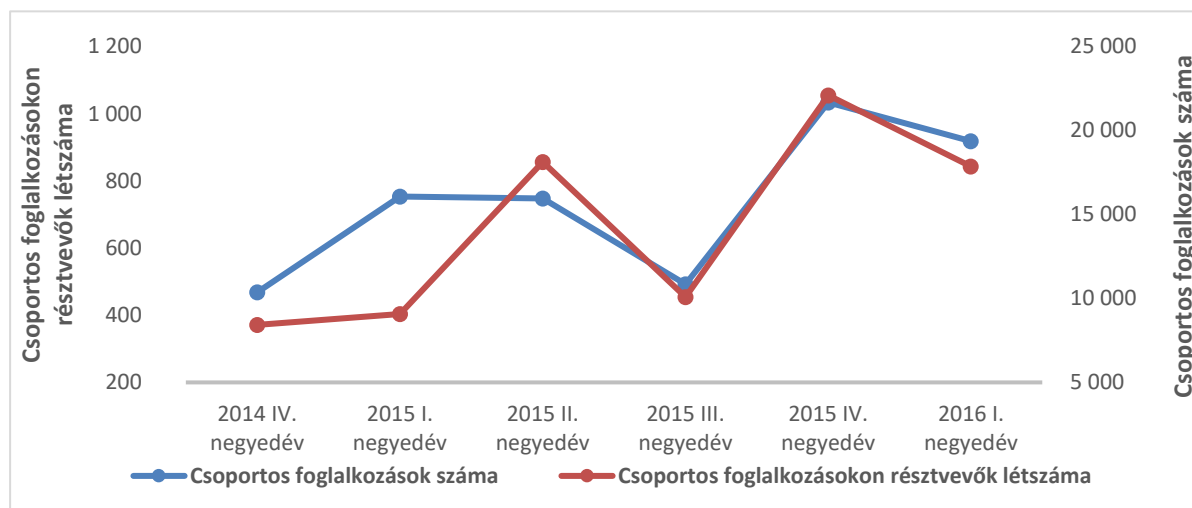
Adatok forrása: praxisközösségi havi jelentések 2014.szeptember-2016.március



Az összesített forgalmi adatok alapján (praxisközösségenként 1 dietetikussal, 1 pszichológussal és 1 gyógytornással számolva) egy praxisközösségben naponta mintegy 2 foglalkozás jutott a dietetikusra és közel ugyanennyi a pszichológusra, míg a gyógytornászra ennek közel a duplája, vagyis napi 4 foglalkozás. Ennek a modellprogram kiterjesztésének tervezése során van jelentősége. **Eszerint az adminisztratív teendőik ellátásával együtt havi kb. ½ FTE becsülhető dietetikusra és pszichológusra, míg a gyógytornász esetén 1 FTE-vel javasolt számolni azonos méretű populáció preventív-gondozási ellátása esetén⁵².** A Program végéhez közeledve megnövekedett terhelés alapján azonban a teljesállású foglalkoztatás is felmerül. A népegészségügyi koordinátorok esetén 1 FTE foglalkoztatás javasolt.

A lenti ábrán látható szezonális hatások (a III. negyedéves, nyári visszaesések) mellett is jól követhető az emelkedő, pozitív trend, amely összefügg a Modellprogram szolgáltatásainak forgalommegnövekedésével (erre utalást ld. később).

F28. A Modellprogram ismertsége és népszerűségége nőtt a lakosság körében



Adatok forrása: praxisközösségi havi jelentések 2014.szeptember-2016.március

⁵² A praxisközösségi ellátások kiterjesztése és bővülése során ezek az értékek változhatnak. Jelen értékelés a Modellprogram keretei között megvalósult forgalomból indul ki.



C.2.2.2. A 2015 október-2016 márciusi időszak egyedi szintű adatrögzítéssel jelentett praxisközösségi foglalkozás forgalmi adatok bemutatása

2015 októberétől a praxisközösségi eljárásrenddel párhuzamosan fejlesztett, részletes (egyedi TAJ szintű) vizsgálatokat is lehetővé tevő, standard jelentési rendszer került bevezetésre. Az alábbiakban a 2015. októbertől 2016. március végéig terjedő fél éves időszak tisztított adatállományának vizsgálati eredményei szerepelnek.

A vizsgált félév alatt összesen **39.937 fő**, ebből 26.085 gyermek, vagy fiatalkorú és 13.852 felnőtt **részvételét jelentették a szakemberek az összesen 1.951 foglalkozáson**. A kiscsoportos (2-15 fős) foglalkozások száma 1.237, a nagycsoportosoké (16-50 fős) 618, a nagyrendezvényeké (51+ fős) pedig 96 volt.

A megelőző jelentési időszak azonos hónapjaira (2014. október-2015. március) vonatkozó adataival összehasonlítva elmondható, hogy:

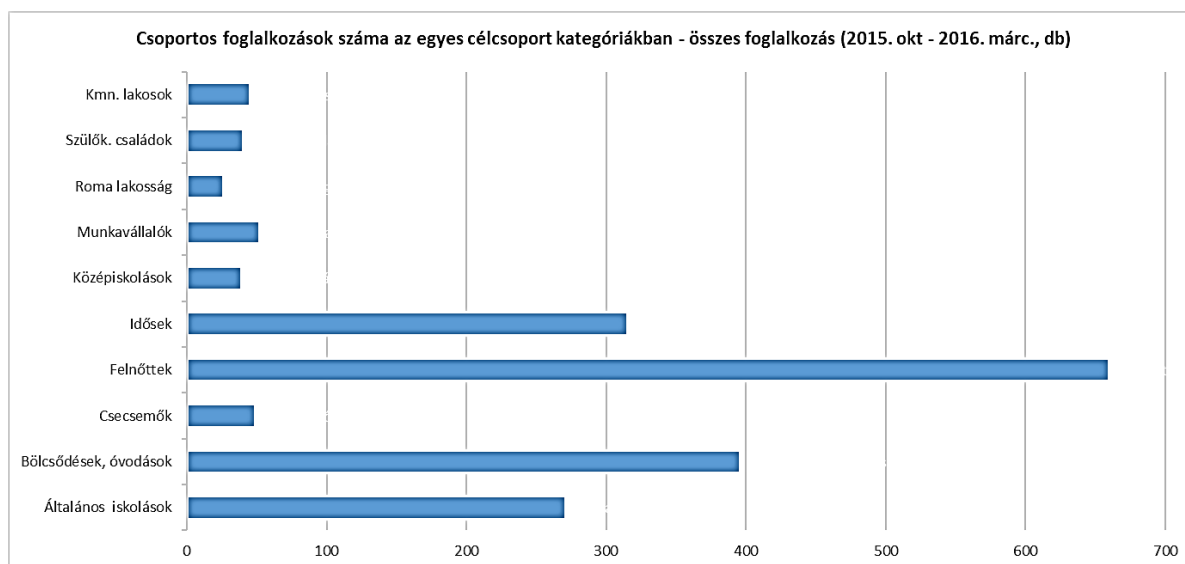
- a csoportos foglalkozások száma 2015. október-2016. márciusi időszakra jelentősen, mintegy 60%-kal növekedett az előző év azonos időszakához képest (a korábbi adatokat ld. az Előrehaladási Jelentésben⁵³)
- a kiscsoportos (2-15 fős) foglalkozások számának emelkedése aránylag mérsékelt, 36%-os volt,
- a nagycsoportos (16-50 fős) foglalkozások száma megduplázódott,
- az eddig lényegesen alacsonyabb számú nagyrendezvények száma is megtöbbszöröződött
- az egyéni tanácsadások száma szintén növekedést mutatott, az emelkedés 35 %-os
- a csoportos foglalkozásokon résztvevők száma is lényegesen megemelkedett az előző év azonos időszakához képest,
- a kiscsoportos (2-15 fős) foglalkozásokon való részvétel viszonylag enyhe, 14 %-os emelkedést mutat,
- a nagycsoportos (16-50 fős) foglalkozásokon való részvétel radikálisan 133%-kal emelkedett.

⁵³ <http://box.oali.hu/index.php/s/mKUKTf1JQej5sed#pdfviewer>

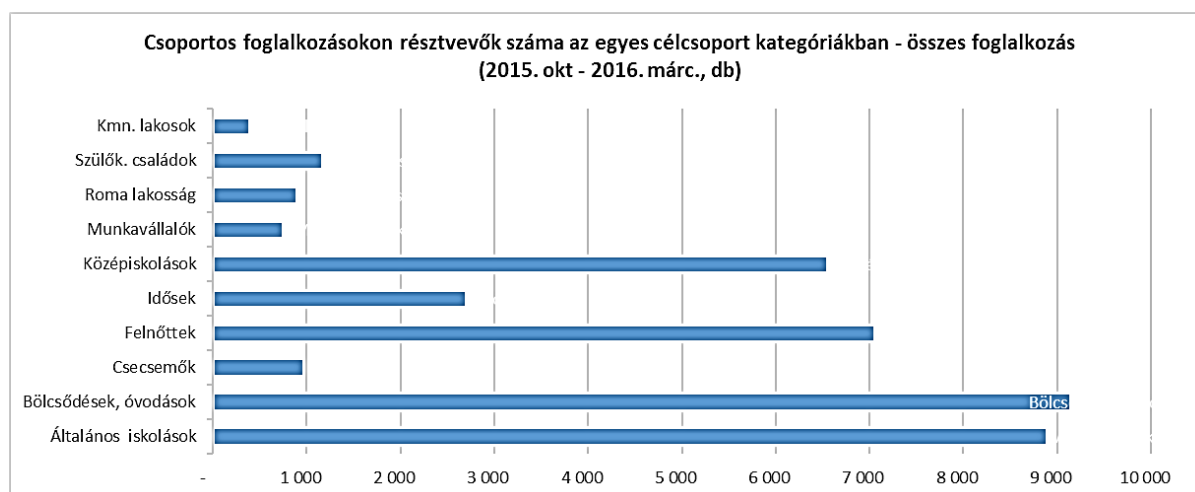


A praxisközösségi többlétszolgáltatásokkal megcélzott társadalmi alcsoportok megjelölése is része volt a havi jelentésnek, ezek egymással értelemszerűen mutathatnak átfedést, vagyis egy kliens több kategóriában is megjelenik.

F29. Csoportos foglalkozások száma társadalmi célcsoportok szerint



F30. Csoportos foglalkozások résztvevői létszáma társadalmi célcsoportok szerint



Adatok forrása: praxisközösségi havi jelentések 2015. október-2016.március

Amint fent szerepel, a megcélzott célcsoportok, értelemszerű átfedésben vannak, a teljes lakosság kategóriájába például beletartozik az összes többi célcsoport, ahogyan a roma lakosság is megjelenik az összes többi kategórián belül.



A Modellprogramban a praxisközösségek 2015. októbertől 2016. márciusig tartó időszakban 1.532 olyan csoportfoglalkozást tartottak, amelyek valamely rendszeres (klubszerű) foglalkozásnak egy-egy alkalmi voltak. Ezek a rendszeres foglalkozásokon összesen 21.319 megjelenés történt. Ezek település szerinti megoszlását és a résztvevők létszámát mutatja az alábbi táblázat.

T14. 2015.10-2016.03. között tartott klubszerű foglalkozások és az azokon megjelentek számának megoszlása településenként

Települések	Klubszerű foglalkozások alkalmainak száma	Klubszerű foglalkozásokon megjelentek száma
Arló	150	2504
Átány	116	890
Berettyóújfalu	199	4421
Borsodnádásd	164	2026
Borsodszentgyörgy	125	1439
Hencida	28	479
Heves	91	680
Járdánháza	102	2027
Jászapáti	141	1725
Jászkisér	94	821
Komádi	72	890
Kömlő	49	1156
Magyarhomorog	51	759
Tiszanána	146	1489

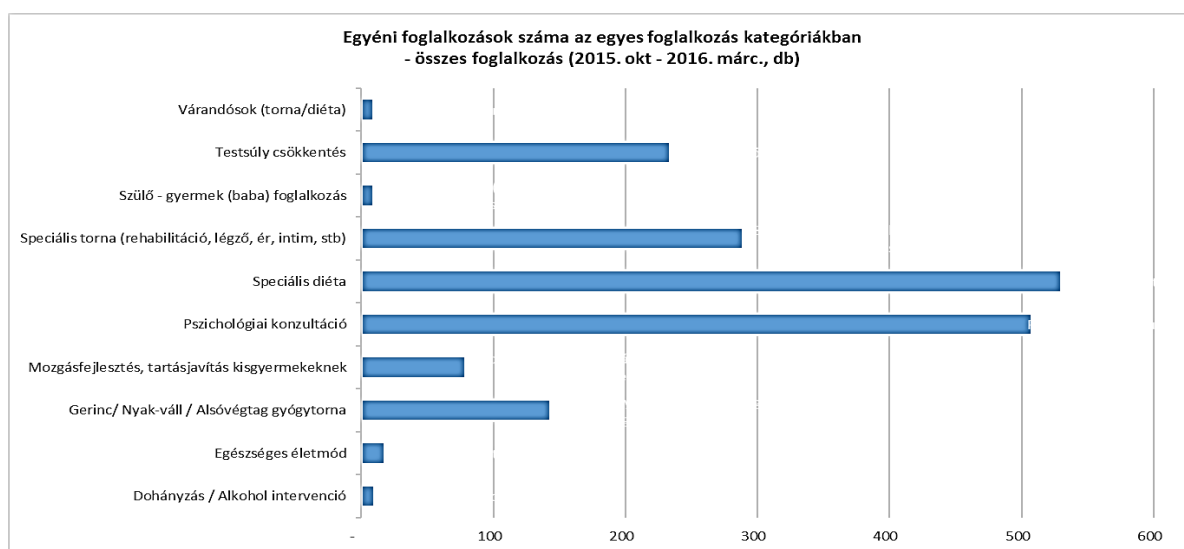
Adatok forrása: praxisközösségi havi jelentések 2015.október-2016.március

A 2015 októberétől bevezetett új jelentési rendszer lehetővé tette a szakemberekkel közösen kialakított **foglalkozási tematika (kategória) szerinti besorolást** is. **A csoportos foglalkozások, és az egyéni tanácsadások egyes kategóriák szerinti számát, ill. arányát a következő ábrák mutatják.** A több foglalkozást tömörítő, ú.n. komplex foglalkozások⁵⁴, miatt az összes foglalkozásszám meghaladja a foglalkozási események összesített számát.

⁵⁴ Komplex foglalkozásnak nevezzük a forgószínpad jelleggel, több szakma részvételével lebonyolított közösségi rendezvényt, ahol azonos helyen adott időintervallumban ugyanaz a populáció többféle foglalkozáson is részt vesz, pl. gyógytorna, dietetika, népegészségügyi koordinátorok által tartott egészségnevelés.



F31. Egyéni foglalkozások száma (összesített) kategóriák szerint

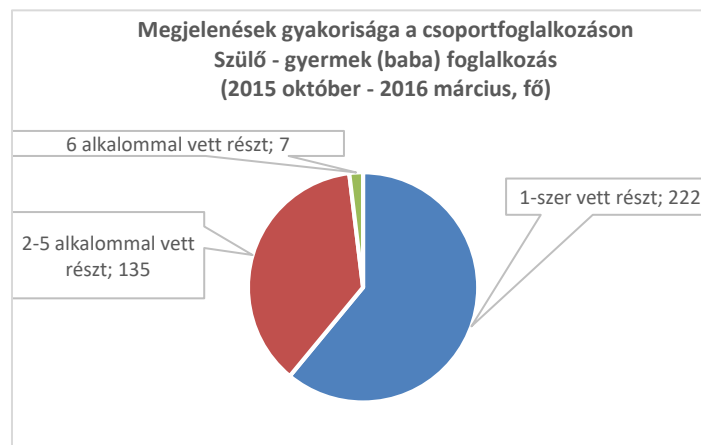
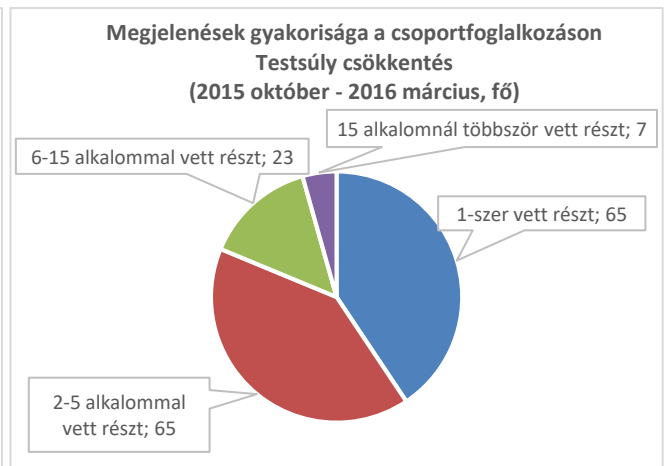
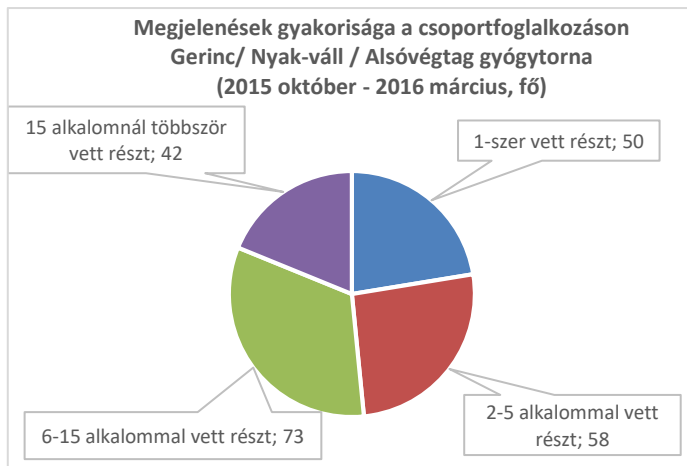
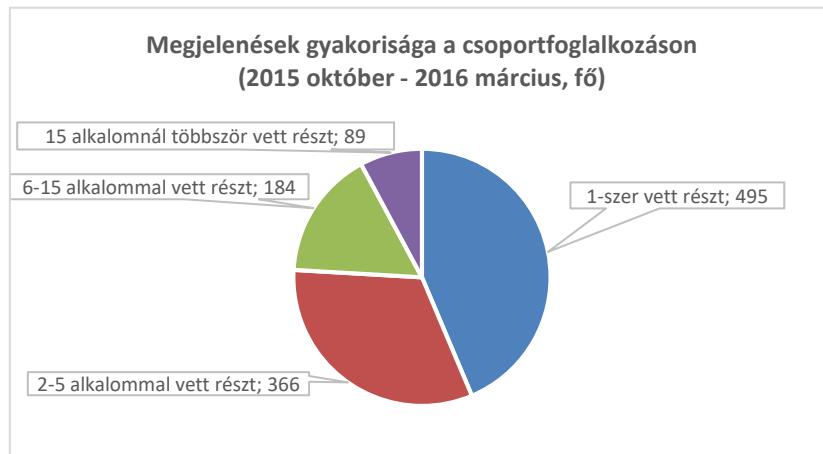


Adatok forrása: praxisközösségi havi jelentések 2015. október-2016. március

Az új jelentési rendszerben a szakemberek rögzítették az egyéni tanácsadáson és a kisebb létszámú, max. 20 fős csoportfoglalkozásokon résztvevő felnőtt kliensek TAJ számát is, melynek előfeltétele volt az adatkezeléshez való írásbeli hozzájárulás.

A 2015 okt. – 2016 márciusi időszakban a jelentést végző szakemberek a 4 praxisközösségben a csoportos foglalkozásokon összesen 5.768 részvételt regisztráltak TAJ szám rögzítéssel, melyen összesen 1.134 kliens vett részt. Tehát **a szolgáltatások igénybevételi gyakorisága is vizsgálhatóvá vált.** Egy kliens átlagosan ötször vett részt csoportfoglalkozáson a vizsgált félv év alatt. A részvétel gyakorisága a csoportos foglalkozásokon a következőképpen alakult:

F32. Résztvételi gyakoriság a csoportos foglalkozásokon





A foglalkozási kategóriákat külön vizsgálva kaphatunk értékes információkat az esetleges lemorzsolódásra vonatkozóan. A részvételek száma függ a foglalkozás céljától, témájától, jellegétől, a szervezéstől, de attól is, hogy a részvétel mennyire toborzásfüggő, mennyire kívánja meg a rendszeres részvétel a különböző élethelyzetekben élő résztvevők önálló elkötelezettségét, aktivitását, vagy hogy az érintett szakember egy helyben élő, homogén közösséghez „házhoz” megy-e el megtartani a foglalkozást (pl. egy idősoththonban rendszeresen tart gyógytornát).

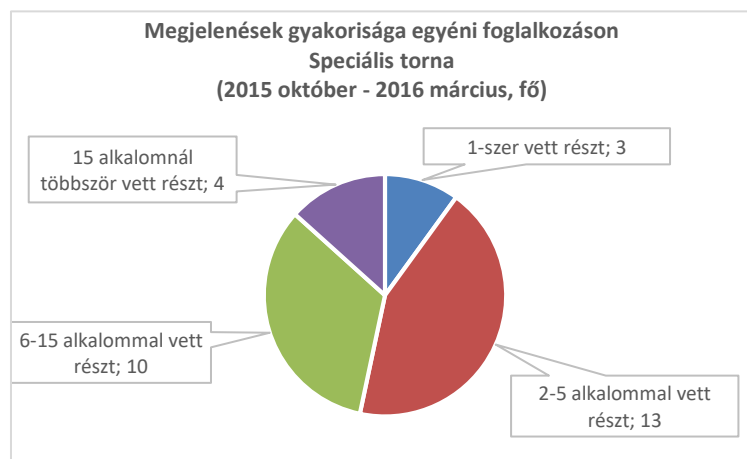
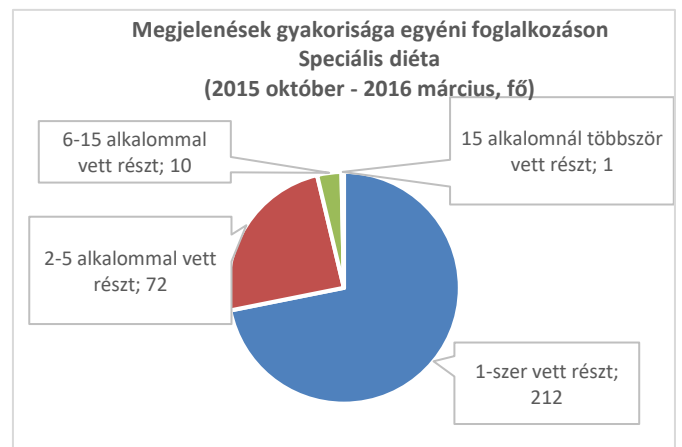
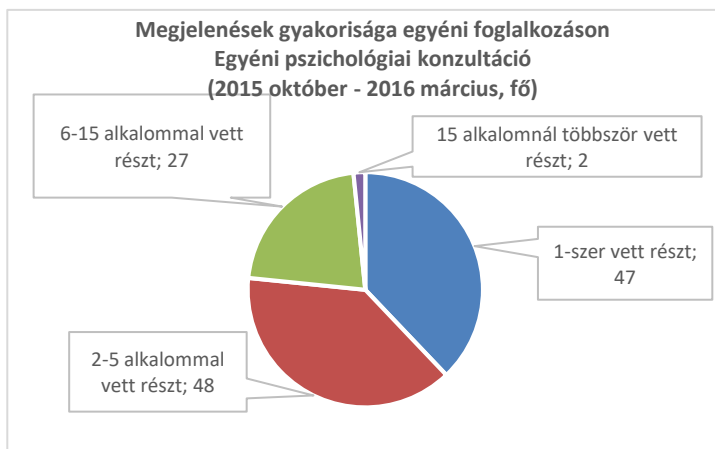
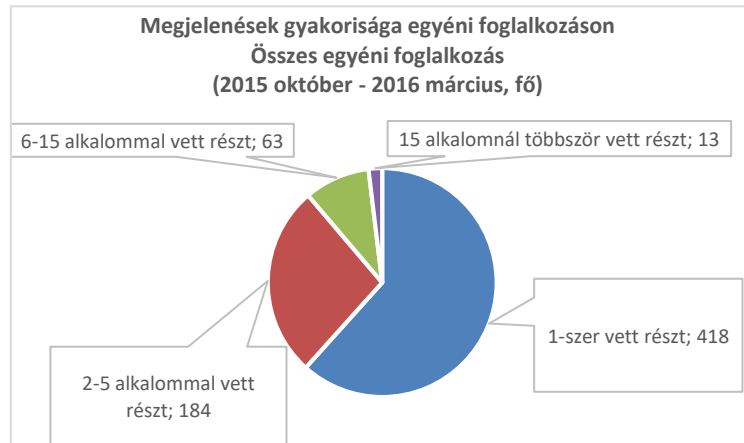
A gerinc/nyak-váll/alsóvégtag gyógytorna csoportos foglalkozásokon résztvevők több mint fele legalább 6 foglalkozáson jelen volt, majdnem negyedük több mint 15 alkalommal vett részt foglalkozásokon. Ezzel szemben a testsúlycsökkentést célzó foglalkozásokon résztvevők kevesebb mint negyede vett részt legalább hatszor. A csoportos foglalkozásokon való rendszeres részvétel legkevésbé a szülő-gyermek foglalkozásokon volt jellemző a három vizsgált foglalkozási tematikai kategóriát összevetve.

2015. október – 2016. március között **2.113 db egyéni foglalkozást/tanácsadást** (rekordot) rögzítettek a szakemberek, ebből 1.703 egyéni foglalkozás esetén rögzítettek TAJ számot is, amelyből összesen 676 db az egyedi TAJ szám. 410, TAJ nélküli rekord esetében kiskorú vagy praxisközösségi ellátási területen kívüli személy vett részt az egyéni foglalkozáson, akiknek a személyes adatait beleegyező nyilatkozat híján nem lehetett rögzíteni.

Az egyéni foglalkozások közül a legnépszerűbbek a következők voltak:

- a pszichológiai konzultáció,
- a speciális diéta (diabetes, gyomor, bélrendszeri problémák, gyulladásoos bélbetegségek, kardioprotektív diéta, köszvény, laktóz/tejcukorérzékenység, rossz tápláltság, kóros soványság, hiánybetegségek, Syncumar diéta és vese (vesekő) diéta),
- valamint a speciális gyógytorna (értorna, érszűkület megelőző torna, gátizom torna, légzőtorna, osteoporosis és reumás ízületi gyulladás, rehabilitációs gyógytorna, vénás torna, vízitorna). A résztvevő kliensek részvételi gyakorisága a programok jellegétől függően egészen különböző eloszlásokat mutat, amelyet a lenti ábrák jelenítenek meg:

F33. Résztvevő kliensek részvételi gyakorisága





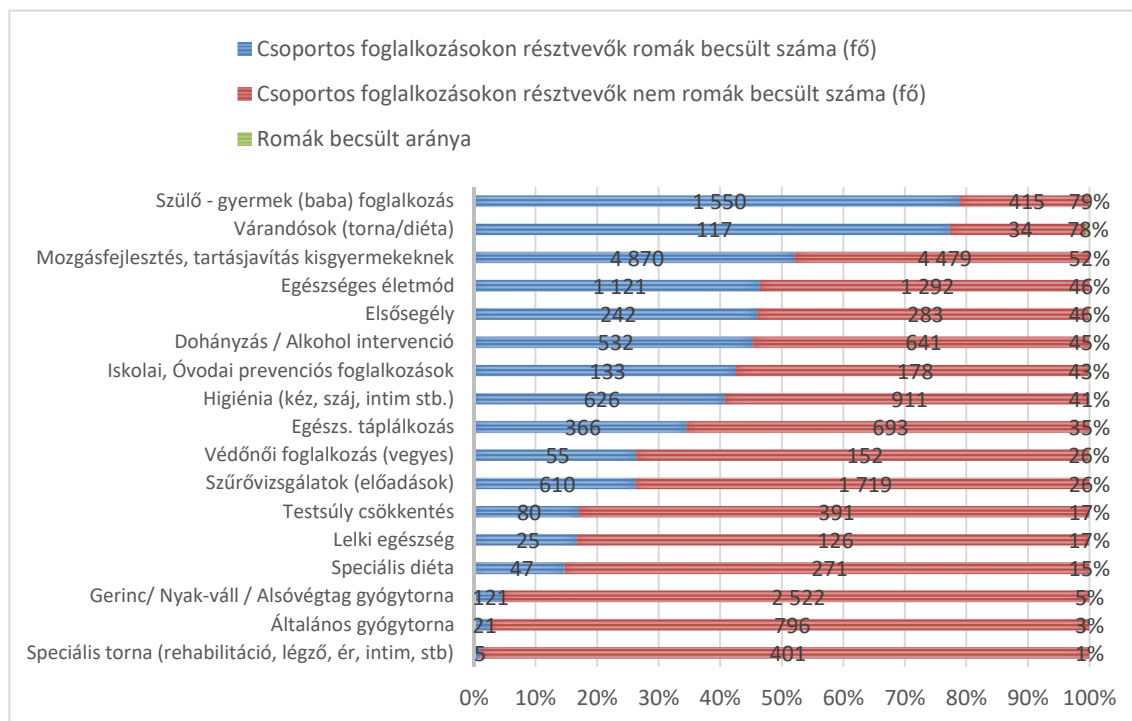
Amint a fenti ábrák is mutatják, az egyéni foglalkozáson való rendszeres/ismételt részvétel a pszichológiai konzultáció és még inkább a speciális gyógytorna esetén jellemző, míg a speciális diéta esetén a résztvevők túlnyomó többsége mindössze egyszer vett részt. A Program szolgáltatási oldaláról a foglalkozás célja és jellege ennek az egyik legfontosabb magyarázata, mert pl. az alapvetően egy alkalomra szóló köszvényes diéta oktatása jellegénél fogva eltér a gyakoribb foglalkozást igénylő cukorbeteg diétás gondozástól, vagy a még nagyobb rendszerességet igénylő speciális tornától (pl. otthoni rehabilitációs- mobilizáló gyógytorna). (Ebből következik tehát, hogy a foglalkozások igénybevételének rendszerességére vonatkozó pontosabb következtetést azok tematikája szerint lehet csak levonni. Ez a szakemberek számára nagyon hasznos lenne a jövőben.)

Összességében megállapítható, hogy a foglalkozások nagyarányú kliens-elérést mutattak a praxisközösségekben, és intenzíven közvetítették az életmóddal, ill. krónikus betegségek gondozásával kapcsolatos üzeneteket a lakosság felé. Utóbbi lakossági értékelésével a D.2. fejezet foglalkozik részletesen.

A modellprogramnak kiemelt célja a területen élő roma lakosság praxisközösségi programokba történő bevonása. A jelentést végző szakemberek a csoportfoglalkozások mindegyikénél megbecsülték a résztvevő romák arányát, így lehetőség van a romák részvételének foglalkozási tematikai kategóriák szerinti bemutatására is. A anya-gyermek klubok, várandós gondozás, dohányzás felmérés és intervenció kulcsfontosságú a koraszületések megelőzése⁵⁵ és az egészséges magzatfejlődés támogatása érdekében.

⁵⁵ Fogarasi- Grenczer Andrea: Várandósság alatti dohányzás okai és perinatalis kimeneteli eredményei. Doktori Értekezés. Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskola. 2015. Budapest http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/fogarasigrenczerandrea.d.pdf

F34. Romák becsült aránya a csoportos foglalkozásokon



Adatok forrása: praxisközösségi havi jelentések 2015. október-2016. március

C.2.3. SIKERTÉNYEZŐK

A közösségi egészségfejlesztési szolgáltatások sikertényezői egészségpolitikai és rendszerfejlesztési oldalról az alábbiak.

- A szolgáltatások a tényleges lakossági szükségleteket elégtették ki. A szakma szabályait követő szolgáltatási portfólió a 80% feletti részvétellel teljesített⁵⁶ egészségi állapot felmérések adataira és a házi orvosok aktív, klienseket irányító részvételére épült. Ez a proaktív, szükséglet-vezérelt ellátási forma innovatívnak minősül a magyar egészségügyi ellátó rendszerben. Nemcsak a hazai alapellátás, hanem az ellátás egyéb szintjei szempontjából is új, eddig nem létező, és a kedvezőtlen morbiditási és mortalitási adatok, ill. a létező ellátási lehetőségek elérhetősége⁵⁷ ismeretében hiánypótló,

⁵⁶ NEFI WP5 jelentési adat alapján

⁵⁷ Példa: a dietetikai szolgáltatások terén a Szabálykönyv szerint elszámolható járóbeteg szolgáltatások a praxisközösségi lehetőségekhez képest nagyon korlátozottak: **91311** Krónikus beteg **Dietetikai alapoktatás**



egységes preventív szolgáltatáskört jelenített meg. A népegészségügyi szakemberek szerepe ebben kulcsfontosságú. Képesítésük, kompetenciájuk hiánypótló az alapellátásban.

- A szolgáltatásokat a lakosság a lakóhelyhez közel, könnyen elérhető módon, az alapellátás szintjén tudta igénybe venni. A praxisközösségi csapatmunka azt is lehetővé tette, hogy a szervezet a sajátos élethelyzetek figyelembevételével is képes legyen az ellátás nyújtására (pl. ágyhoz kötöttek, vagy aktív korúak elérése).
- A praxisközösségi szolgáltatások olyan kockázatokat és betegségeket céloznak, amelyek korai felismerése és sikeres gondozása az alapellátásban a szakirodalom szerint költséghatékony⁵⁸ (ld. 2-es típusú diabetes mellitus, hipertonia megelőzése, korai felismerése és gondozása).
- A szolgáltatások minden korosztályt elértek a magzatoktól az idősekig, ezáltal mind a szemléletváltást és ezáltal a megelőzést, mind a meglévő krónikus betegségek helyben történő gondozását támogatják minden generáció elérésével.
- A szolgáltatások hiánypótló voltát külön érdemes kihangsúlyozni: a F.2. mellékletben szereplő szolgáltatások a jelenlegi alapellátásban egyáltalán nem és a szakellátásban is csak korlátozottan érhetők el⁵⁹.
- A többlétszolgáltatások hosszabb távon a drága szakorvosi ellátásban jelenthetnek megtakarítást:

(gastroenterológiai, nephrológiai, onkológiai vagy 2. típusú diabeteses betegnél) Frissen felfedezett anyagcsere- vagy egyéb krónikus betegségben szenvedő beteg diétás ismereteinek megalapozása. Elszámolási lehetőség: **egy személyre nem ismétlődhet 91312. 1. típusú diabeteses beteg alapoktatása** A frissen felfedezett 1. típusú diabeteses beteg diétás és az inzulinkezeléssel kapcsolatos alapismereteinek megalapozása (szénhidrát és energiafelvétel, étkezések gyakorisága, inzulin beadás módja és ideje). Elszámolási lehetőség: **egy személyre nem ismétlődhet, 91315 Csoportos diétás tanácsadás** krónikus anyagcsere betegség esetén Dietetikus által 5-15 beteg részére tartott diétás tanácsadás. **Elszámolási lehetőség: 1 éven belül nem ismétlődhet**, ld. dietetikát még 91316 91317 91318 91319 OENO kódokkal. forrás: http://www.oep.hu/data/cms1008879/szabalykonyv_v116_20100701_jet_koveto_teljesitesektol.pdf

⁵⁸ Maeng D. D. et al: Value of primary care diabetes management: long-term cost impacts, American Journal of Managed Care 2016 Mar, 22(3):88-94., Johnson J.A. et al: Collaborative care versus screening and follow-up for patients with diabetes and depressive symptoms: results of a primary care-based comparative effectiveness trial, Diabetes Care. 2014 Dec; 37(12):3220-6.,Katon W et al: , Joan Russo, Elizabeth H B Lin, Julie Schmittdiel, Paul Ciechanowski, Evette Ludman, Do Peterson, Bessie Young, Michael Von Korff: Cost-effectiveness of a multicondition collaborative care intervention: a randomized controlled trial, Archives of General Psychiatry. 2012 May; 69(5): 506-14., Hoerger T J et al: Medicare's intensive behavioral therapy for obesity: an exploratory cost-effectiveness analysis, American Journal of Preventive Medicine. 2015 Apr; 48 (4): 419-25., stb.

⁵⁹ ld. az előző lábjegyzet dietetikai példáját



- a szakorvosi vizitek száma hosszabb távon csökkentendő és csökkenthető a szolgáltatások alapellátási szinten történő következetes fenntartásával és bővítésével,
- a szakorvosok munkaterhelésének enyhítése lassíthatja az orvosok migrációját és elősegíti az orvosi munkaerő hatékonyabb kihasználását.
- Mind a szakemberek személyes beszámolóit, mind a lakosság körében végzett (összesen 1100 önkéntes és 1000 kérdezőbiztosok által kitöltött kérdőíves) felmérések alapján a praxisközösségi szolgáltatások fogadtatása az érintett lakosság körében rendkívül pozitív.

A Modellprogram által érintett településeken 1022 válaszadó közül 89%-nak van tudomása arról, hogy lakóhelyén szervezett egészségügyi szűrés zajlik, 78,7% tud arról, hogy a településen van lehetőség részt venni gyógytornán, hasonló arányban tudtak arról, hogy van a helységben diétás tanácsadás (75,8%). Tízből heten válaszoltak igennel arra a kérdésre, hogy vannak-e a lakóhelyén egészségfejlesztő rendezvények, és 64,2% volt azok aránya, akiknek tudomása van egészséges életmóddal kapcsolatos csoportfoglalkozásokról vagy klubok működéséről. (További részleteket ld. a lakossági attitűd felmérést tárgyaló D.2. fejezetben). A gyógytorna, diétetika és pszichológiai foglalkozásokat igénybe vevő kliensek összességében 95,7-97,1%-a teljes mértékben elégedett volt azzal, hogy az egészségi problémája kapcsán megfelelő válaszokat kapott a foglalkozásokon és egészségi állapota szempontjából is többségében hasznosnak ítélte azt. (További részleteket ld. a klienselégedettség felmérést tárgyaló C.7. fejezetben.)

- A szolgáltatások népszerűsége az idő előrehaladtával és az ismertség terjedésével látványosan nőtt (ld. az előző alfejezetben írtakat).
- a többlétszolgáltatások (pl. diétetika) hatásai megjelentek a helyi kereskedők által kínált választékában is, mivel kénytelenek voltak idővel alkalmazkodni a Modellprogram által propagált egészséges táplálkozási szokásokhoz.

A Modellprogram többlétszolgáltatásait nyújtó egészségügyi szakemberek hivatásbeli elkötelezettsége (amelyet a Záró Értékeléshez készített szervezeti felmérésben elektronikusan válaszoltak meg) 1-5-ig terjedő skálán 4,77 volt, ami kiemelkedően magas, és vélelmezhetően jelentősen hozzájárult a magas elérést mutató létszámadatakhoz. A mérési adatot visszaigazolja, hogy a négy népegészségügyi koordinátor a program kezdetétől a végéig megmaradt az állásában.



C.2.4. KIAKNÁZATLAN LEHETŐSÉGEK, AMELYEKRE ÉPÍTENI LEHET A TOVÁBBI FEJLESZTÉSI PROGRAMOK SORÁN

A Modellprogram évtizedekig zajló, a magyar lakosság életkilátásait bizonyítottan nagymértékben rontó krónikus betegségeket, ill. azok rizikóit célozta meg, azonban a Modellprogramban kínált szolgáltatások korlátozott ideig voltak elérhetőek. Ahhoz, hogy a Program átütő népegészségügyi eredményt tudjon felmutatni, a Modellprogram szolgáltatásait hosszú távon elérhetővé kell tenni, sőt, azokat a demográfiai adatok és a lakosság további egészségi állapot felmérései alapján bővíteni javasolt. A praxisközösségi működés keretében megvalósuló közösségi egészségnevelés a népességszökkenés kihívásainak tudatos kezelésére is módot adna, pl. a felelőtlen nemi kapcsolatok helyett az egészséges családtervezést támogató egészségnevelés a modellben támogatható lenne.

A védőnők és a házi gyermekorvosok esetén hiányzott az informatikai rendszerhez való hozzáférés, amely a velük való munkakapcsolatot nagyban segítette volna. Ennek megoldása praxisközösségi software létrehozását és használatának jogszabályi alapjai megteremtését igényli.

Az adatgyűjtés egységes, elemzésre alkalmas minőségben történő előállítását a Modellprogramban kidolgozott új jelentési rendszer és az azon alapuló Phase2 software fejlesztés alapján folytatandó annak érdekében, hogy országosan további praxisközösségek jöhessenek létre, megfelelő ICT háttérrel.

Az adatgyűjtés egységes, elemzésre alkalmas minőségű előállítását a Modellprogramban kihívást jelentett minden érintett szakember számára. Az új, 2015. októbertől működő jelentési rendszer kidolgozása, tesztelése, bevezetése, majd 2016 nyarán történt továbbfejlesztése a Semmelweis Egyetem EMK, a NEFI Programiroda és a népegészségügyi koordinátorok aktív részvételével valósult meg. A kidolgozás a Praxisközösségi Eljárásrenddel folyamatos összhangban valósult meg a NEFI WP2 koordinálása alatt. A 2015. októbertől 2016. márciusig összegyűjtött adatállományok vizsgálata alapján több körben történt adategyeztetés és adattisztítás 2016 októberéig a népegészségügyi koordinátorokkal közösen.

A korábbi jelentési rendszerhez képest a **2015 októbertől bevezetett új jelentési rendszerben** a legfontosabb változtatás az volt, hogy az egyéni és csoportos foglalkozásokon az adatkezelésbe írásban beleegyező **résztevők egyedi azonosító adatai (TAJ száma) is** – legalábbis az egyéni és a kiscsoportos foglalkozásokon résztvevők esetében – **rögzítésre**



kerültek (a nagyobb rendezvények esetében az egyedi TAJ rögzítéstől eltekintettünk annak aránytalanul magas adminisztrációs terhe miatt). **A TAJ rögzítésével összeköthetővé válnak az egészségi állapot felmérésen részt vett és a többszolgáltatásokat is igénybe vevő kliensek adatai, amelynek eredményeképpen lehetséges az egyének szintjén mérni az egészségi állapot felmérések követő praxisközösségi szolgáltatások igénybevételét, intenzitását, megfelelőségét és hatékonyságát.** Ennek vizsgálatára a Semmelweis Egyetem javaslatot tett és kutatási tervet nyújtott be 2016 szeptemberében.

A jelentési rendszer másik lényeges fejlesztése az volt, hogy tevékenységkategóriákat alkottunk ki az egyes szakmák jelentéseiben belül (gyógytorna, diétetika, pszichológia, stb.), ezzel gazdagítva a monitoring-értékelési lehetőségeket.

A technikai változtatások bevetésével az volt a célunk, hogy biztosítsuk a Modellprogramban érintett szakmák képviselői által teljesített havi jelentések egységes struktúráját, a havi riport korrekt elkészítéséhez használt fogalmak egységes értelmezését és az adatok validitását. **A távlati cél egy korszerű, rugalmas, integrált eszközt biztosítani a praxisközösségi tevékenységek –adatvédelmi oldalról is- biztonságos, egységes elektronikus adminisztrációjához. Ennek a lehetőségnek a kiaknázása további feladat.**

A táblázatkezelőben fejlesztett jelentési rendszer korlátaival számolni kellett a modern ITC háttér kialakításáig. Az új jelentési struktúrában azonban 2015. októberétől a program zárásáig egységes adattömeg állt elő, amely több szempontból is értékes. **A felhalmozódott részvételi adatvagyron, az egészségi állapot adatvagyron és az OEP által nyilvántartott egészségügyi igénybevételi adatok kapcsolásával mind az egészségpolitika, mind az alapellátás fejlesztése szempontjából várt elemzések elvégezhetőkké váltak.** Mindezen lehetőségek kiaknázása szükséges ahhoz, hogy a Modellprogram tapasztalatainak későbbi hasznosítása az alapellátás központú ellátórendszer fejlesztésben megfelelő támogatást kapjon.

C.2.5. MEG NEM VALÓSULT VÁLLALÁSOK ÉS AZOK OKAI

A Megvalósíthatósági Tanulmányban és a Működési Kézikönyvben szereplő szakmai célkitűzéseket a népegészségügyi koordinátorok irányításával működő résztvevő szakembereknek minden praxisközösségnek sikerült megvalósítani. A helyi erőforrások előteremtése, megszervezése és a szakember-fluktuáció, ill. szakemberhiány időnként nehézséget okozott, de ezeket sikerült folyamatosan kezelni.



C.2.6. A MODELLPROGRAM ÁLTAL NYÚJTOTT KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS FENNTARTÁSÁRA ÉS ORSZÁGOS KITERJESZTÉSÉRE VONATKOZÓ SZAKMAI AJÁNLÁS

A Modellprogram közösségi egészségfejlesztési szolgáltatásainak fenntartását és azok országos kiterjesztését javasoljuk. A jogszabályi háttér mellett az erőforrások megtervezése ennek sarkalatos előfeltétele, amelyhez szükség van a Modellprogram szakmai vezető csapatának további foglalkoztatására. Javaslatunk szerint a már létező praxisközösségek támogatása és fenntartása mellett a Modellprogramra alapozott – részben önkéntes pályázati, részben államilag tervezett, folyamatos, szigetszerű építkezés javasolható. (Részleteket ld. a szervezetfejlesztésről szóló E.2. fejezetben) A praxisközösségi szigetekből regionális vezető praxisközösségek hozhatók létre, amelyek a kollegiális vezetőket és a vezető népegészségügyi koordinátorokat is tudják szolgáltatni a régió további fejlesztéséhez. Mindezt a NEFI Alapellátás Igazgatóság jogutódjának szakmai felügyelete alatt javasolt megvalósítani.

A közösségi egészségfejlesztés programok egységes szakmai protokollja a Modellprogram alapján kidolgozható és bevezethető. A tapasztalatokra építkezve az egészségfejlesztő programok spektruma a jövőben szélesíthető. A szervezeti háttér leghatékonyabb megoldásai területenként változhatnak, az azonban nem kérdés (a magyar lakosság egészségi állapota és mortalitási adatai alapján), hogy a szolgáltatások hozzáférhetővé tételére az egész ország területén szükség van. A praxisközösségek megszervezésében és koordinációjában a népegészségügyi szakemberekre szükség van.



C.3. HÁZIORVOSI PREVENCIÓS RENDELÉSEK TELJESÍTMÉNYÉRTÉKELÉSE

Ez az alfejezet áttekinti a felnőttek egészségállapot-felméréseit (EÁF) követő prevenciós rendeléseket: bemutatja a kliensek részvételét és az időráfordítást, valamint kiemelten foglalkozik azzal, hogy a prevenciós rendelések mennyi továbbküldést eredményeztek a szakrendelések irányába.

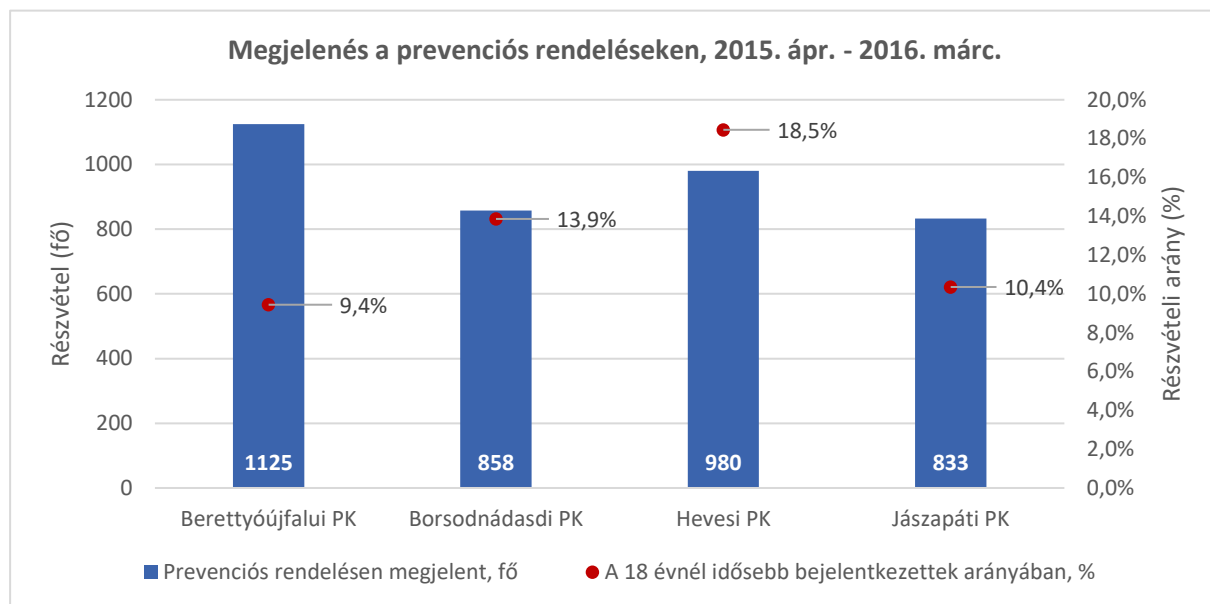
C.3.1. RÉSZVÉTEL A PREVENCIÓS RENDELÉSEKEN

A prevenciós rendeléseket heti három órás időkeretben kellett nyújtaniuk a modellprogramban részt vevő háziiorvosi szolgálatoknak, ebből két órát a „normál” rendelési időtől elkülönített időszámban. Prevenciós rendelésen vettek részt egyfelől az EÁF-et követően azok a kliensek, akik esetében a felmérés eredménye alapján a háziorvos indokoltan tartotta ezt, illetve a krónikus gondozásról szekunder prevenciós céllal ide irányított betegek.

A részletesen is vizsgált **egy éves időtartam alatt a négy praxisközösségben összesen 3796 felnőtt kliens vett részt prevenciós rendelésen** (lásd F35. ábra). Fél évnyi (2015. október és 2016. március közötti) adatsor segítségével vizsgáltuk, hogy hány kliens érkezik az EÁF-et követően, és hány krónikus gondozásból: ezen időszak alatt **a kliensek 60%-a az állapotfelmérést követően vett részt a prevenciós rendelésen**; a berettyóújfalui praxisközösségben 69%, a borsodnádásdiban 27%, a hevesiben 65%, a jászapátiban 74% volt az arány. A utolsó évre a kisebb méretének köszönhetően a borsodnádásdi praxisközösség érte el a legmagasabb átszűrési arányt, ebből is következik, hogy a modell utolsó évére a kezdeti állapotfelméréseket követő prevenciós rendelés helyett nagyobb hangsúlyt kapott a krónikus gondozásból érkezők szekunder prevenciója.

A prevenciós rendelésen való megjelenéseket az érintett praxisokba bejelentkezett (OEP/NEAK által regisztrált) felnőtt biztosítottak arányában is kifejeztük: a négy praxisközösségre összesített 12,1%-os arányszám azt jelenti, hogy **egy év alatt 100 regisztrált felnőtt lakosra átlagosan 12,1 prevenciós rendelésen való személyes részvétel jutott.**

F35. A prevenciók rendeléseken megjelent felnőtt kliensek száma 2015. április és 2016. március között



A részvételi arányszám a praxisba 2015. év végén bejelentkezett, 18 évnél idősebb kliensek arányában fejezi ki a prevenciók rendelésen való részvételt.

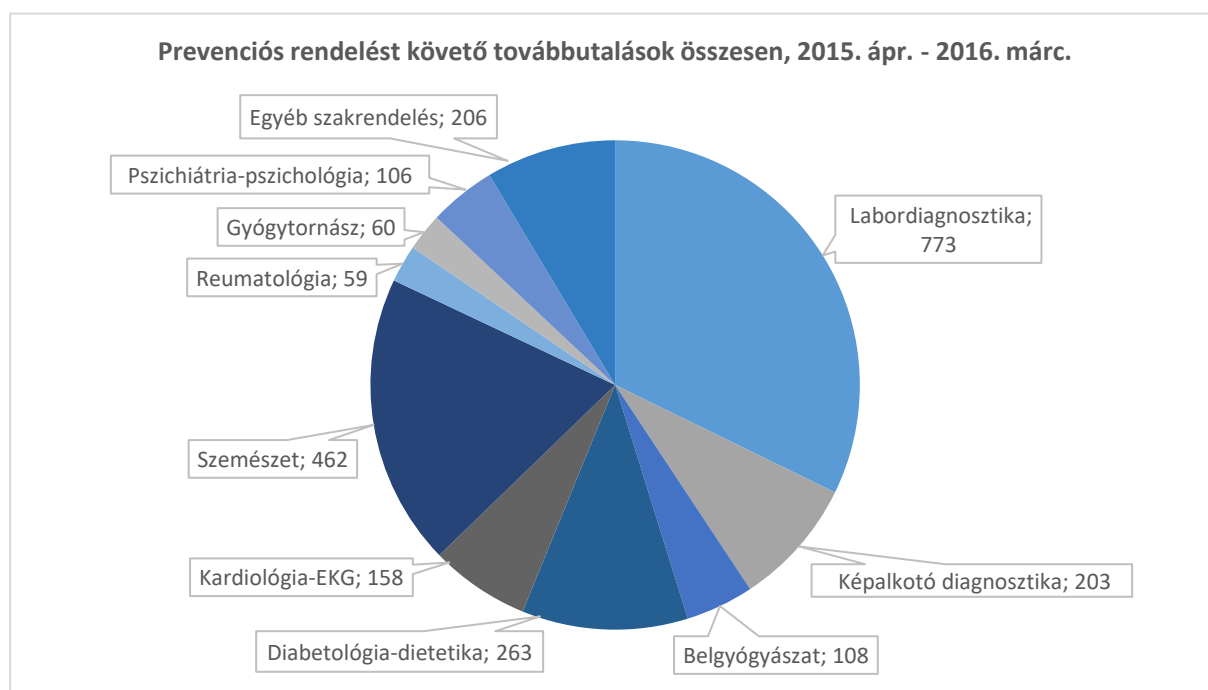
Adatok forrása: OEP/NEAK, NEFI.

Ha az eljárásrendben szereplő heti három órás prevenciók rendelési időből indulunk ki (és feltételezzük, hogy ezt az év minden hetében megtartják, szabadság és távollét nélkül), akkor ez alapján egy kliensre átlagosan 51 percnyi rendelési és felkészülési idő jut. A 2015. április és szeptember közötti fél éves időszak adatgyűjtése alapján **egy klienssel átlagosan 41 percnyi időt töltöttek a házi orvosok** a prevenciók rendelés során. A praxisközösségenkénti időráfordítások között megfigyelhetőek különbségek: a berettyóújfalui praxisközösségben 48 perc, Borsodnádásdon 49 perc, Hevesben 36 perc, Jászapátiban 28 perc volt az egy kliensre fordított átlagos idő.

C.3.2. TOVÁBBUTALÁSOK DIAGNOSZTIKÁRA ÉS SZAKELLÁTÁSBA

Megvizsgáltuk, hogy az állapotfelmérések és prevenciók rendelések következtében mekkora többletforgalom keletkezett a diagnosztikai szolgáltatások és a szakellátás iránt. Az adatokat a házi orvosi szolgálatok külön, e célra szolgáló adatgyűjtése biztosította; az adatok az előző alfejezethez hasonlóan egy éves időtávra vonatkoznak (2015. ápr. – 2016. márc.).

F36. A felnőttek prevenciós rendeléseit követő továbbutalások éves száma, 2015. április és 2016. március között, valamennyi praxisközösségre összesítve



Az ábrán az érintett időszakban prevenciós rendelésen részt vevő felnőttek diagnosztikára, illetve szakellátásba történő továbbküldéseinek darabszáma látható. Egy klienst több irányba is továbbküldhettek. Néhány esetben (összesen három praxis négy havi adata esetében) a továbbutalási irányokról nem állt rendelkezésre információ; ez az összes havi beszámolóinak mindössze 1,63%-a.

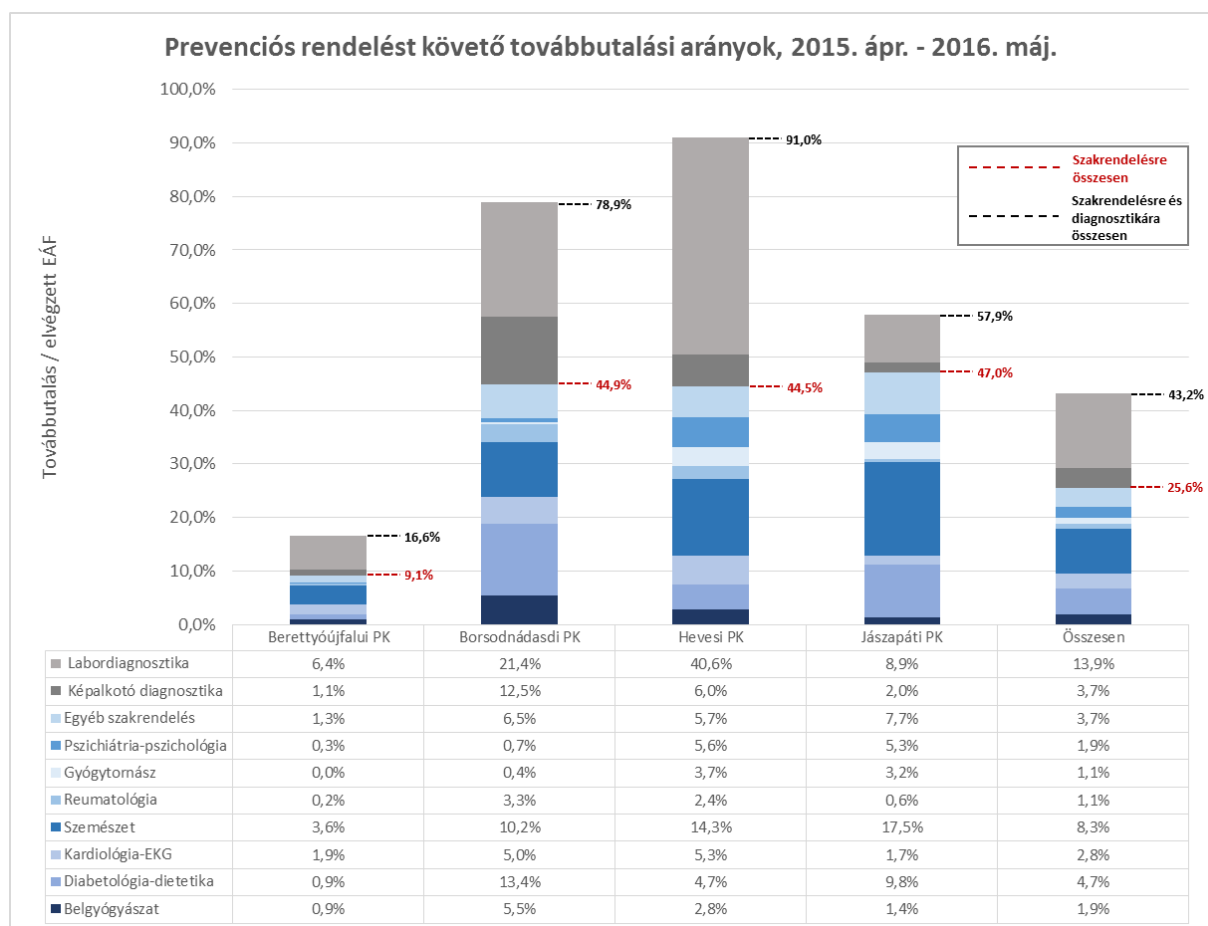
Adatok forrása: NEFI.

Az adatgyűjtésben összesen 2398 továbbküldésről volt információ, ezek megoszlását, illetve darabszámát az F36. ábra mutatja be. Látható, hogy a diagnosztikai szolgáltatásokon túlmenően a szemészeti ellátásra mutatkozik különösen nagy igény: a diagnosztika nélkül számított szakrendelésre küldések egy harmadát tette ki ez a szakterület. A kardiológiai és belgyógyászati szakellátási irányba is jelentős a továbbküldések száma. A praxisközösségi többlétszolgáltatások által érintett területek esetében is megfigyelhetők továbbküldések: egyrészt a szakemberek alapellátásban való részvétele ellenére is szükség van a szakellátási kompetenciára e területeken, másrészt rövidebb-hosszabb ideig a praxisközösségekből több esetben is hiányoztak is e szakemberek.

Mivel a szakellátás számára többletterhelést – legalábbis rövidtávon – az egészségi állapot felmérések következtében előforduló beutalások jelenthetnek, ezért kiszámítottuk az elvégzett EÁF-ekre vonatkozó továbbutalási arányt is (lásd F37. ábra). Mivel az adatok forrása a háziorvosok által készített, az EÁF és a prevenciós rendelés keretében közvetlenül képződő továbbutalásokról szóló külön jelentés volt, ezért ezek az arányok nem tartalmazzák a szakellátók esetleges további kivizsgálásokra való beutalóit, illetve az újonnan felfedezett és

gondozásba vett krónikus betegek további időszakos – esetleg részlegesen a szakellátásban megvalósuló – ellátásait sem. Ezek figyelembe vétele vélhetően kis mértékben növelné az alábbiakban kimutatott arányszámokat.

F37. A felnőttek prevencióis rendeléseit követő továbbutalások irányai, 2015. április és 2016. március között, praxisközösségenkénti bontásban



Az ábrán feltüntettük a szakrendelésekre történő továbbutalások összesített arányszámát, illetve a szakrendelésre és diagnosztikára együttesen vonatkozó továbbküldések arányszámát is. Egy klienst több irányba is továbbküldhettek. Az arányszám meghatározásakor a vizsgált időszakban elvégzett egészségi állapot felmérések (EÁF) számát szerepeltettük a nevezőben. Néhány esetben (összesen három praxis négy havi adata esetében) a továbbutalási irányokról nem állt rendelkezésre információ, az arányszám meghatározása során az érintett praxisokra és időszakokra eső EÁF-ek számát figyelmen kívül hagytuk az összesítés során.

Adatok forrása: NEFI.

Össességében **100 elvégzett EÁF-re 13,9 db. labordiagnosztikai és 3,7 db. képpalkotó diagnosztikai beutalás** jutott (utóbbi főként ultrahang-diagnosztikát takar). Ugyanezen metodika szerint számítva átlagosan **25,6 db. beutalás történt szakrendelésre**. Egy



szakrendelésre utalt kliens átlagosan 1,5 beutalót kapott (a 2015. október – 2016. március közötti időszakból rendelkezésre álló kimutatás alapján), azaz az érintett kliensek száma ennél az arányszámnál alacsonyabb. A szakrendelésekre és diagnosztikára összesített arányszám 43,2.

Az arányszámot illetően megfigyelhetőek különbségek az egyes praxisközösségek között: a berettyóújfalui praxisközösségben mind a szakrendelési (9,1), mind a diagnosztikai továbbutalások aránya (7,5) jelentősen alacsonyabb az átlagosnál. A legtöbb labor diagnosztikai beutalót Hevesben állították ki: 100 EÁF-re 40,6 laborbeutaló jutott. A képkalkuló diagnosztikai szolgáltatások igénybevétele Borsodnádásdon volt magasabb (12,5) az átlagnál.

E helyütt megjegyezzük, hogy a szakellátás irányába való továbbküldéseket, illetve az ott történt megjelenéseket hatásvizsgálati keretben is elemeztük, mégpedig a praxisközösségekhez szocio-demográfiai szempontokból hasonló kontrollcsoporthoz képest (ennek az elemzésnek az eredményeit egy későbbi fejezet mutatja be).

C.3.3. A KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ AJÁNLÁSOK

Ahogy az elvégzendő egészségi állapot felméréseknek – illetve lényegében a háziiorvosi szolgálat minden tevékenységének – a volumene függ az ellátandó biztosítottak számától, ugyanúgy különbözik az egyes praxisok által kivitelezendő prevenciók mennyisége is. A modellprogramban ugyanakkor ezek a különbségek nem jelentek meg, minden háziiorvosnak azonos mennyiségű prevenciók rendelést kellett vállalnia a projektfinanszírozás terhére. A modell kiterjesztése esetén a prevenciók rendelések mennyiségét a regisztrált biztosítottak számával arányosan szükséges megállapítani (esetleges korrekciós tényezőket, pl. a lakosság kor és nem szerinti összetételét is figyelembe véve).

A prevenciók rendelések megvalósítása a háziiorvos munkaidejének igénybevétele szempontjából ugyanakkor jelentősen különbözik az állapotfelmérésektől. Az EÁF-ek esetében a többletmunka jelentős részét ugyanis új praxisközösségi szereplők, a szűrőteam tagjai végezték el, így az csak kis mértékben, a kiértékelést követően terhelte a háziiorvost. (A nagyobb méretű háziiorvosi praxisok esetében egyébként is általános gyakorlat több szakdolgozó foglalkoztatása, ennek köszönhetően a több szakdolgozós praxisok több beteget tudnak ellátni a normál rendelési idő alatt.) A prevenciók rendelés megvalósítása ugyanakkor a praxisorvos személyéhez kötődik, ez nagyobb méretű praxisok esetében vagy magasabb háziiorvosi terhelést, vagy alacsonyabb részvételi arányt hoz magával.



Ha a projektben megfigyelt, 100 regisztrált biztosítottra jutó éves 12,1 prevenció rendelkezésen való részvételi arányszámból indulunk ki, akkor – a KSH 2016. január 1-re becsült 18 éven felüli 8,1 m fős lakónépessége alapján – majdnem évi 1 millió prevenció rendelkezésen való részvétel jön ki. Ez kb. 1,8%-a az OEP/NEAK-hoz érkezett B300-as háziiorvosi jelentések alapján összesített 2015. évi 54 millió háziiorvos-beteg találkozásnak (a felnőtt lakosság körében), viszont a prevenció rendelkezés időigényessége miatt ennél az 1,8%-nál lényegesen nagyobb mértékben növekedne a háziiorvosok időfelhasználása. A projektben mért 41 perces átlagidővel (és 220 hasznos munkanap/év mértékkel) számolva országos szinten kb. 380 emberévnnyi többletmunkát jelentene a 12,1-es arány biztosítása. Alapvető fontosságú tehát mind a prevenció rendelkezésen részt vevő kliensek körének, mind pedig a rendelkezés átlagos kívánatos időigényének a meghatározása. A szakdolgozók és a háziiorvos időgazdálkodása szempontjából az is lényeges, hogy az EÁF-et és a prevenció rendelkezést térben és/vagy időben világosan el kell választani egymástól: ha ugyanis az EÁF (vagy törzskartonfrissítés) során a háziiorvos is jelen van, akkor aligha elkerülhető, hogy az állapotfelmérés ne „forduljon át” prevenció rendelkezésbe, megválaszolandó a kliens felmérési eredményekkel kapcsolatos kérdéseit.

Ami az elvégzett EÁF-ek következtében előálló szakrendelési többletterhelést illeti, a projekt során mért átlagos értékekre építve az alábbi becslés adható. 75%-os általános részvételi hajlandóság mellett 3 évre szétosztva az elvégzendő EÁF-eket évente kb. 2 millió fő venne részt állapotfelmérésen a bevezetést követő években. Ez közvetlenül kb. 280 ezer labor diagnosztikai, 75 ezer képalkotó diagnosztikai és kb. 500 ezer szakellátási beutalást generálna, közvetve pedig tovább növelné a kiszűrt és gondozásba vett betegek ellátási eseményeinek számát. Figyelembe kell ugyanakkor venni azt is, hogy az EÁF során kiszűrt betegek jelentős része előbb vagy utóbb egyébként is megjelenne a szakellátásban, továbbá azt is, hogy az EÁF után végzett szakellátások költségigényessége különbözhet (kisebb lehet) az átlagos szakellátási költségeknél. A modellprogram által generált többletterhelést csak kontrollcsoportos hatásvizsgálati keretben lehet megfelelően vizsgálni: ennek (későbbi fejezetben részletesen bemutatott) eredményei azt jelzik, hogy program hatásaként nem volt kimutatható szignifikáns növekedés a szakellátás terheltségében.



C.4. A MODELLPROGRAM GYÓGYTORNA SZOLGÁLTATÁSAINAK ÉRTÉKELÉSE

C.4.1. BEVEZETŐ

A gyógytornász a betegellátás, a rehabilitáció és a prevenció fontos szereplője. A Modellprogram által nem érintett területeken a szakemberek tevékenysége jellemzően a szakellátási területre korlátozódik. Az 1997. évi LXXXIII. törvény az alapellátásban foglalkoztatott egészségügyi szakdolgozók feladatai közé sorolja az egészséges lakosság részére nyújtott tanácsadást és szűrést, a krónikus betegek gondozását és életvezetési tanácsadást, valamint a gyógykezelésükhöz használt diagnosztikus és terápiás eszközök használatának betanítását. Fentiekből jól látszik, hogy a gyógytornászok tevékenysége jól illeszkedik az alapellátási törvényben meghatározott célokhoz. A praxisközösségi ellátásban megjelenve a gyógytornász szakemberek az alábbi célcsoportok számára, a következő szolgáltatásokat nyújtották:

Kötelezően nyújtandó szolgáltatások és célcsoportjaik:

- szolgáltatás: tartásjavító, fizikai állapotfejlesztő torna óvodásoknak, célcsoport: 5-6 éves (nagy csoportos) óvodások
- szolgáltatás: csoportos gyógytorna gerincproblémák javítására/korrekciójára célcsoport: iskolaorvos által kiszűrt és szakorvosi ellátás során diagnosztizált ortopédiai gerincproblémával (hanyagtartás, scoliosis, Schauer mann betegség) rendelkező 6-18 éves gyerekek/serdülők számára
- szolgáltatás: mozgásszegény (ülő) életmód káros következményeinek (nyaki-vállövi; háti-lumbális gerincpanaszok) kivédését célzó speciális csoportos gyógytorna program, valamint otthon végzendő önálló mozgásprogram betanítása célcsoport: 19-65 éves felnőttek, akiket az alapállapot felmérés során veszélyeztetett mozgásszegény életmódúnak minősítettek
- szolgáltatás: időskorúak számára szervezett csoportos mozgásprogramok célcsoport: szervezett idősgondozásban (idősek otthona, nyugdíjas klub) részesülő egyének
- szolgáltatás: testtömeg-kontroll program csoportos életmód- tanácsadással kombinálva célcsoport: túlsúlyos és elhízott gyerekek (és szüleik), túlsúlyos és elhízott felnőttek



Ajánlottan nyújtandó szolgáltatások és célcsoportjaik:

- szolgáltatás: kismama torna (kismamák támogatása a várandósság egészséges kiviselésében és fizikai felkészítése a szülésre)
célcsoport: második és harmadik trimeszterben járó kismamák
- szolgáltatás: gerinctorna beépítése a mindennapi testnevelésbe
célcsoport: Általános és középiskolások
- szolgáltatás: gátizom torna serdülőknek
célcsoport: Általános iskolák felső tagozatos és középiskolák diáklányai
- szolgáltatás: gátizom torna felnőtteknek
célcsoport: 18-65 éves felnőtt nők, akiknek vizelettartási problémáik vannak (jellemzően a szülést követően, vagy a menopauza időszakában)

A vizsgálat kezdésének időpontja: 2015. október

A vizsgálat befejezésének időpontja: 2016. április

C.4.2. A TELJESÜLÉS MÉRTÉKE

A praxisközösségi munka során megvalósuló egyéni gyógytorna foglalkozásokon a kliensek legnagyobb arányban (43%) 2-5 alkalommal vettek részt. A kliensek harmada 6-15 alkalommal jelent meg, míg hasonló arányban fordult elő, hogy valaki 15 alkalomnál több, vagy csupán egyetlen egyéni foglalkozáson vett részt. A csoportos foglalkozásokon való részvételnél szintén azt tapasztaltuk, hogy minden harmadik kliens 6-15 alkalommal jelent meg a gyógytornásznál. A többi kategóriában közel hasonló volt a betegek megoszlása.

C.4.2.1. Az állapotfelmérés menete:

- A programba bekerülő személy állapotfelmérésének elvégzése az első alkalomkor megtörtént a célcsoporthoz tartozó állapotfelmérési teszttel, módszerrel (1. állapotfelmérés)
- A mozgásprogram kúraszerűen volt alkalmazott (tervezett ideje 8 hét.)
- A program gyakorisága heti 2-3 alkalom,
- A foglalkozások időtartama 45-60 perc.
- A mozgásprogramok az érvényben lévő szakmai irányelvek, ajánlások, módszertan levelek betartásával történt, azok hiányában a szakmai szabályokat betartó, azoknak megfelelő tartalmúak.
- A foglalkozások a jelentkezők számától és azok állapotától függően lehetett egyéni és csoportos mozgásterápiák.



- A program végén a korábban elvégzett állapotfelmérés megismétlése, az eredmények dokumentálása történt. (2. állapotfelmérés)

C.4.2.2. Az állapotfelmérés módszerei:

A gyógytornászok által kitöltendő állapotfelmérés dokumentumait, valamint az egyéni és csoportos foglalkozások keretében - a többlétszolgáltatások hasznosságának rögzítése céljából- kitöltendő gyógytornász-dokumentációs lapokat az F.3. Melléklet tartalmazza.

T15. Kitöltendő dokumentációs lapok

Megnevezés	Állapotfelmérés
Tartásjavító, fizikai állapotfejlesztő torna óvodásoknak	Magyar Gerincgyógyászati Társaság Tartáskorrekció: 12 teszt
Csoportos gyógytorna gerincproblémák javítására/korrekciójára	Magyar Gerincgyógyászati Társaság Tartáskorrekció: 12 teszt
Mozgásszegény (ülő) életmód káros következményeinek (nyaki-vállövi; háti-lumbális gerincpanaszok) kivédését célzó speciális csoportos gyógytorna program, valamint otthon végzendő önálló mozgásprogram betanítása	SF-36 <u>valamint</u> Derékfájás: Oswestry Disability Index 2.1a – magyar verzió Hátfájás: Roland - Morris Disability Kérdőív Osteoporosis: WHO Fracture Risk Assessment Tool
Időskorúak számára szervezett csoportos mozgásprogramok	SF-36 <u>valamint</u> Timed Up and Go járásteszt
Testtömeg-kontroll program csoportos életmód - tanácsadással kombinálva	SF-36 <u>valamint</u> Bioimpedancia mérés: zsir%, izom% mérés BMI
Kismama torna (kismamák támogatása a várandósság egészséges kiviselésében és fizikai felkészítése a szülésre)	Részvevők száma
Gerinctorna beépítése a mindennapi testnevelésbe	Magyar Gerincgyógyászati Társaság Tartáskorrekció: 12 teszt
Gátizom torna serdülőknek, felnőtteknek	King's Health Questionnaire (KHQ)
Tevékenységükben korlátozottak (fogyatékosok) egyéni mozgásterápiája (stroke, amputáció stb.)	FIM index



C.4.2.3.A praxisközösségi szolgáltatások hatásvizsgálata:

Praxisközösségi kódok:

BGY – Berettyóújfalu

BOGY – Borsodnádasd

HGY – Heves

Jászapáti – értékelhető kezdeti és zárasi kérdőívpárok nem érkeztek vissza

A Magyar Gerincgyógyászati Társaság Tartásjavító Prevenációs Programjához készült izomerő és izomnyújthatóság ellenőrzésére szolgáló tesztlap eredményeinek elemzése:

A tesztlap a 2016 első negyedében megkezdett torna hatékonyságát mérte fel jelen kutatásban. Ennek keretében a 12 kérdéses lap a torna előtt és annak befejeztével került kitöltésre ugyanazon személyek körében. A tornán a berettyóújfalui praxisközösségből 97 értékelhető tesztlap-pár érkezett vissza.

Az egyes gyakorlatok helyes elvégzése 1, míg hibás kivitelezése 2 pontot jelentett, így a legjobb 12 és a legrosszabb 24 pontos értékek között változhattak az eredmények. A kezdeti kitöltés átlagos értéke $16,35 \pm 2,23$ pont. A torna végeztével kapott átlagos visszamérési pontszám $14,77 \pm 2,28$ pont. A csökkenés átlagos értéke 1,58 pont. A változás szignifikáns. ($p < 0,001$; $t = 8,822$; $df = 96$)

A 97 vizsgált személy esetén 31 fő összpontszámai nem mutattak változást, 2 esetben következett be romlás, míg 64 fő esetén javultak a pontértékek. ($p < 0,001$; $Z = -6,680$)

Az egyes részmerések elemzését az alábbi táblázat mutatja.



T16. A Magyar Gerincgyógyászati Társaság Tartásjavító Prevenciós Programjához készült izomerő és izomnyújthatóság ellenőrzésére szolgáló tesztlap szerinti részmerések eredményei

	Helyesen végzők aránya (%)		p
	Kezdeti	Zárási	
1	30,9	51,5	<0,001
2	81,4	93,8	<0,001
3	63,9	81,4	<0,001
4	69,1	86,6	<0,001
5	28,9	47,4	<0,001
6	90,7	92,8	0,754
7	47,4	63,9	<0,001
8	95,9	95,9	1,000
9	73,2	93,8	<0,001
10	29,9	44,3	0,003
11	75,3	84,5	0,002
12	78,4	82,5	0,125

Az óvodások körében ugyanezzel a tesztlappal végzett, azonos struktúrájú intervencióba a berettyóújfalui praxisközösségből 18, míg a hevesi praxisközösségből 124, mindösszesen 142 értékelhető tesztlap-pár érkezett vissza. A kiindulási összpontszámok $17,59 \pm 2,22$, a zárási $15,75 \pm 1,84$ pontnak adódtak. Az átlagos különbség 1,84 pont, a javulás szignifikáns ($p < 0,001$; $t = 14,984$; $df = 141$).

31 résztvevő esetében nem történt változás, 1 fő esetében regisztráltak romlást, míg 110 fő esetében javulást. ($p < 0,001$; $Z = -9,185$).

A két korcsoport kezdeti és intervenció utáni mért összpontszámainak összehasonlítását az alábbi táblázat mutatja:



T17. A kezdeti és intervenció utáni mért összpontszámok összehasonlítása

Korcsoport		Elemszám	átlag	szórás	p
Összpontszám kezdeti	óvodás	142	17,59	2,222	<0,001
	felöltt	97	16,35	2,232	
Összpontszám zárási	óvodás	142	15,75	1,842	0,001
	felöltt	97	14,77	2,280	

A csak az azonos kódjelű praxisokból származó adatok összehasonlításakor a zárási értékek között a felöltt és óvodás korcsoport eredményeiben nincs szignifikáns különbség. Ez az eredmény azonban a relatív alacsony elemszám miatt korlátozottan értékelhető (ld. alábbi táblázat)

T18. Az azonos kódjelű praxisokból származó kezdeti és intervenció utáni mért összpontszámok összehasonlítása

Korcsoport		Elemszám	átlag	szórás	p
Összpontszám kezdeti	óvodás	18	18,61	2,118	<0,001
	felöltt	97	16,35	2,232	
Összpontszám zárási	óvodás	18	15,61	2,355	0,157
	felöltt	97	14,77	2,280	

SF-36 Kérdőív eredményeinek elemzése

Összesen 139, az intervencióba bevont személyről érkezett vissza értékelhető kérdőív pár a kezdeti és az intervenció utáni állapotról. Ezek közül 7 a berettyóújfalui praxisközösségből, 62 a borsodnádassdi és 70 a hevesi praxisközösségből.

Az összesített adatok alapján az SF-36 kérdőív mind a nyolc dimenziójában és 2 egyesített dimenziójában is szignifikáns volt a javulás. Az egyes dimenziók átlagos értékeit az intervenció előtt és után az alábbi táblázat tartalmazza. (Jelölések: PF – fizikai funkció; RP –



fizikai szerep; BP – testi fájdalom; GH – általános egészség; VT – vitalitás; SF – szociális funkciók; RE – érzelmi szerep; MH – mentális egészség; PCS – fizikai egészség [PF, RP, BP, GH egyesítésével]; MCS – mentális egészség [RE, VT, MH, SF egyesítésével]

T19. Az egyes dimenziók átlagos értékei az intervenció előtt és után

	Átlag	Elemzés	Szórás	Változás	p
PF	52,43	136	29,22	-11,14	<0,001
PF_2	63,56	136	28,29		
RP	45,30	133	43,97	-17,04	<0,001
RP_2	62,34	133	43,36		
RE	57,07	132	47,06	-18,69	<0,001
RE_2	75,76	132	40,79		
VT	54,43	132	22,00	-5,81	<0,001
VT_2	60,24	132	23,78		
MH	69,89	131	21,09	-3,25	0,031
MH_2	73,15	131	21,32		
SF	68,43	137	23,73	-14,96	<0,001
SF_2	83,39	137	23,14		
BP	57,04	136	22,72	-15,70	<0,001
BP_2	72,74	136	22,58		
GH	44,30	138	18,63	-7,79	<0,001
GH_2	52,09	138	21,05		
PCS	49,47	138	24,36	-12,79	<0,001
PCS_2	62,26	138	24,35		
MCS	62,34	137	22,05	-10,46	<0,001
MCS_2	72,80	137	23,42		

Az egyes praxisközösségekben felmerülő esetleges különbségek vizsgálatára az elemszámok figyelembe vételével a borsodnádasi és a hevesi praxisközösségek adatai



egymással is összehasonlításra kerültek. Az alábbi táblázatok ezek eredményeit mutatják, ahol a $p < 0,05$ mellett értelmezett szignifikáns különbségek kerültek kiemelésre.

T20. A borsodnádásdi és a hevesi praxisközösségek adatai egymással összehasonlítva

Dimenziók	Kezdeti értékek					Zárási értékek			
	Körzetek	Elemzés	Átlag	Szórás	p	Elemzés	Átlag	Szórás	p
PF	BOGY	60	53,03	32,66	0,570	62	57,85	31,65	0,197
	HGY	70	50,03	26,44		69	64,46	26,59	
RP	BOGY	61	37,70	43,69	0,087	60	41,53	43,25	<0,001
	HGY	69	51,09	44,65		68	77,94	37,54	
RE	BOGY	60	35,56	43,34	<0,001	60	55,56	47,01	<0,001
	HGY	69	75,85	41,57		68	89,71	30,61	
VT	BOGY	58	51,21	23,14	0,286	60	52,81	26,85	0,016
	HGY	69	55,36	20,53		69	63,12	19,91	
MH	BOGY	58	69,59	21,57	0,894	58	65,88	24,74	0,011
	HGY	70	69,09	20,61		69	76,17	19,14	
SF	BOGY	61	68,65	27,06	0,986	62	71,98	28,06	<0,001
	HGY	70	68,57	20,49		69	93,66	10,64	
BP	BOGY	61	55,33	25,90	0,458	61	64,51	25,71	0,001
	HGY	70	58,32	18,94		69	78,08	17,73	
GH	BOGY	62	43,61	20,09	0,974	62	47,56	23,63	0,061
	HGY	70	43,71	17,39		69	54,53	17,76	
PCS	BOGY	62	47,02	26,63	0,392	62	52,85	25,77	<0,001
	HGY	70	50,72	22,85		69	68,78	20,66	
MCS	BOGY	61	56,04	23,53	0,003	62	61,85	27,11	<0,001
	HGY	70	67,16	19,18		69	80,68	16,50	

A hevesi praxisközösségben bevontak esetében a borsodnádásdihoz hasonlítva szignifikánsan jobb érzelmi szerep és mentális egészség volt azonosítható. Az intervenciót követően ezek a különbségek megmaradtak, ugyanakkor a fizikai szerepek (RP), a vitalitás (VT), a mentális egészség (MH), a szociális funkciók (SF), a testi fájdalom (BP) és a fizikai egészség (PCS) terén is különbség mutatkozott, minden esetben a hevesi praxisközösség javára.



Az egyes közösségekben a változásokat tovább elemezve igazolható, hogy a hevesi praxisközösség esetében az SF-36 minden dimenziójában a javulás $p < 0,001$ mellett statisztikailag szignifikáns, míg a borsodnádásdi praxisközösség esetében csak a PF ($p = 0,010$), RE ($p = 0,001$), BP ($p = 0,001$), GH ($p = 0,044$), PCS ($p = 0,004$) és MCS ($p = 0,019$) dimenziókban volt szignifikáns, az RP ($p = 0,432$), VT ($p = 0,289$), MH ($p = 0,543$) és SF ($p = 0,386$), vagyis többségében a mentális státuszt jellemző dimenziókban nem volt kimutatható a különbség. Ugyanakkor azt is ki kell emelni, hogy a mentális státuszt összességében jellemző MCS dimenzióban már egyértelművé vált a javulás eben a praxisközösségben is.

TUG (Time Up and Go) teszt értékelése

A TUG teszt eredményeiről 43 értékelhető adatpár érkezett be. A kiindulási érték $9,76 \pm 4,33$ perc, a zárási $8,70 \pm 4,10$ perc volt. A javulás szignifikáns volt $p < 0,001$.

OSWESTRY DISABILITY INDEX ÉRTÉKELÉSE

61 értékelhető kérdőívpar került elemzésre. A kezdeti átlagos érték $25,8\% \pm 15,9\%$, az intervenció utáni felmérés átlagos értéke $18,1\% \pm 16,1\%$ volt. A százalékban kifejezett javulás statisztikailag szignifikáns ($p < 0,001$). A kérdőív értékelésének sajátosságait is figyelembe véve a legalább 10%-os javulás aránya a felmértek 39,3%-ában volt megfigyelhető, míg 3,3%-ában volt romlás, 57,4%-ában pedig nem érte el a 10%-os küszöbértéket.

Az értékelési kategóriákat figyelembe véve is szignifikáns volt a változás ($p < 0,001$).

A kezdeti és a zárási mérésen elért pontszámok alapján számított kategóriákat az alábbi táblázat tartalmazza:



T21. A kezdeti és a zárasi mérésen elért pontszámok alapján számított kategóriák

	Kezdeti		Zárasi	
	Elemsszám	Százalék	Elemsszám	Százalék
minimal disability	24	39,3	38	62,3
moderate disability	30	49,2	19	31,1
severe disability	3	4,9	3	4,9
crippled	4	6,6	1	1,6

ROLAND-MORRIS DISABILITY KÉRDŐÍV EREDMÉNYEINEK ELEMZÉSE

Összesen 58 kérdőívpar került kiértékelésre, fele-fele arányban a borsodnádasi és a hevesi praxisközösségekből. A maximálisan elérhető 24 pontból a 0-időpontban átlagosan $6,07 \pm 4,55$ pontot értek el, mely az intervenció hatására átlagosan $3,52 \pm 3,10$ -ra javult. A változás szignifikáns ($p < 0,001$; $t = 8,072$; $df = 57$).

14 esetben nem történt javulás, 3 esetben értékelték az aktuális állapotukat rosszabbnak az intervenció végén és 41 esetben csökkent a hátfájás következtében kialakult nehézségek száma.

A két praxisközösség kiindulási értékei alapján a hevesi praxisközösségben szignifikánsan rosszabb értékekkel rendelkező személyek kerültek beválasztásra ($7,48 \pm 3,89$ szemben a $4,66 \pm 4,78$ átlagos pontértékkel; $p = 0,017$; $t = -2,470$; $df = 56$). Az intervenció végén készített felmérések alapján a kezdeti különbség kiegyenlített (Heves: $3,72 \pm 2,42$; Borsodnádásd: $3,31 \pm 3,69$; $p = 0,615$; $t = -0,506$; $df = 56$). Mindkét csoport esetében a javulás az intervenció hatására szignifikáns volt (Heves: $p < 0,001$; $t = 10,971$; $df = 28$; Borsodnádásd: $p = 0,004$; $t = 3,123$; $df = 28$)

A javulás mértéke a két praxisközösségből összesített adatok alapján a kiindulási értékekhez képest átlagosan 37,0% mértékű volt. Borsodnádásd esetében 24,6%, míg Heves esetében 48,9%, szignifikánsan nagyobb mértékű ($p = 0,005$), melynek háttérében az utóbbi praxisközösségből részt vevők rosszabb kiindulási értékeit is sejthetjük.



FIM INDEX EREDMÉNYEINEK ELEMZÉSE

14 értékelhető kérdőív pár került feldolgozásra. Az összesen 6 csoportban 18 változót tartalmazó kérdőív lehetséges pontszáma 18-126 pontig terjedhetett. A teljes összesített pontérték az intervenció előtti mérés során $101,29 \pm 20,00$ pont volt, mely $107,57 \pm 19,06$ pontra javult ($p < 0,001$; $t = -6,341$; $df = 13$). A 14-ből 13 esetben történt javulás, 1 esetben nem volt észlelhető változás.

A motoros képességeket mérő alkérdések összpontszáma is szignifikáns javulást mutatott ($p < 0,001$; $t = -7,092$; $df = 13$).

A kognitív képességeket mérő kérdések esetében azonban a szignifikáns változás nem igazolódott ($p = 0,082$; $t = -1,883$; $df = 13$).

Az alacsony elemszám miatt azonban a kapott eredményeket a szükséges fenntartások mellett lehet csak értékelni. Mindazonáltal az intervenció hatékonyságát mérő egyéb skálák eredményeit is figyelembe véve valószínűsíthető, hogy az intervenció az önállóság / függetlenség terén is javulást eredményezett.

WHO Fracture Risk Assessment Tool eredményeinek értékelése

Mivel ebből a kérdéscsoportból mindössze 3 értékelhető kérdőív pár érkezett vissza, így azok elemzése, illetve az eredményekből további következtetések levonása megbízható eredményekkel nem javítaná a projekt hatékonyságának elemzését.

The King's Health Questionnaire értékelése

A HGY kódjelű praxisközösségből került vissza 8 értékelhető kérdőív pár, a BGY jelű praxisközösségből felmért 11 személyről visszamérési kérdőív nem készült, így azok a további elemzésekből kizárásra kerültek.

Az intervenció hatásosságát a King's Health kérdőív 10 dimenziója mentén a vizelet-inkontinencia életminőséget befolyásoló mértékének változásában vizsgáltuk. Az egyes dimenziók kiindulási és intervenció utáni értékét az alábbi táblázat mutatja, ahol 1-9. dimenzió 100%-ban, míg a 10. dimenzió az adott kérdőív részben elérhető maximális 27 pontból (életminőséget leginkább rontó állapot) elért pontszámokat mutatja. Az alacsony elemszám miatt a 10 kérdéscsoport kérdésenkénti elemzésére nem került sor.

T22. Az egyes dimenziók kiindulási és intervenció utáni értéke

Dimenzió	Kezdeti érték		Zárasi érték		p
	Átlag (%)	Szórás	Átlag(%)	Szórás	
General health perceptions	31,25	25,88	9,38	12,94	0,021
Incontinence impact	33,33	30,86	20,83	17,25	0,080
Role limitations	29,17	27,82	14,58	16,52	0,041
Physical limitations	35,42	30,13	22,92	19,80	0,048
Social limitations	4,86	6,92	2,78	5,14	0,504
Personal relationships	0,00	0,00	0,00	0,00	-
Emotions	25,00	23,57	8,33	12,94	0,020
Sleep / Energy	33,33	25,20	12,50	11,79	0,011
Severity measures	19,79	12,55	12,50	10,91	0,006
Incontinence (pontszám max.27)	12,75	3,65	11,50	2,27	0,180

A vizsgált változók közül az alacsony elemszám mellett is 6 dimenzióban sikerült szignifikáns javulást elérni.



A Magyar Gerincgyógyászati Társaság Tartáskorrekció – 12 teszt értékelése

A projektbe bevont személyek közül 47 főről érkezett vissza értékelhető kérdőív pár.

A maximálisan elérhető 12 pontból az intervenció előtt átlagosan $9,64 \pm 2,37$ pontot értek el a bevont személyek. Ez az érték az intervenció lezárultával átlagosan $11,00 \pm 1,43$ pontra emelkedett ($p < 0,001$; $t = -7,318$; $df = 48$). A vizsgálatba vont személyek mindegyikénél javulás volt tapasztalható.

A TESTSÚLYCSÖKKENTŐ CSOPORT EREDMÉNYEINEK ÉRTÉKELÉSE

9 fő vett részt a testsúlycsökkentő intervencióban, akikről mindkét időpontban mért értékek rögzítésre kerültek. Az egyes változókat az alábbi táblázat mutatja:

T23. SA testsúlycsökkentő csoport mérési eredményeinek változói

Mutató	Átlag	Szórás	p
Haskőrfogat (cm)	101,78	4,18	<0,001
Haskőrfogat2 (cm)	99,33	3,50	
Testtömeg (kg)	91,34	8,88	0,065
Testtömeg2 (kg)	88,22	6,94	
Testzsír	39,34	2,80	0,076
Testzsír2	37,67	2,60	
Csonttömeg	11,21	0,60	0,250
Csonttömeg2	11,00	0,50	
Izomtömeg	28,59	1,79	0,164
Izomtömeg2	29,22	1,48	
BMI	32,34	2,58	0,067
BMI2	31,25	1,87	



A haskőrfogat esetében statisztikailag is szignifikáns csökkenés volt megfigyelhető, míg $p < 0,05$ mellett a többi paraméter csökkenése, illetve az izomtömeg növekedése nem volt szignifikáns. Ez esetben azonban mindenképp érdemes figyelembe venni, hogy a 9 résztvevő közül 8 esetében csökkent a haskőrfogat, a testtömeg, a testzsír, és a BMI, mely a szigorú statisztikai értékelés mellett is biztató eredményeket sugall.

C.4.3. SIKERTÉNYEZŐK

A Modellprogram működése során a gyógytornász szakemberek jól integrálódtak a praxisközösségek működésébe, az alapellátásban dolgozó szakemberekkel sikerült a tevékenységüket összehangolni, és hatékonyabbá tenni az egészségfejlesztést szolgáló programokat. A Modellprogramban részt vevő egészségügyi szakdolgozók és a lakosság részéről egyaránt pozitív volt a szolgáltatás fogadtatása. A gyógytornának a praxisközösségi többlétszolgáltatások közé kerülésével a Modellprogram által érintett területen a szocio-demográfiai változók tekintetében hátrányos helyzetű lakosság számára olyan szolgáltatások váltak elérhetővé, amelyek korábban nem voltak elérhetőek.

C.4.4. KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ SZAKMAI AJÁNLÁS

A Modellprogram kiterjesztése során a gyógytornászok tevékenységének az eddiginél pontosabb definiálására lenne szükség annak érdekében, hogy a szolgáltatás pontosan körülhatárolható legyen. A Modellprogram keretében megvalósuló gyógytorna túlmutat a szakellátásban megszokott szolgáltatásokon, ezért szükséges a kompetenciák és lehetőségek pontos meghatározása. A lakosoknak a gyógytorna szolgáltatásokhoz való hozzáférését jelentősen megkönnyítené a háziorvosok jogosultságának kiterjesztése, amely lehetővé tenné a szakemberek segítségének az igénybevételét szakorvosi beutalás nélkül is. A gyógytorna teljesítmény alapú finanszírozása megteremtené a feltételeit a szolgáltatásnak az alapellátásba történő beillesztéséhez oly módon, hogy az önfenntartó lehessen.



C.5. A MODELLPROGRAM DIETETIKAI SZOLGÁLTATÁSAINAK ÉRTÉKELÉSE

C.5.1. BEVEZETÉS

A dietetikai gondozás és a háziorvosi ellátás, valamint a praxisközösségek között léteznek olyan kapcsolódási pontok, amelyekben a dietetikai tevékenységgel az alapellátásban jelentős mértékben növelhető a terápia hatásossága. Az alapellátásban, praxisközösségben megjelenő dietetikai tevékenység nemcsak a háziorvos időmenedzsmentjét könnyíti meg, integrálódva a primer, szekunder és terciér prevencióba, segítve a beteg edukációt, javítva a páciens állapotát, hanem hosszútávon költséghatékony a társadalom számára is. Az Európai Dietetikus Szövetség publikálta a SEO Economic Research által megvalósított kutatást, amely a dietetikus munkájának költséghatékonyágát mérte fel és jelentős pénzben is kifejezhető előnyöket mutatott ki. A financiaális pozitívum a betegek jobb életszínvonalában, a csökkent hospitalizációban és ellátási költségben, illetve a megnövekedett termelékenységben nyilvánul meg. A célcsoportot a túlsúllyal, elhízással küzdő és az elhízás társbetegségeiben (diabetes, hypertonia és/vagy emelkedett koleszterinszint) szenvedő páciensek képezték. Minden egy Euro, ami a betegeknek a táplálkozási tanácsadására fordítódott, a társadalom számára nettó 14 - 63 Euro nyereséget jelentett, amelyben 56 Euró a megjavult egészségi állapot, 3 Euró a teljes egészségügyi ellátási költséget; míg 4 Euró a termelékenységből eredő nyereséget képviselte.

Az obesitas, mint a nem fertőző betegségek egyik fő kockázati tényezője (mind a várható élettartam, mind az életminőség csökkenését eredményezi) kiemelten kezelendő. Az elhízás mellett előforduló társbetegségek: hipertónia, ishaemiás szívbetegség, 2-es típusú cukorbetegség, atherogén diszlipidémia, mozgásszervi betegségek, bizonyos típusú onkológiai betegség, gasztrointesztinális betegségek. A szív és érrendszeri megbetegedések és az általuk okozott halálozás legfontosabb kockázati tényezői a magasvérnyomás-betegség, a cukorbetegség, a zsírsanyagcsere- zavar, az elhízás, a dohányzás és az alkoholizmus, valamint az egészségtelen táplálkozás, és a mozgásszegény életmód.

Az egészséges táplálkozás és a diéta szerepe mind a primer mind a szekunder és terciér prevencióban jelentős. Számos vizsgálatban igazolták, hogy a testtömeg és a vérnyomás között összefüggés tapasztalható. A testtömeg csökkentés vérnyomáscsökkenéssel jár, mivel minden 1 kilogrammos testtömeg vesztés mintegy 1-4/1-2 Hgmm-es vérnyomás mérséklődést



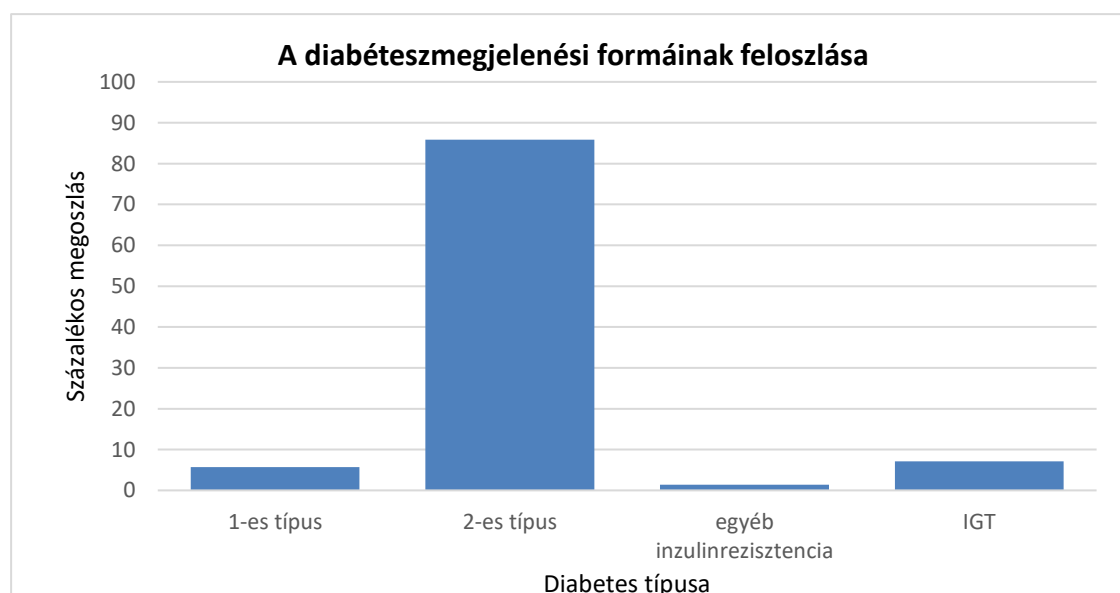
eredményezhet. Európában a felnőttek körében a túlsúly és az elhízás felelős a 2-es típusú diabetes mellitus 80%-áért, az ischaemiás szívbetegség 35%-áért, a hypertonia 55%-áért. Az alapellátásban dolgozó dietetikusok az adekvát tanácsadással, a többszöri beteg-dietetikus találkozással jelentősen hozzájárulhatnak számos betegség terápiájának hatásosságához. A mennyiségi és minőségi malnutríció jelentősége is egyre nagyobb, amely nemcsak a jelen, de a jövő generációk egészségét is befolyásolja, megelőzését és kezelését segíti a megfelelő módszerrel és frekvenciával történő szűrés valamint a képzett dietetikus szakemberhez jutás lehetősége.

C.5.2. A DIETETIKAI GONDOZÁS HATÉKONYSÁGÁNAK MÉRÉSE DIABETESZES, OBES, KARDIOVASZKULÁRIS ÉS ISZB BETEGCSOPORTOKBAN

C.5.2.1. DIABETESZES CSOPORT

A vizsgálatba bevont és mindkét kérdőívvel rendelkező 187 fő 39,6%-a férfi. A teljes csoport átlagéletkora 60,13 év ± 11,37 év (18-85 év). Átlagosan 10,4 éve diagnosztizálták a diabetezt (SD:7,51 év; 0-31 év). A diabetes egyes megjelenési formáinak megoszlását az alábbi ábra szemlélteti (F38. ábra):

F38. A diabetes megjelenési formáinak megoszlása





Az intervenciós csoportba 137 fő adatai kerültek rögzítésre, melyhez 50 fő kontroll személy került a vizsgálatba. A nemi megoszlás a két csoportban nem mutat szignifikáns különbséget ($p=0,078$; $\chi^2=3,103$; $df=1$). Az intervenciós csoport résztvevőinek átlagéletkora $59,17 \pm 11,0$ év, a kontroll csoportban $62,78 \pm 9,2$ év. Szignifikáns különbség nem igazolódott ($p=0,054$; $t=-1,937$; $df=185$).

A diabetes fennállásának idejében sem mutatkozott szignifikáns különbség ($p=0,062$; $t=-1,878$; $df=180$).

A diagnózis felállítása óta szignifikánsan nem változott a résztvevők testtömege a vizsgálat kezdetéig (intervenciós csoport: $p=0,097$; kontroll csoport $p=0,337$).

A dietetikai tanácsadást követő adatfelvételre a következő paraméterekben történt szignifikáns változás az intervenciós csoportban: A BMI, a haskörfogat, az éhgyomri vércukorszint és az összkoleszterinszint esetében szignifikáns csökkenés, az étkezési gyakoriság, a fizikai aktivitás (10 fokozatú skálán mérve) és a folyadékfogyasztás tekintetében pedig növekedés volt tapasztalható. A kontrollcsoport esetében egyik felmért adat esetében sem volt szignifikáns változás. A részletes adatokat az alábbi táblázat tartalmazza. (T24 táblázat)

T24. A dietetikai tanácsadás adatfelvételének intervenció előtti és utáni eredményei és azok változása

Csoport			Átlag	Elemzszám	Szórás	Változás	p
intervenció	BMI	előtte	34,53	120	7,44	0,88	0,003
		utána	33,65	120	7,53		
	Haskörfogat	előtte	109,02	126	17,54	1,94	<0,001
		utána	107,08	126	16,88		
	Vércukorszint	előtte	8,23	111	2,75	0,63	0,017
		utána	7,6	111	2,79		
	Összkoleszterin	előtte	5,18	133	1,37	1,16	<0,001
		utána	4,02	133	2,39		
	LDL	előtte	3,2	53	1,21	0,19	0,113
		utána	3,01	53	1,2		
	Triglicerid	előtte	2,04	106	1,56	0,25	0,058
		utána	1,79	106	0,92		
	HDL	előtte	1,4	57	0,47	0,02	0,513
		utána	1,38	57	0,47		
Étkezési gyakoriság	előtte	3,61	133	0,94	-0,69	<0,001	
	utána	4,3	133	0,85			
Fizikai aktivitás	előtte	5,91	135	2,13	2,53	<0,001	

		utána	3,39	135	3,21		
	Folyadékfogyasztás	előtte	1,96	131	0,68	-0,28	<0,001
		utána	2,24	131	0,59		
kontroll	BMI	előtte	33,38	46	12,87	1,85	0,391
		utána	31,53	46	4,6		
	Haskőrfogat	előtte	109,22	44	13,25	0,98	0,671
		utána	108,24	44	11,11		
	Vércukorszint	előtte	9,29	44	2,54	0,25	0,469
		utána	9,05	44	2,05		
	Összcholesterin	előtte	5,37	50	1,38	0,28	0,308
		utána	5,09	50	1,85		
	LDL	előtte	2,75	9	1,04	0,21	0,699
		utána	2,54	9	0,87		
	Triglicerid	előtte	1,75	41	0,87	-0,13	0,308
		utána	1,88	41	0,86		
	HDL	előtte	1,52	9	0,4	0,22	0,262
		utána	1,29	9	0,39		
	Étkezési gyakoriság	előtte	3,45	11	1,04	0	1
		utána	3,45	11	1,29		
Fizikai aktivitás	előtte	4,75	8	2,12	0,63	0,603	
	utána	4,13	8	4,02			
Folyadékfogyasztás	előtte	1,82	11	0,64	-0,64	0,072	
	utána	2,45	11	0,79			

Az energiabevitel szintén szignifikánsan csökkent az intervenció csoportban ($p < 0,001$), míg a kontroll csoportban ilyen változást nem tapasztaltunk ($p = 0,890$)

Az elemzések során a kiindulási és az intervenciót követően mért paraméterekben bekövetkezett változások vizsgálatakor az intervenció és a kontroll csoport elemszámának különbsége – az összesített intervenció csoport jelentősen nagyobb létszáma – felvetette a nagyobb elemszámra visszavezethető statisztikai szignifikancia kérdését. Ezt kiküszöbölendő alcsoportelemzéseket végeztünk az egyes praxisközösségek eredményeinek praxisközösségenkénti összehasonlításával. Az alábbi táblázat adatait elemezve jól látható, hogy a kontroll csoporttal azonos, vagy akár attól jelentősen alacsonyabb elemszámmal rendelkező intervenció csoportokban is szignifikáns változás volt megfigyelhető a legtöbb paraméterben. Sok esetben elmondható, hogy az alacsonyabb elemszámok mellett a szignifikáns ($p < 0,05$) változások mellett jelzett különbségek ($0,05 < p < 0,1$) is megfigyelhetők voltak (T25. táblázat). Ezek alapján az összesített csoportok elemzésekor az elemszámbeli különbségnek felrótt szignifikáns különbség kérdése elvethető.

A további összehasonlítások esetében az összefoglaló tanulmány terjedelmi korlátaira való tekintettel az alcsoportelemzések adatainak és eredményeinek közlésétől eltekintünk.

T25. A dietetikai tanácsadás adatfelvételének intervenció előtti és utáni értékeinek változása

Praxiskód	bpkd			bod			hdd			jászapáti		
	Átlagos változás	N	p	Átlagos változás	N	p	Átlagos változás	N	p	Átlagos változás	N	p
BMI	0,71	39	<0,001	-0,18	54	0,768	0,27	20	0,503	1,37	20	<0,001
Haskőrfogat	3,24	37	<0,001	0,59	54	0,003	1,47	15	0,131	3,52	20	<0,001
Vércukor-szint	0,12	38	0,714	0,30	46	0,377	1,33	11	0,051	2,34	16	0,076
Össz-cholesterin	0,14	38	0,412	0,77	53	0,004	3,34	22	<0,001	1,73	20	0,017
LDL				0,15	38	0,281	-0,14	5	0,374	0,48	10	0,141
Triglicerid	0,46	37	0,200	0,18	47	0,063	-0,05	7	0,624	0,11	15	0,486
HDL				0,06	40	0,065	0,11	7	0,066	-0,19	10	0,256
Étkezési gyakoriság	-0,53	38	<0,001	-0,85	54	<0,001	-0,10	21	0,540	-1,20	20	<0,001
Fizikai aktivitás	2,53	38	<0,001	3,89	54	<0,001	1,39	23	0,286	0,15	20	0,867
Folyadék-fogyasztás	-0,28	39	<0,001	-0,26	54	<0,001	-0,08	18	0,083	-0,53	20	0,001

A dietetikai tanácsadáson részt vettek esetében átlagosan 1,9 kg-os ($\pm 2,96$ kg) fogyás volt megfigyelhető, az intervenció és a kontroll csoportban bekövetkezett változások mértékét összehasonlítva az alábbi megállapításokat tehetjük: A legtöbb vizsgált paraméter esetében, így a BMI, a haskőrfogat, a vércukorszint, a HbA1C szint, a triglicerid, az összkoleszterin szint, valamint az étkezési gyakoriság is szignifikánsan nagyobb mértékben változott, mint a kontroll csoportban, mely változás a kontroll csoport esetében a fentebbi táblázatok adataiból is leolvashatóan nem volt szignifikáns. Az egyes paraméterek változásának mértékét jellemző adatokat, illetve a többváltozós lineáris regressziós elemzés eredményeit a T26. táblázat tartalmazza.



T26. A dietetikai tanácsadás hatására bekövetkezett változás mértékének összehasonlítása a kontroll csoportban bekövetkezett változással (diabeteszes csoport)

Deskriptív statisztika	SH/8/1		Kontroll		p ^{&}
	n	medián [25 percentilis; 75 percentilis]	n	medián [25 percentilis; 75 percentilis]	
BMI változás (kg/m ²)	131	-0,39 [-1,20;0,00]	44	0,00 [-0,33;0,00]	<0,001*
Haskörfogat változás (cm)	124	0,00 [-3,00;0,00]	42	0,00 [-0,13;0,00]	0,001*
Vércukor szint változás (mmol/l)	108	0,00 [-1,30;0,26]	42	0,07 [-0,38;0,47]	0,019*
HbA1C szint változás (%)	65	0,00 [-0,45;0,00]	45	0,07 [-0,01;0,27]	0,002*
LDL szint változás (mmol/l)	51	0,00 [-0,50;0,20]	12	-0,15 [-0,46;0,00]	0,236
HDL szint változás (mmol/l)	56	-0,03 [-0,16;0,02]	12	-0,03 [-0,14;0,00]	0,821
Triglicerid szint változás (mmol/l)	105	0,00 [-0,32;0,19]	42	0,06 [-0,01;0,19]	0,012*
Összkoleszterin szint változás (mmol/l)	103	0,00 [-0,42;0,20]	45	0,12 [0,01;0,39]	<0,001*
Fizikai aktivitás változás	133	0,00 [0,00;1,00]	43	0,00 [-1,00;1,00]	0,106
Étkezési gyakoriság változás	132	1,00 [0,00;1,00]	11	0,00 [-1,00;1,00]	0,009*
Folyadékfogyasztás változás	129	0,00 [0,00;0,50]	11	0,00 [0,00;1,00]	0,848

Többváltozós lineáris regresszió [#]	SH/8/1
	β [95%-os MT] [^]
BMI változás (kg/m ²)	-0,52 [-0,87;-0,17]*
Haskörfogat változás (cm)	-1,19 [-2,03;-0,35]*
Vércukor szint változás (mmol/l)	-0,80 [-1,49;-0,11]*
HbA1C szint változás (%)	-0,30 [-0,53;-0,07]*
LDL szint változás (mmol/l)	0,10 [-0,32;0,52]
HDL szint változás (mmol/l)	0,04 [-0,10;0,17]
Triglicerid szint változás (mmol/l)	-0,22 [-0,45;0,00]
Összkoleszterin szint változás (mmol/l)	-0,44 [-0,69;-0,19]*
Fizikai aktivitás változás	0,43 [0,03;0,83]*
Étkezési gyakoriság változás	0,86 [0,33;1,39]*
Folyadékfogyasztás változás	0,04 [-0,19;0,28]

[^] lineáris regressziós koefficiens 95%-os megbízhatósági tartománnyal; korrigálva életkorra, nemre, iskolai végzettségre, diabétesz fennállásnak idejére

*Szignifikáns különbség/változás

[#] normalizált kimeneti paraméterekkel

[&] Mann–Whitney teszt

A táplálkozási naplót rendszeresen vezetőik körében szignifikánsan eredményesebb volt a BMI ($p=0,017$), a haskőfogat ($p<0,001$), a HDL szint ($p=0,032$), a folyadékfogyasztás ($p=0,001$) és a fizikai aktivitás ($p=0,004$) változása. Az egyéb paramétereket nem befolyásolta

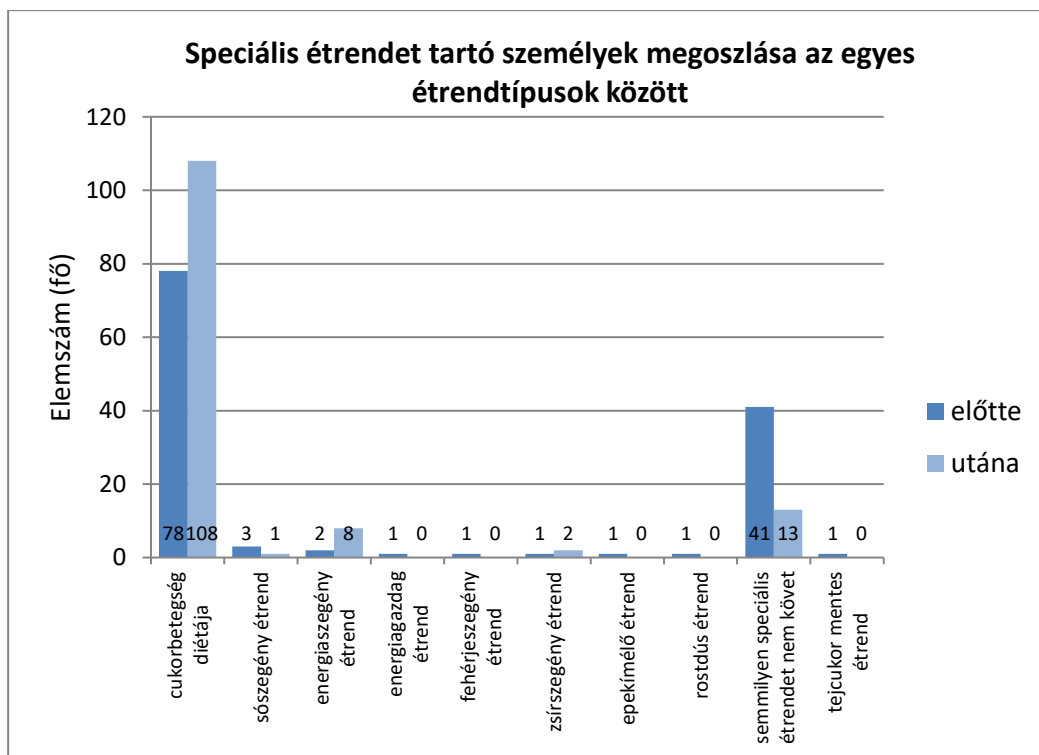
Az írásos betegtájékoztató azonban egyik paraméterre sem volt hatással szignifikánsan. Az összkoleszterin-szint változása a csoportos terápián részt vevők körében volt hatásosabb. Más paramétert ez sem befolyásolt.

A jobb compliance szignifikánsan javította a haskőfogat csökkenését ($r=0,349$; $p<0,001$) és a fizikai aktivitás növekedését ($r=0,375$; $p<0,001$). Egyéb paraméterekre nem gyakorolt kimutatható hatást.

Dietetikai adatlap:

A dietetikai adatlap 132 fő esetében került értékelhető módon kitöltésre. Esetükben a táplálkozási szokásokat és a dietetikai tanácsadás hatására azok változását az alábbi ábra mutatja (F39. ábra):

F39. Speciális étrendet tartó személyek megoszlása az egyes étrendtípusok között



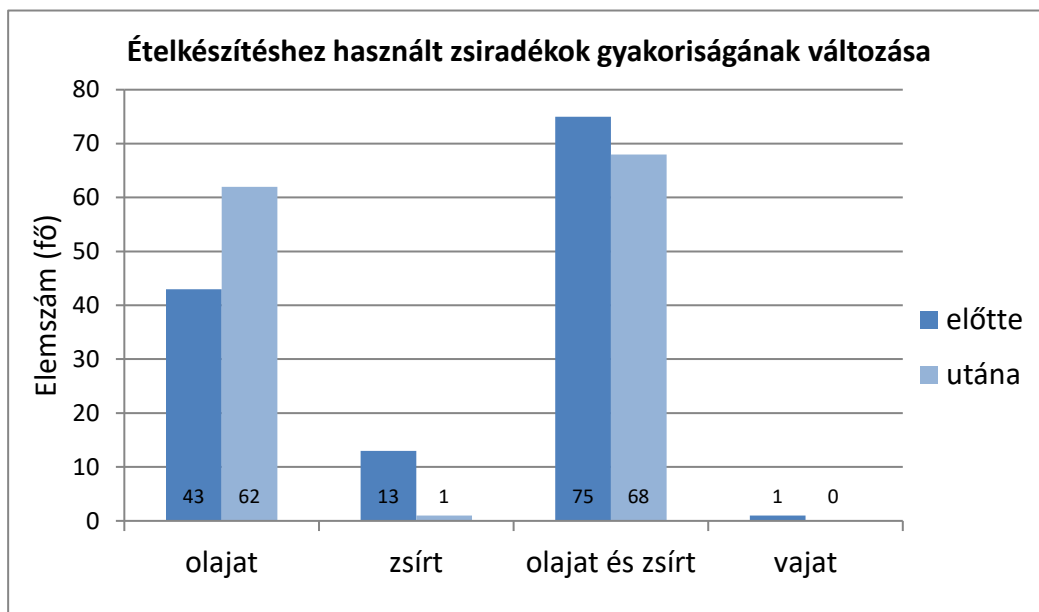


Mind a zöldség, mind a gyümölcs fogyasztásuk szignifikánsan gyakoribbá vált (mindkét esetben $p < 0,001$; páros Wilcoxon teszt)

Legalább napi rendszerességgel 53,8%-uk fogyasztott a tanácsadás előtt, mely arány 74,2%-ra emelkedett. A gyümölcsfogyasztás esetében ugyanez az arány 56,1% és 74,2% volt.

A főzéshez leggyakrabban használt zsiradékok közül az olaj használata került előtérbe az intervenció hatására. (Id.: F40. ábra)

F40. Ételkészítéshez használt zsiradékok gyakoriságának változása



A kérdőíven vizsgált egyes élelmiszerek fogyasztási gyakoriságában bekövetkezett változást, az alábbi táblázat mutatja (T27. táblázat):

T27. Az élelmiszerfogyasztási gyakoriságban bekövetkezett változás iránya és statisztikai értékelése

Élelmiszer	Változás	p
Baromfi	növekedés	0,156
Hal	növekedés	0,272
Sajt	növekedés	0,687
Tej	növekedés	0,230
Tojás	csökkenés	0,020



Nyers gyümölcs	növekedés	0,000
Nyers zöldség	növekedés	0,000
Főzelékféle	növekedés	0,000
Hüvelyesek	csökkenés	0,044
Olajos magvak	csökkenés	0,028
Barna kenyér	növekedés	0,000

Étrendi ismeretek

Az étrendi ismeretek és annak változását felmérő kérdőívből 158 értékelhető adatlap pár érkezett be: 108 valamely tanácsadásba bevont praxisból és 50 kérdőív a kontroll körzetekből.

A dietetikai tanácsadás hatására az intervenció csoportban az attitűdöt mérő kérdések közül a minél kevesebb cukor/ édesség fogyasztása szignifikánsan fontosabbá vált ($p=0,001$), ahogyan az egészséges étkezés fontossága is ($p=0,013$). A kontroll csoport egyik esetben sem történt javulás a válaszadók véleményében ($p=0,087$ és $p=0,449$). Az ideális testsúly/testtömeg elérése, mint lényeges cél azonban egyik csoportban sem vált fontosabbá (intervenció $p=0,282$; kontroll $p=0,074$).

A kontroll és az intervenció csoport attitűdjét összehasonlítva a tanácsadás előtt az ideális testtömeg elérésének fontosságában nem volt különbség ($p=0,486$), azonban a kevesebb édesség fogyasztása ($p=0,045$), az egészséges étkezés fontossága ($p=0,003$), majd az intervenciót követően az ideális testtömeg ($p=0,009$), a kevesebb édesség ($p<0,001$) és az egészséges étkezés ($p<0,001$) is az intervenció csoportban volt fontosabb. Bár az ideális testtömeg elérésnek fontossága a kezdeti és a zárasi kérdőívek eredményeit összehasonlítva nem különbözött egymástól szignifikánsan, vélhetően azonban annyi változás mégis történt, hogy a kontrollal összehasonlítva már kedvezőbb eredményeket kapjunk. A tudásszintet felmérő kérdőív részéből számított összpontszám is szignifikáns javulást mutatott a dietetikai tanácsadáson részt vettek csoportjában ($p<0,001$; $t=-10,682$; $df=107$), a kontrollcsoport esetében ilyen változás nem történt ($p=0,497$; $t=0,684$; $p=0,497$).

Bár a tudásszint változása, emelkedése szignifikáns volt az intervenció csoportban, azonban azt is meg kell jegyeznünk, hogy az intervenció praxisok betegeinek kiindulási tudásszintje is szignifikánsan magasabb volt, mint a kontroll praxisokban ($p<0,001$; $t=6,702$; $df:156$). Ez is alátámasztja, hogy még a – más praxisokkal összehasonlítva – jobb tudásszinttel rendelkező betegek számára is eredményes a dietetikai tanácsadás.

Sf-12 életminőség kérdőív:

Az SF-12 kérdőív standard, 100 pontos skálán mért értékei alapján az összesített életminőség a dietetikai tanácsadás hatására szignifikánsan javult ($p=0,001$; $t=-3,556$; $df=127$), míg a kontroll csoportban szignifikáns változás nem volt megfigyelhető ($p=0,279$; $t=1,095$; $df=45$).

Az egyes dimenziókban bekövetezett változást az alábbi táblázatok mutatják az intervenciós és a kontroll csoportban.

Az intervenciós csoportban a testi fájdalom és szociális funkciók kivételével minden területen javulás volt megfigyelhető. A kontroll csoportban a lelki egészség miatti korlátozottság terén történt szignifikáns romlás és a szociális funkciók terén. Így bár a tanácsadáson részt vevő személyek szociális funkciói nem változtak, ez azonban a kontroll csoporthoz viszonyítva jelentős előrelépésként is értékelhető. (T28. táblázat)

T28. Az SF-12 kérdőív egyes dimenzióiban mért változás

Csoport			átlag	elemszám	szórás	p
intervenció	Mental health	előtte	71,77	124	21,72	0,029
		utána	76,13	124	22,80	
	Role function (emotion)	előtte	72,40	125	40,39	0,040
		utána	80,80	125	36,91	
	Role function (physical)	előtte	45,67	127	45,87	<0,001
		utána	61,81	127	44,30	
	Physical function	előtte	52,15	128	32,00	0,022
		utána	57,81	128	32,87	
	Social function	előtte	78,05	123	28,38	0,433
		utána	75,81	123	28,80	
	Vitality	előtte	53,88	121	26,06	0,002
		utána	61,49	121	25,58	
	Bodily pain	előtte	62,30	124	28,42	1,000
		utána	62,30	124	28,06	
General health	előtte	33,59	128	18,68	<0,001	
	utána	41,41	128	19,95		



Csoport			átlag	elemszám	szórás	p
kontroll	Mental health	előtte	49,35	46	14,97	0,275
		utána	46,52	46	20,35	
	Role function (emotion)	előtte	58,70	46	42,56	0,031
		utána	44,57	46	39,76	
	Role function (physical)	előtte	40,00	45	43,43	0,048
		utána	50,00	45	41,29	
	Physical function	előtte	36,96	46	29,22	0,242
		utána	41,30	46	23,10	
	Social function	előtte	71,20	46	29,33	0,023
		utána	58,70	46	28,49	
	Vitality	előtte	40,43	46	21,70	0,817
		utána	39,57	46	20,00	
	Bodily pain	előtte	50,00	46	26,35	0,452
		utána	46,74	46	26,67	
	General health	előtte	29,35	46	16,08	0,811
		utána	29,89	46	16,35	

C.5.2.2. Obes csoport

A kutatásba bevont, értékelhetően visszaérkezett kérdőívek száma 212 volt. Összességében 32,5% férfi a résztvevők közül. Átlagéletkoruk 54,7 év $\pm 12,4$ év (18-82 év).

Praxiskódonként az alábbi táblázat mutatja a nemi megoszlást és az életkori átlagokat (T29. táblázat):

T29. A praxiközösségek életkori megoszlása

	Elemzészám	Átlag	SD	Min.	Max.
BDO	39	58,92	8,797	31	75
BOD	53	53,94	12,001	24	77
HDO	18	47,89	14,692	18	82
JDO	52	54,29	14,209	19	82
Kontroll	50	55,38	11,651	26	76

A vizsgált praxisok közül csak a HDO és a BDO praxisban bevont személyek átlagéletkorában volt szignifikáns különbség ($p=0,018$). A nemi megoszlás a praxisok között nem mutatott szignifikáns különbséget. ($p=0,111$; $\chi^2=7,514$; $df=4$)



Az intervenció hatására mind a BMI, a háskörfogat és az összcholeszterinszint is szignifikánsan csökkent. A folyadékfogyasztás és a fizikai aktivitás növekedése is szignifikáns volt. Ugyanakkor a kontroll-csoport esetében egyik paraméterben sem volt szignifikáns változás. Továbbá azt is szükséges megjegyezni, hogy bár volt kitűzött, elérendő testtömeg, ezt az értéket a vizsgálat végére nem sikerült elérni. (T30. táblázat)

T30. A kutatásba bevont személyek felmért paramétereinek intervenció előtti és utáni értékei és azok változása

Intervenció csoport		átlag	elemszám	szórás	változás	p
BMI	Előtte	36,37	159	7,13	1,49	<0,001
	Utána	34,88	159	6,99		
Haskörfogat	Előtte	112,30	149	16,40	2,98	<0,001
	Utána	109,33	149	15,41		
Összcholeszterin	Előtte	5,30	128	1,16	0,17	0,037
	Utána	5,13	128	1,16		
LDL	Előtte	3,13	76	1,12	0,04	0,657
	Utána	3,09	76	1,11		
Triglicerid	Előtte	1,77	127	0,99	0,09	0,273
	Utána	1,68	127	0,87		
HDL	Előtte	1,41	78	0,44	0,03	0,468
	Utána	1,38	78	0,41		
Folyadékfogyasztás	Előtte	2,01	157	0,74	-0,23	<0,001
	Utána	2,24	157	0,62		
Fizikai aktivitás	Előtte	6,34	161	2,01	-0,37	<0,001
	Utána	6,71	161	1,72		
Elérendő és elért ttkg	Előtte	78,39	156	18,74	-18,12	<0,001
	Utána	96,51	156	22,98		

Kontroll		átlag	elemszám	szórás	változás	p
BMI	Előtte	34,294	47	4,52	0,64	0,171
	Utána	33,65	47	4,51		
Haskörfogat	Előtte	109,55	44	19,39	-1,39	0,632
	Utána	110,94	44	12,89		
Összcholeszterin	Előtte	5,48	46	1,17	-0,07	0,307



	Utána	5,55	46	0,97		
LDL	Előtte	2,86	10	0,70	-0,18	0,219
	Utána	3,04	10	0,70		
Triglicerid	Előtte	1,83	46	0,86	-0,02	0,787
	Utána	1,84	46	0,86		
HDL	Előtte	1,30	11	0,25	-0,01	0,784
	Utána	1,31	11	0,23		
Folyadékfogyasztás	Előtte	2,40	11	1,20	-0,32	0,308
	Utána	2,72	11	0,68		
Fizikai aktivitás	Előtte	4,74	46	1,86	-0,22	0,297
	Utána	4,96	46	2,00		

Az intervenciós csoportban a testtömeg átlagosan $1,38 \text{ kg} \pm 1,22 \text{ kg}$ -mal csökkent. A felmért paraméterek esetében a kontroll csoportban bekövetkezett (egyébként nem szignifikáns) változás mértékéhez képest a dietetikai tanácsadáson részt vettek testtömegindexe, haskőfogata, összkoleszterin-szintje valamint az átlagos étkezési gyakorisága is szignifikánsan nagyobb mértékben változott, minden esetben kedvező irányba. Az egyes paraméterek változásának részletes adatait, valamint a lineáris regressziós modell eredményeit a T31. táblázat tartalmazza.

T31. A dietetikai tanácsadás hatására bekövetkezett változás mértékének összehasonlítása a kontroll csoportban bekövetkezett változással (obes csoport)

Deskriptív statisztika	SH/8/1		Kontroll		p ^{&}
	n	medián [25 percentilis; 75 percentilis]	n	medián [25 percentilis; 75 percentilis]	
BMI változás (kg/m ²)	154	-1,20 [-1,84;-0,63]	46	0,00 [-0,08;0,00]	<0,001*
Haskőfogat változás (cm)	145	-3,00 [-5,00;0,00]	42	0,00 [0,00;0,00]	<0,001*
LDL szint változás (mmol/l)	74	0,00 [-0,28;0,20]	10	0,00 [0,00;0,14]	0,271
HDL szint változás (mmol/l)	75	0,00 [-0,13;0,10]	11	0,00 [0,00;0,00]	0,775
Triglicerid szint változás (mmol/l)	122	0,00 [-0,34;0,19]	45	-0,07 [-0,11;0,00]	0,805
Összkoleszterin szint változás (mmol/l)	122	-0,10 [-0,45;0,12]	46	0,00 [-0,13;0,23]	0,014*
Fizikai aktivitás változás	158	0,00 [0,00;1,00]	46	0,00 [-0,25;1,00]	0,207
Étkezési gyakoriság változás	156	1,00 [0,00;2,00]	11	0,00 [-1,00;0,00]	0,001*
Folyadékfogyasztás változás	153	0,00 [0,00;0,50]	10	0,00 [-0,25;0,63]	0,727



Többváltozós lineáris regresszió [#]	SH/8/1
	β [95%-os MT] [^]
BMI változás (kg/m ²)	-1,35 [-1,71;-0,99]*
Haskőrfogat változás (cm)	-3,74 [-4,90;-2,58]*
LDL szint változás (mmol/l)	-0,44 [-0,96;0,08]
HDL szint változás (mmol/l)	-0,02 [-0,20;0,16]
Triglicerid szint változás (mmol/l)	0,03 [-0,17;0,22]
Összkoleszterin szint változás (mmol/l)	-0,24 [-0,47;-0,01]*
Fizikai aktivitás változás	0,31 [-0,10;0,72]
Étkezési gyakoriság változás	0,97 [0,34;1,60]*
Folyadékfogyasztás változás	0,07 [-0,21;0,35]

[^] lineáris regressziós koefficiens 95%-os megbízhatósági tartománnyal; korigálva életkorra, nemre, iskolai végzettségre
^{*}Szignifikáns különbség/változás
[#] normalizált kimeneti paraméterekkel
& Mann-Whitney teszt

Azon személyek csoportjában, ahol sor került táplálkozási napló vezetésére, a haskőrfogat csökkenése szignifikánsan eredményesebb volt, mint ahol a napló nem került vezetésre (p=0,004; t=2,920; df=147). Továbbá azon személyek esetében, ahol rendszeres testtömeg-kontroll is megvalósult, szignifikánsan nagyobb mértékű volt a haskőrfogat-csökkenés (p<0,001; t=3,942; df=146); a folyadékfogyasztás növekedése (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). Más területen nem volt különbség a csoportos, illetve egyéni tanácsadás eredményessége között.

Nem meglepő módon a jobban együttműködő személyek esetében szignifikánsan eredményesebb 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 változása és az iskolai végzettség között összefüggés nem igazolható.

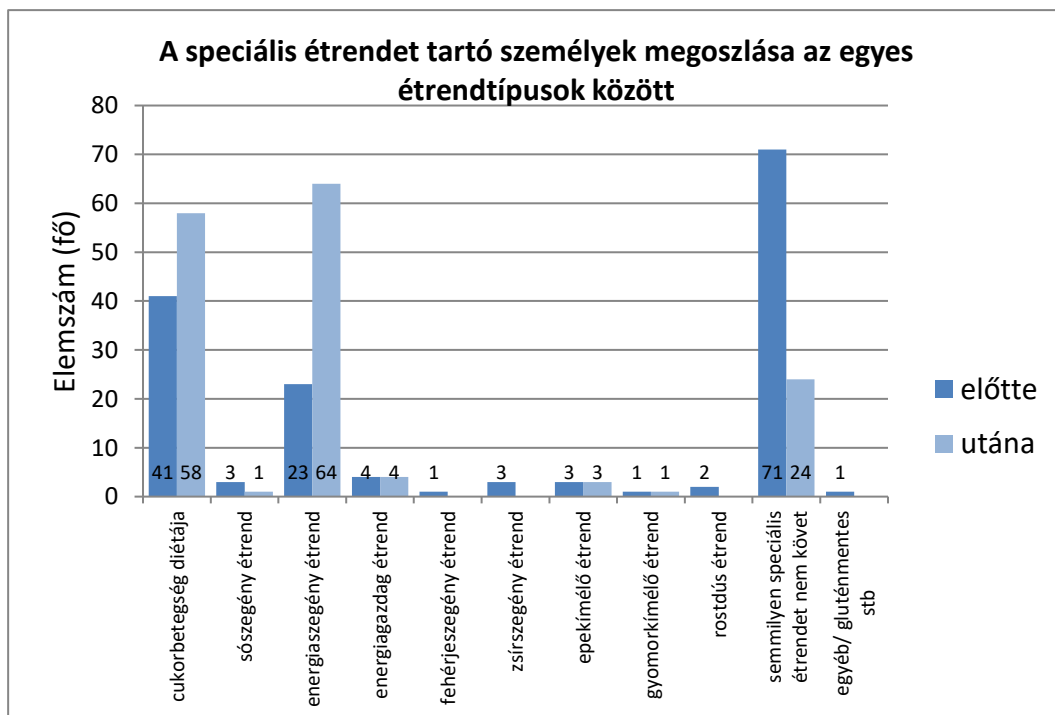
Az étkezések gyakorisága az intervenció hatására szignifikánsan emelkedett ($p < 0,001$; $t = -8,920$; $df = 161$), míg a kontroll csoportban nem változott ($p = 0,236$; $t = 1,254$; $df = 11$). Az energiabevitel mértéke (mely 5 fokozatú sorrendi skálán került felvételre) az intervenció csoportban szignifikánsan csökkent ($p < 0,001$) (a kontroll csoportról nem érkezett vissza).

Dietetika adatlap eredményei:

155 értékelhető kérdőív pár érkezett vissza az intervencióba bevont praxisokból. (Kontrollcsoport nem került elemzésre, illetve tőlük kérdőív nem került vissza).

A válaszadók által az intervenció előtt követett leggyakoribb étrend a cukorbeteg diéta (41 fő) és az energiaszegény étrend (23 fő). Ennél is többen, 71 fő nyilatkozott úgy, hogy nem követ semmilyen étrendi előírást. Ezek az arányok az intervenciót követően jelentősen változtak: a két leggyakoribb étrend követői tábora emelkedett jelentősen. A részletes adatokat a következő ábra szemlélteti. (F41. ábra)

F41. A speciális étrendet tartó személyek megoszlása az egyes étrendtípusok között



A kutatásba bevont személyek esetében mind a zöldségfogyasztás ($p < 0,001$, Kruskal-Wallis test), mind a gyümölcsfogyasztás ($p < 0,001$) gyakorisága szignifikánsan emelkedett.



A sütéshez használt zsiradékok közül az intervenció hatására nőtt az olajhasználók aránya a részben vagy kizárólag zsírt vagy szalonnát használókkal szemben.

Az egyes élelmiszerek fogyasztási gyakoriságában a sajt ($p=0,147$) és a hüvelyesek ($p=0,184$) fogyasztása nem változott az intervenció hatására.

Szignifikánsan ritkábban fogyasztottak a megkérdezettek tojást ($p=0,001$) és olajos magvakat ($p=0,003$)

Gyakoribbá vált a baromfi ($p=0,012$), a hal ($p=0,021$), a tej ($p=0,006$), a nyers gyümölcs ($p<0,001$), zöldség ($p<0,001$) és főzelékfélék ($p<0,001$), valamint a barna kenyér ($p<0,001$) fogyasztása.

Étrendi ismeretek:

Az étrendi ismereteket taglaló kérdőívpart 47-en töltötték ki a kontroll praxisokból és összesen 103-an az intervenció körzetekből.

A kérdőív első három kérdése az ideális testtömeg, a minél kevesebb cukor és édesség fogyasztása és a későbbi betegségek megelőzése érdekében történő egészséges étkezéssel szembeni attitűdöt vizsgálta. A kontroll csoportban a kezdeti és a zárasi kérdőívek tanulsága szerint egyik kérdésben sem történt szignifikáns változás (rendre $p=0,665$; $p=0,695$; $p=0,092$). Az intervenció csoportban azonban mindhárom kérdésben javultak a válaszok: fontosabbá vált az ideális testsúly elérése ($p=0,028$), a kevesebb cukor fogyasztása ($p=0,001$) és az egészséges étkezés ($p<0,001$).

A fenti változás érdekessége továbbá, hogy míg az ideális testtömeg fontosságát mind a kontroll mind az intervenció csoportokban hasonlóan értékelték ($p=0,705$), addig a cukor és édesség 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 irányban befolyásolni.

A további 10 kérdés a *táplálkozásra, egészségre, életmódra*, vonatkozóan ad tájékoztatást. A helyes válaszokkal maximálisan elérhető 10 pontból a kontroll csoport 3,17 \pm 1,93 pontról 3,79 \pm 1,89 pontra javuló eredményt mutatott ($p=0,030$). Az intervenció csoport kezdeti pontszáma is már jelentősen és szignifikánsan magasabb volt (5,34 \pm 2,05 pont; $p<0,001$). Ez az érték az intervenció hatására tovább emelkedett: 8,47 \pm 1,63 pont, a változás statisztikailag szignifikáns volt ($p<0,001$). Bár mindkét csoportban szignifikáns javulás



volt tapasztalható, a változás mértéke azonban jelentősen nagyobb volt az intervenció csoportban, átlagosan közel 85%-os tudásszintet értek el, szemben a kontroll csoport alig 38%-os legjobb eredményével. A kontroll csoportban átlagosan $0,62 \pm 1,89$ pontot javult az eredmény, míg az oktatott személyek átlagosan $3,13 \pm 2,5$ ponttal teljesítettek sikeresebben ($p < 0,001$).

Sf-12 életminőség kérdőív:

Az SF-12 kérdőívvel felmért életminőség változását a megfelelő kérdések inverz kódolását követő átlagpontszámok alapján és a 0-100 pontos skála rendszerben értékelve is hasonló eredményeket kapunk. Az intervenció csoportban szignifikáns javulás figyelhető meg, míg a kontroll- csoport szignifikáns változása romlást jelez. A főbb adatokat az alábbi táblázatok tartalmazzák. (T32. táblázat)

T32. SF-12 összpontszám és 100-pontos értékelési rendszer összehasonlító eredményei

abszolút pontok	Összpontszám_1	szórás	Összpontszám_2	szórás	p
Intervenció csoport	35,91	7,56	38,37	6,50	<0,001
kontroll csoport	30,83	6,63	28,74	7,98	0,003

0-100 pont.	Összpontszám_1	szórás	Összpontszám_2	szórás	p
Intervenció csoport	67,72	21,39	74,81	19,83	0,027
kontroll csoport	55,68	21,42	50,94	25,72	<0,001

Az SF-12 egyes dimenzióit tekintve az intervenció csoportban a szociális funkciók és a testi fájdalom csoportjában nem volt szignifikáns változás, a többi dimenzióban statisztikailag szignifikáns növekedés, azaz javulás következett be. A kontroll csoport esetében a mentális egészség és a szociális funkciók szignifikánsan romlottak, míg a fizikai funkciók szignifikánsan javultak. Más dimenziók mentén szignifikáns változást nem tudtunk kimutatni. A részletes adatokkal a következő táblázat foglalkozik. (T33. táblázat)



T33. Az SF-12 kérdőív egyes dimenzióban bekövetkezett változás a vizsgált csoportokban

Mérési dimenzió	Kontroll				Intervenció			
	átlag	elem- szám	szórás	p	átlag	elem- szám	szórás	p
Mental_health	53,04	46	18,60	<0,001	78,78	148	19,13	0,001
	41,09	46	21,42		83,24	148	19,14	
Role_funct_emot	66,30	46	40,90	0,341	76,85	149	38,35	0,049
	60,87	46	43,35		82,89	149	35,25	
Role_funct_phys	63,04	46	44,01	0,554	60,60	151	43,82	<0,001
	59,78	46	40,30		77,48	151	36,83	
Physical_funct	47,28	46	32,16	0,010	64,40	151	31,55	<0,001
	56,52	46	30,93		72,02	151	29,00	
Social_funct	78,26	46	23,34	0,001	86,30	146	24,05	0,485
	61,96	46	32,38		84,93	146	26,01	
Vitality	41,30	46	23,63	0,420	64,46	148	24,89	0,003
	38,70	46	22,86		70,81	148	23,72	
Bodily_pain	60,33	46	23,91	0,070	72,13	148	26,17	0,102
	52,72	46	34,65		75,34	148	25,25	
General_health	35,87	46	20,85	1,000	43,33	150	20,21	<0,001
	35,87	46	23,36		51,83	150	20,91	

C.5.2.3. HIPERTONIA

A visszaérkezett kérdőívek alapján 156 tanácsadáson résztvevő és 49 kontroll csoporthoz 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 ($p=0,078$).

A dietetikai tanácsadáson részt vevő páciensek BMI-je, haskőfogata, szisztolés vérnyomása és fizikai aktivitása szignifikánsan csökkent, folyadékfogyasztása és az étkezések gyakorisága pedig szignifikánsan emelkedett. A kontroll csoporthoz tartozók egyik paraméter esetében sem mutattak szignifikáns változást. Bár a BMI szignifikánsan csökkent, ugyanakkor a kitűzött cél-testtömegtől továbbra is szignifikánsan elmaradtak az értékek. A részletes adatokat az alábbi táblázatok mutatják. (T34. táblázat)



T34. A kutatásba bevont személyek felmért paramétereinek intervenció előtti és utáni értékei

csoport			átlag	elemszám	szórás	p
intervenció	BMI	előtt	34,48	152	7,56	0,040
		utána	33,73	152	6,87	
	Haskőrfogat	előtt	110,43	145	17,61	0,017
		utána	108,53	145	16,31	
	Összkoleszterin	előtt	5,37	131	1,21	0,078
		utána	5,20	131	1,23	
	LDL	előtt	3,15	76	1,11	0,495
		utána	3,07	76	1,09	
	Triglicerid	előtt	1,92	132	1,04	0,090
		utána	1,78	132	0,94	
	HDL	előtt	1,42	78	0,49	0,598
		utána	1,40	78	0,47	
	Vérnyomás (syst)	előtt	143,54	144	18,25	0,004
		utána	139,68	144	13,52	
	Vérnyomás (diast)	előtt	92,12	144	60,60	0,162
		utána	85,06	144	9,04	
Folyadékfogyasztás	előtt	1,97	156	0,66	<0,001	
	utána	2,19	156	0,63		
Fizikai aktivitás	előtt	6,04	152	2,04	<0,001	
	utána	6,48	152	1,80		
Elérendő és elért testtömeg	előtt	74,75	148	14,80	<0,001	
	utána	92,79	148	22,54		
Étkezési gyakoriság	előtt	4,97	151	0,29	<0,001	
	utána	4,44	151	0,78		

csoport			átlag	elemszám	szórás	p
kontroll	BMI	előtt	31,65	41	5,16	0,545
		utána	31,55	41	4,83	
	Haskőrfogat	előtt	108,66	37	10,51	0,430
		utána	106,78	37	17,80	
	Összkoleszterin	előtt	5,72	38	1,31	0,434
		utána	5,81	38	1,22	
	LDL	előtt	3,08	17	0,79	0,679
		utána	3,15	17	0,80	
	Triglicerid	előtt	1,81	38	0,88	0,583



HDL	utána	1,78	38	0,83	0,940
	előtt	1,60	18	0,27	
utána	1,60	18	0,30		
Vérnyomás (syst)	előtt	135,47	36	10,31	0,653
	utána	136,11	36	10,46	
Vérnyomás (diast)	előtt	81,83	36	6,87	0,805
	utána	81,53	36	5,35	
Folyadékfogyasztás	előtt	2,23	49	0,62	0,110
	utána	2,45	19	0,76	
Fizikai aktivitás	előtt	5,34	41	1,73	0,127
	utána	4,90	41	2,05	

Az intervencióban részesülő csoportban a BMI, a haskörfogat és az összkoleszterin-szint csökkenése, valamint a fizikai aktivitás és az étkezési gyakoriság növekedése szignifikánsan nagyobb mértékű volt, mint ugyanezen paraméterekben bekövetkezett (nem szignifikáns) változás mértéke. Az alábbi táblázatban szereplő adatokon túl a fogyás mértéke a hipertóniás betegcsoportban $0,88 \text{ kg} \pm 1,1 \text{ kg}$ volt. (T35. táblázat)

T35. A dietetikai tanácsadás hatására bekövetkezett változás mértékének összehasonlítása a kontroll csoportban bekövetkezett változással (hipertóni csoport)

Deskriptív statisztika	SH/8/1		Kontroll		p [*]
	n	medián [25 percentilis; 75 percentilis]	n	medián [25 percentilis; 75 percentilis]	
BMI változás (kg/m ²)	143	-0,74 [-1,47;0,00]	41	0,00 [-0,66;0,45]	<0,001*
Haskörfogat változás (cm)	120	-2,00 [-4,00;0,00]	35	0,00 [0,00;1,00]	<0,001*
Szisztolés vérnyomás változás (Hgmm)	137	-2,00 [-10,00;5,00]	36	0,00 [-5,75;5,00]	0,092
Diasztolés vérnyomás változás (Hgmm)	137	0,00 [-10,00;5,00]	36	0,00 [-4,50;5,00]	0,317
LDL szint változás (mmol/l)	72	-0,02 [-0,50;0,20]	17	0,00 [-0,13;0,00]	0,515
HDL szint változás (mmol/l)	73	-0,03 [-0,15;0,05]	18	0,00 [-0,04;0,07]	0,236
Triglicerid szint változás (mmol/l)	124	0,00 [-0,38;0,10]	38	0,00 [-0,04;0,10]	0,169
Összkoleszterin szint változás (mmol/l)	124	-0,03 [-0,42;0,15]	37	0,00 [-0,06;0,22]	0,046*
Fizikai aktivitás változás	146	0,00 [0,00;1,00]	41	0,00 [-2,00;0,00]	<0,001*
Étkezési gyakoriság változás	146	1,00 [0,00;2,00]	19	0,00 [-1,00;0,00]	<0,001*
Folyadékfogyasztás változás	147	0,00 [0,00;0,50]	18	0,00 [-0,13;0,50]	0,559



Többváltozós lineáris regresszió [#]	SH/8/1
	β [95%-os MT] [^]
BMI változás (kg/m ²)	-0,70 [-1,10;-0,30]*
Haskőrfogat változás (cm)	-2,42 [-3,66;-1,17]*
Szisztolés vérnyomás változás (Hgmm)	-4,29 [-9,69;1,12]
Diasztolés vérnyomás változás (Hgmm)	-1,85 [-5,94;2,24]
LDL szint változás (mmol/l)	-0,28 [-0,71;0,15]
HDL szint változás (mmol/l)	-0,08 [-0,20;0,04]
Triglicerid szint változás (mmol/l)	-0,10 [-0,32;0,12]
Összkoleszterin szint változás (mmol/l)	-0,20 [-0,49;0,09]
Fizikai aktivitás változás	0,79 [0,30;1,28]*
Étkezési gyakoriság változás	1,03 [0,60;1,46]*
Folyadékfogyasztás változás	0,10 [-0,13;0,34]

[^] lineáris regressziós koefficiens 95%-os megbízhatósági tartománnyal; korigálva életkorra, nemre, iskolai végzettségre
^{*} Szignifikáns különbség/változás
[#] normalizált kimeneti paraméterekkel
[&] Mann–Whitney teszt

A testtömeg kontrollon rendszeresen résztvevők között szignifikánsan eredményesebb volt a haskőrfogat csökkenése (p=0,011), a szisztolés vérnyomás csökkenése (p=0,001), és a fizikai aktivitás növekedése (p<0,001). Az egyéb paraméterek változásában nem volt különbség a rendszeres testtömeg kontrollon való részvételtől függően.

A táplálkozási naplót vezetőik körében a szisztolés vérnyomás csökkenése volt szignifikánsan nagyobb mértékű (p=0,018), továbbá az étkezések gyakorisága is eredményesebben növekedett (p=0,010). Más paraméterek változását a táplálkozási napló vezetése nem befolyásolta.

Az írásos betegtájékoztatót kapók körében szintén nagyobb mértékben csökkent a szisztolés vérnyomás, mint a betegtájékoztatót nem kapók. Más tekintetben nem volt különbség.

Az étkezési gyakoriság növekedése az egyéni tanácsadáson résztvevők körében volt eredményesebb a csoportos tanácsadáson résztvevőkkel szemben. Más paraméterek változásában a terápia egyéni vagy csoportos volta nem befolyásolta az eredményeket.

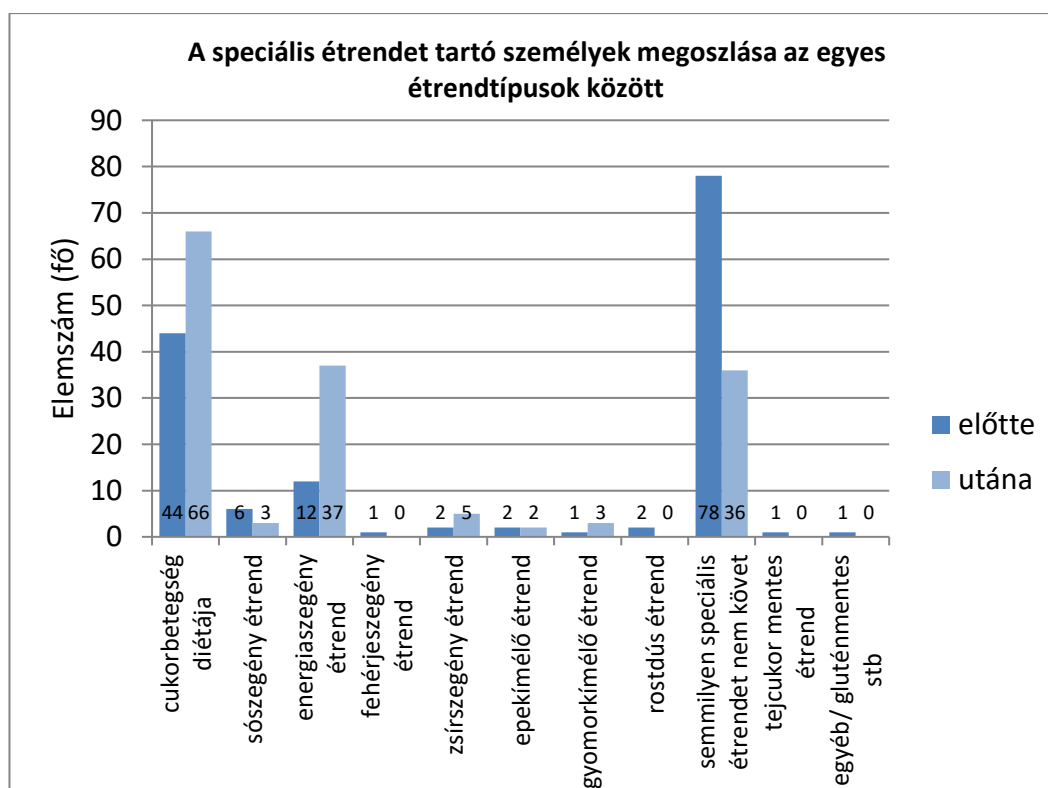
Az egyes paraméterekben bekövetkezett változás mértéke nem függ sem a betegek életkorától, sem a legmagasabb iskolai végzettségüktől.

Dietetikai adatlap eredményei:

A 152 értékelhető kérdőív pár feldolgozása során a cukorbetegség diétája és az energiaszegény étrendet követők száma növekedett, mely személyek legnagyobb része a korábban semmilyen speciális étrendet nem követők közül került ki.

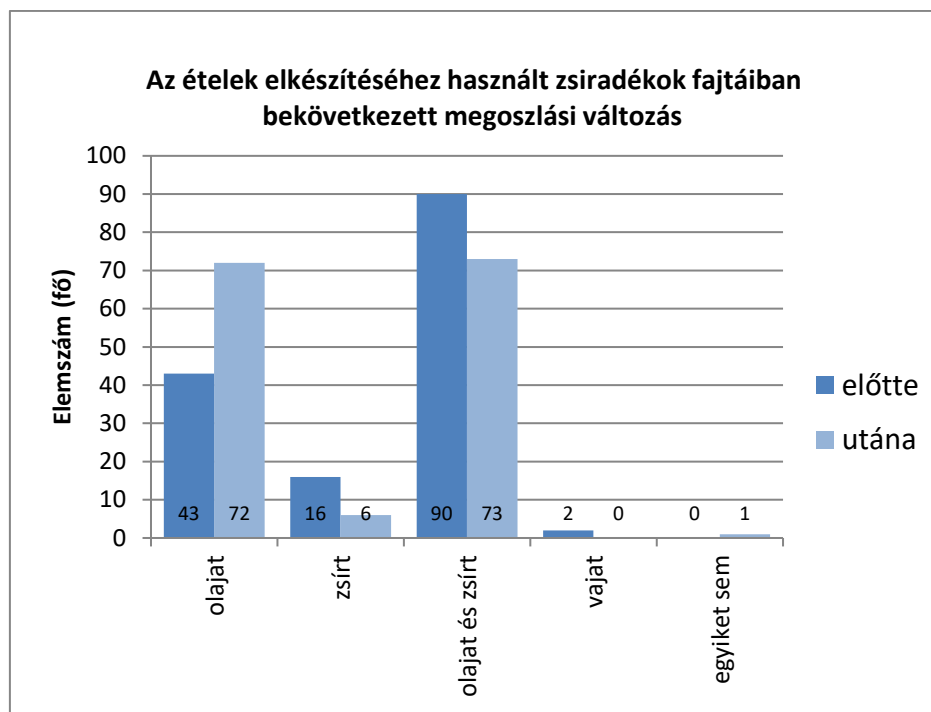
A részletes adatokat a következő ábra mutatja. (F42. ábra)

F42. A speciális étrendet tartó személyek megoszlása az egyes étrendtípusok között



A főzéshez használt zsiradékok közül a dietetikai tanácsadás hatására az olaj használatának növekedése és a zsír csökkenése volt megfigyelhető (F43. ábra)

F43. Az ételek elkészítéséhez használt zsiradékok fajtáiban bekövetkezett megoszlási változás



A zöldség és gyümölcsfogyasztás szignifikánsan növekedett: 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 egyes élelmiszerek fogyasztási gyakoriságának változását az alábbi táblázat mutatja. (T36. táblázat)

T36. Élelmiszerfogyasztási gyakoriságban bekövetkezett változás iránya és statisztikai értékelése

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

Étrendi ismeretek elemzése:

Az alapvető étrendi ismeretek közül az ideális testsúly fontossága, a kevesebb cukor/édesség fogyasztása és az egészséges étkezés betegségmegelőzési szerepéről alkotott vélemények a kontrollcsoportban szignifikánsan nem változtak (rendre: $p=0,635$; $p=0,854$; $0,408$). A dietetikai tanácsadásban részesült csoport esetében az ideális testsúly fontosságáról alkotott nézet továbbra sem változott ($p=0,564$), ugyanakkor a kevesebb édesség fogyasztása szignifikánsan fontosabbá vált ($p=0,023$). A későbbi betegségek megelőzése érdekében az egészséges étkezések fontossága szignifikánsan fontosabbá vált ($p=0,008$).

Mindhárom kérdésben az intervencióban részesült csoport kezdeti attitűdje volt kedvezőbb, mint a kontrollcsoport esetében. (rendre: $p=0,044$; $p=0,003$; $p=0,045$).

A további, 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 ($p<0,001$), ez azonban továbbra is azt támasztja alá, hogy a kezdeti magasabb tudásszint esetén is érdemes és szükséges a dietetikai tanácsadás.

Sf-12 kérdőív:

A kérdőívet kitöltők közül 152 fő intervenció csoporthoz és 41 fő kontrollcsoporthoz tartozó kérdőív került kitöltésre. Az SF-12 kérdőív 100 pontos standard értékelése alapján az összesített pontszám a kontrollcsoportban szignifikánsan nem változott ($p=0,372$; $t=-0,903$; $df=40$). A dietetikai tanácsadáson részt vett páciensek között szignifikáns javulás volt igazolható ($p<0,001$; $t=-5,394$; $df=151$).

Az egyes dimenziókban bekövetkezett változást az alábbi táblázatok tartalmazzák. Összességében elmondható, hogy míg a kontrollcsoportban nem történt szignifikáns változás, addig a legtöbb esetben a dietetikai tanácsadáson átesett személyek életminősége szignifikánsan javult. (T37. táblázat)



T37. Az SF-12 kérdőív egyes dimenzióiban mért változás

Csoport			átlag	elemszám	szórás	p
intervenció	Mental health	előtte	74,76	147	22,52	<0,001
		utána	80,95	147	18,59	
	Role function (emotion)	előtte	72,82	149	40,89	0,004
		utána	82,55	149	35,32	
	Role function (physical)	előtte	51,97	152	45,63	<0,001
		utána	69,74	152	41,95	
	Physical function	előtte	54,44	152	31,13	<0,001
		utána	63,98	152	30,68	
	Social function	előtte	81,03	145	28,15	0,877
		utána	80,69	145	26,47	
	Vitality	előtte	58,36	146	27,64	<0,001
		utána	67,12	146	24,27	
	Bodily pain	előtte	64,19	148	27,22	0,096
		utána	67,57	148	25,83	
General health	előtte	38,32	152	18,40	<0,001	
	utána	47,20	152	19,42		

Csoport			átlag	elemszám	szórás	p
kontroll	Mental health	előtte	54,15	41	26,07	0,746
		utána	52,93	41	26,00	
	Role function (emotion)	előtte	63,41	41	40,35	0,884
		utána	62,20	41	47,14	
	Role function (physical)	előtte	50,00	41	44,72	0,232
		utána	59,76	41	43,62	
	Physical function	előtte	48,78	41	33,52	0,183
		utána	56,10	41	34,81	
	Social function	előtte	70,73	41	29,53	0,812
		utána	69,51	41	28,78	
	Vitality	előtte	42,93	41	26,67	0,103
		utána	48,78	41	26,48	
	Bodily pain	előtte	56,10	41	27,83	0,628



		utána	58,54	41	31,43	
General health		előtte	31,71	41	20,17	0,213
		utána	35,98	41	25,65	

C.5.2.4. Iszb csoport

Az ISZB csoportban összesen 115 kérdőív pár került feldolgozásra, melyből 25 a kontroll csoport (ennek 56%-a férfi) és 90 az intervenciós csoport (ennek 33,3%-a férfi). A nemi megoszlás eltérése szignifikánsan különböző ($p=0,039$).

A tanácsadáson 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 nagy többségében hasonló arányban.

A dietetikai tanácsadás eredményeként az azon részt vevő páciensek BMI-je és haskőrfogata is szignifikánsan csökkent, étkezéseinek gyakorisága és folyadékfogyasztásuk szignifikánsan nőtt. A célként kitűzött testtömeget azonban nem sikerült elérniük.

A kontrollcsoportban az összkoleszterinszint szignifikáns emelkedése mellett a folyadékfogyasztás – szintén szignifikáns – emelkedése volt megfigyelhető. A további paraméterekben szignifikáns változás nem történt. A részletes adatokat az alábbi táblázatok tartalmazzák. (T38. táblázat)

T38. A kutatásba bevont személyek felmért paramétereinek intervenció előtti és utáni értékei

Csoport			átlag	elemszám	szórás	p
intervenciós	BMI	előtt	34,69	84	6,42	0,003
		utána	34,20	84	6,22	
	Haskőrfogat	előtt	109,38	85	17,90	0,007
		utána	108,40	85	17,08	
	Összkoleszterin	előtt	5,07	79	1,20	0,134
		utána	4,90	79	1,26	
	LDL	előtt	2,78	45	0,99	0,426
		utána	2,67	45	1,04	



Triglicerid	előtt	1,87	79	0,85	0,720
	utána	1,83	79	1,03	
HDL	előtt	1,33	45	0,32	0,426
	utána	1,30	45	0,32	
Étkezési gyakoriság	előtt	3,49	89	0,85	<0,001
	utána	4,28	89	0,77	
Folyadékfogyasztás	előtt	1,91	89	0,51	<0,001
	utána	2,13	89	0,42	
Elérendő és elért testtömeg	előtt	70,17	87	13,86	<0,001
	utána	93,40	87	21,31	

Csoport			átlag	elemszám	szórás	p
kontroll	BMI	előtt	37,36	8	26,25	0,766
		utána	40,71	8	12,28	
	Haskőrfogat	előtt	106,80	20	19,92	0,441
		utána	103,93	20	1,15	
	Összkoleszterin	előtt	5,16	19	0,93	0,003
		utána	5,70	19	0,36	
	LDL	előtt	2,56	4	0,40	0,660
		utána	2,66	4	0,53	
	Triglicerid	előtt	1,56	19	0,55	0,050
		utána	1,65	19	0,18	
	HDL	előtt	1,36	6	0,22	0,203
		utána	1,53	6	0,79	
	Étkezés gyakorisága	előtt	3,43	7	0,38	0,356
		utána	3,14	7	0,42	
Folyadék fogyasztás	előtt	1,75	6	0,61	0,018	
	utána	2,75	6	0,61		

Sem a betegek életkora, sem az iskolai végzettségük nem volt hatással egyik vizsgált paraméter változására sem.

Abban sem mutatkozott különbség, hogy az egyéni vagy a csoportos terápián részt vevő személyek mutattak-e nagyobb mértékű változást. Az írásos betegtájékoztató sem gyakorolt szignifikáns hatást, ahogyan a táplálkozási napló vezetése sem.

Ugyanakkor a kontroll csoportban tapasztalható (legtöbb esetben nem szignifikáns) változás nagysága és az intervenció hatására bekövetkezett változás nagysága között számos



paraméter esetében szignifikáns eltérés volt igazolható, minden esetben az intervenció csoport javára. A mért adatok változását, valamint a lineáris regresszióra vonatkozó eredményeket a T39. táblázat tartalmazza.

T39. A dietetikai tanácsadás hatására bekövetkezett változás mértékének összehasonlítása a kontroll csoportban bekövetkezett változással (ISZB csoport)

Deskriptív statisztika	SH/8/1		Kontroll		p ^{&}
	n	medián [25 percentilis; 75 percentilis]	n	medián [25 percentilis; 75 percentilis]	
BMI változás (kg/m ²)	84	0,00 [-1,19;0,00]	20	0,00 [-0,18;0,45]	<0,001*
Haskőrfogat változás (cm)	82	0,00 [-2,00;0,00]	18	0,25 [0,00;1,00]	<0,001*
LDL szint változás (mmol/l)	43	0,00 [-0,40;0,30]	4	-0,05 [-0,17;0,50]	0,783
HDL szint változás (mmol/l)	45	-0,03 [-0,13;0,05]	5	0,00 [-0,02;0,17]	0,180
Triglicerid szint változás (mmol/l)	76	0,00 [-0,48;0,10]	19	0,06 [0,00;0,11]	0,004*
Összkoleszterin szint változás (mmol/l)	77	0,00 [-0,40;0,18]	19	0,50 [0,12;0,98]	<0,001*
Fizikai aktivitás változás	89	0,00 [0,00;1,00]	20	0,00 [-1,00;1,00]	0,174
Étkezési gyakoriság változás	88	1,00 [0,00;1,00]	6	0,00 [0,00;0,00]	0,011*
Folyadékfogyasztás változás	88	0,00 [0,00;0,50]	5	1,00 [0,25;1,25]	0,012*

Többváltozós lineáris regresszió [#]	SH/8/1
	β [95%-os MT] [^]
BMI változás (kg/m ²)	-0,70 [-1,13;-0,26]*
Haskőrfogat változás (cm)	-2,43 [-3,47;-1,40]*
LDL szint változás (mmol/l)	-0,32 [-1,02;0,39]
HDL szint változás (mmol/l)	-0,09 [-0,28;0,09]
Triglicerid szint változás (mmol/l)	-0,39 [-0,70;-0,09]*
Összkoleszterin szint változás (mmol/l)	-0,80 [-1,21;-0,38]*
Fizikai aktivitás változás	0,39 [-0,14;0,92]
Étkezési gyakoriság változás	0,67 [0,10;1,24]*
Folyadékfogyasztás változás	-0,27 [-0,60;0,06]

[^] lineáris regressziós koefficiens 95%-os megbízhatósági tartománnyal; korrigálva életkorra, nemre, iskolai végzettségre

*Szignifikáns különbség/változás

[#] normalizált kimeneti paraméterekkel

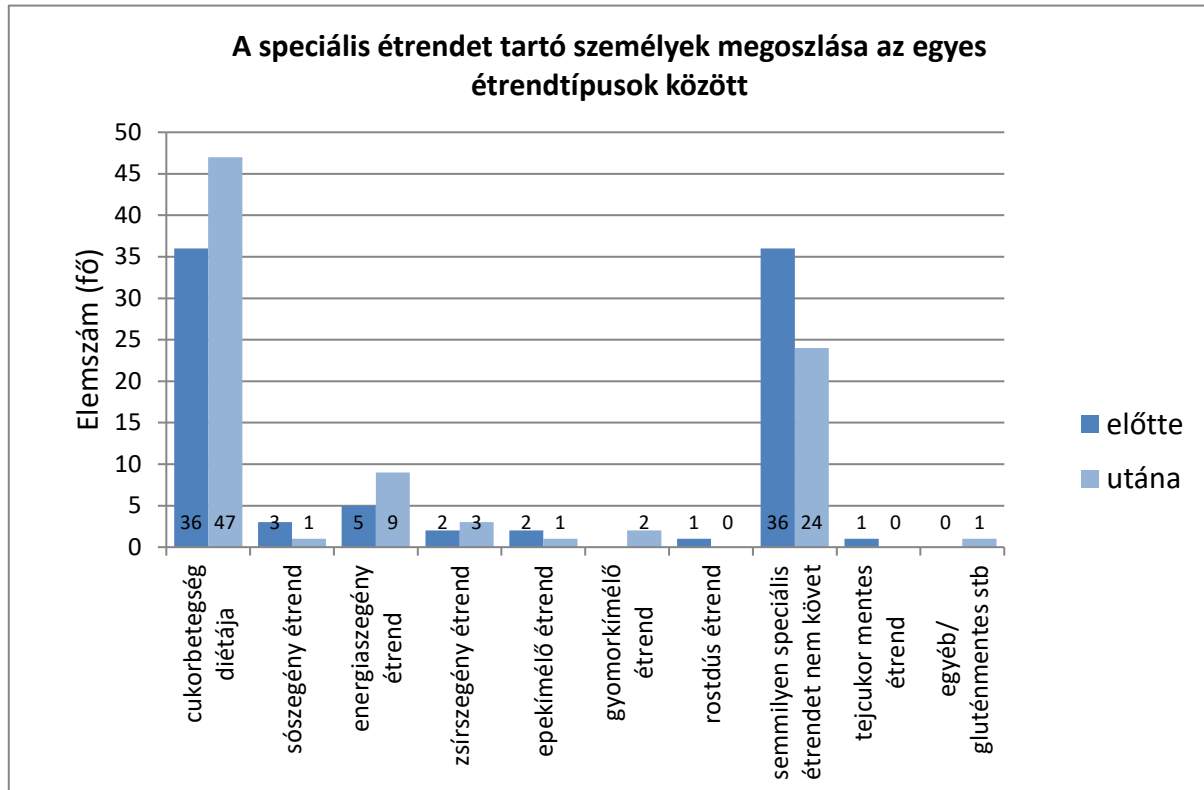
[&] Mann–Whitney teszt

Dietetikai adatlap:

Összesen 88 kiértékelésre alkalmas kérdőív pár érkezett be.

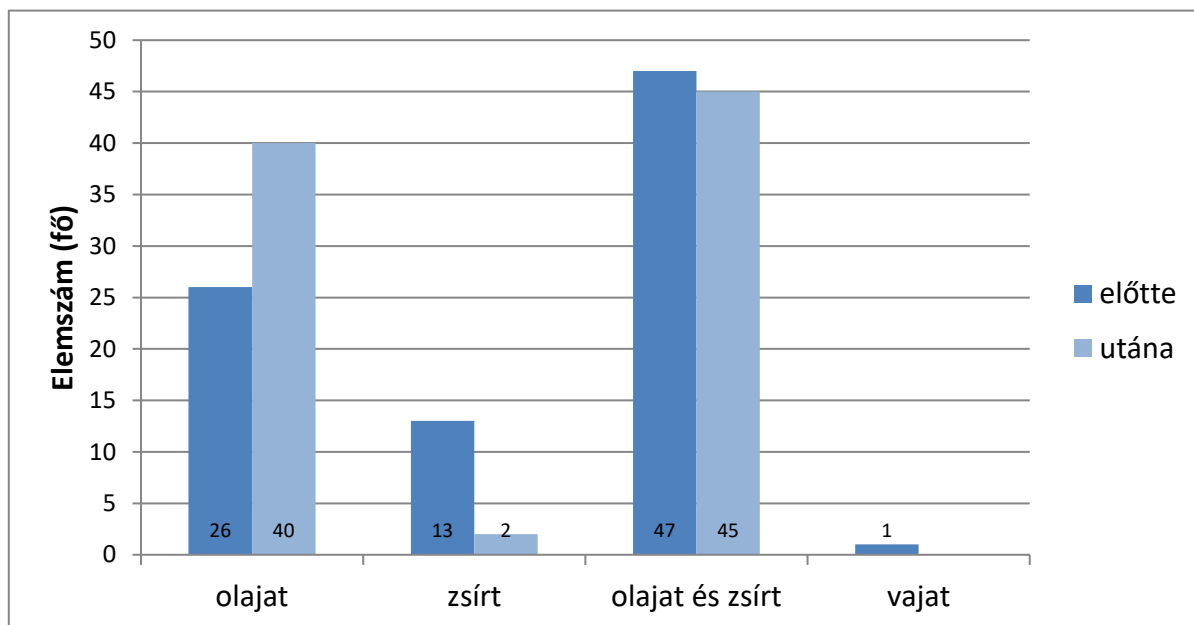
A cukorbeteg diétáját és az energiaszegény étrendet követők száma emelkedett jelentősen, míg a semmilyen diétát sem követők csökkentek. Részletes adatokat a következő ábra tartalmaz. (F44. ábra)

F44. A speciális étrendet tartó személyek megoszlása az egyes étrendtípusok között



A főzéshez használt zsiradékok közül a zsír és szalonna használata csökkent jelentősen, míg az olajat használók tábora növekedett. (F45. ábra)

F45. Az ételek elkészítéséhez használt zsiradékok fajtáiban bekövetkezett megoszlási változás



A zöldség és gyümölcsfogyasztás gyakorisága is szignifikánsan emelkedett. A zöldségfogyasztást legalább napi egyszer étrendjükbe iktatók aránya a kezdeti 61,4%-ról 81,8%-ra nőtt ($p < 0,001$). A gyümölcsfogyasztás hasonló aránypárja 58,0%-ról 77,3%-ra. ($p = 0,004$).

Az egyes élelmiszerek fogyasztási gyakoriságának változását az alábbi táblázat mutatja: Jól látható, hogy elsősorban a zöldségek is gyümölcsök fogyasztása nőtt. (T40. táblázat)

T40. Az élelmiszerfogyasztási gyakoriságban bekövetkezett változás iránya és statisztikai értékelése

Élelmiszer	Változás	p
Baromfi	növekedés	0,432
Hal	növekedés	0,144
Sajt	növekedés	0,802
Tej	növekedés	0,890
Tojás	csökkenés	0,063
Nyers gyümölcs	növekedés	0,002
Nyers zöldség	növekedés	0,001
Főzelékféle	növekedés	0,018
Hüvelyesek	csökkenés	0,078
Olajos magvak	növekedés	0,918
Barna kenyér	növekedés	0,000



Étrendi ismeretek:

A kérdőívpart értékelhetően 25 fő a kontrollcsoportból és 84 fő az intervenciós csoportból töltötte ki. A dietetikusi tanácsadás hatására az ideális testsúly eléréséről alkotott véleményük nem változott sem a kontrollcsoportban ($p=0,454$), sem az intervenciós csoportban ($p=0,169$). A tanácsadásban nem részesültek között a kevesebb édesség/ cukor fogyasztásáról alkotott véleménye szignifikánsan romlott a résztvevőknek ($p=0,048$), míg az intervenciós csoportban szignifikáns javulás volt tapasztalható ($p=0,002$). Az étkezés fontosságáról alkotott nézeteik alapján a kontrollcsoportban változás nem történt ($p=0,705$), míg az intervenciós csoportban szignifikáns javulás volt megfigyelhető ($p=0,021$). Mindhárom paraméter esetén az intervenciós 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 intervenció nélkül nem történik szignifikáns változás ($p=0,197$), míg a tanácsadásban részesültek csoportjánál a tudásszint emelkedése szignifikáns volt ($p<0,001$).

Sf-12 kérdőív:

Összesen 25 kontroll és 90 intervenciós csoporthoz tartozó kérdőív pár érkezett vissza feldolgozható formában:

Az összesített pontszámok alapján az intervenciós csoportban szignifikáns javulás volt megfigyelhető ($p=0,004$; $t=-2,978$; $df=89$), míg a kontrollcsoportban ilyen változás nem volt megfigyelhető. ($p=0,492$)

Az alábbi táblázatok a két csoport válaszait vizsgálja. Az egyes aldimenziók közül a mentális egészség, fizikai korlátozottság és az általános egészség mutatott szignifikáns javulást. A kontroll csoportban egyik dimenzióban sem történt szignifikáns javulás. (T41. táblázat)

T41. Az SF-12 kérdőív egyes dimenzióiban mért változás

Csoport			átlag	elemszám	szórás	p
Zintervenció	Mental health	előtte	68,51	87	22,65	0,012
		utána	74,60	87	20,39	
	Role function (emotion)	előtte	69,10	89	42,98	0,314
		utána	74,16	89	41,36	
	Role function (physical)	előtte	35,00	90	42,70	0,003
		utána	51,67	90	47,67	



	Physical function	előtte	43,61	90	30,58	0,106
		utána	48,61	90	29,59	
	Social function	előtte	69,12	85	29,03	0,930
		utána	68,82	85	26,70	
	Vitality	előtte	51,95	87	26,32	0,073
		utána	57,47	87	25,11	
	Bodily pain	előtte	55,97	88	25,71	0,710
		utána	57,10	88	22,73	
	General health	előtte	31,11	90	16,04	<0,001
		utána	41,11	90	17,30	
kontroll	Mental health	előtte	56,19	21	20,61	0,077
		utána	50,95	21	23,22	
	Role function (emotion)	előtte	54,76	21	44,45	0,629
		utána	50,00	21	44,72	
	Role function (physical)	előtte	40,48	21	46,42	0,858
		utána	42,86	21	32,73	
	Physical function	előtte	43,75	20	31,28	1,000
		utána	43,75	20	25,49	
	Social function	előtte	66,67	21	38,19	0,411
		utána	60,71	21	30,18	
	Vitality	előtte	45,71	21	31,08	0,634
		utána	48,57	21	16,21	
	Bodily pain	előtte	57,14	21	22,56	0,196
		utána	46,43	21	25,35	
	General health	előtte	26,19	21	12,44	0,771
		utána	25,00	21	15,81	

C.5.3. AZ EREDMÉNYEK ÉRTÉKELÉSE

A dietetikai intervenció hatására mindhárom betegcsoportban szignifikáns javulás következett be a BMI, a haskőrfogat, az étkezések gyakorisága, a folyadékfogyasztás, az energiabevitel, a zöldség-, gyümölcsfogyasztás, a zsiradékválasztás (az olaj fogyasztás került előtérbe!) 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 csökkenésére, de az ideális testtömeggel kapcsolatos attitűd



egyik csoportban sem vált fontosabbá! 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 étterendi naplót.

A diabétes, elhízott és az ISZB csoportban a vérlipidek szignifikáns csökkenése volt kimutatható összehasonlítva a kontrollokéval.

C.5.4. GAZDASÁGI VONATKOZÁSOK⁶⁰

C.5.4.1. Összefoglaló

Több nemzetközi tanulmány mutatott rá arra a kiemelten fontos tényre, hogy a dietetikusok alapellátásban történő alkalmazása nagyban segíti számos krónikus betegség – túlsúly, 2-es típusú cukorbetegség, kardiovaszkuláris megbetegedések, magas vérnyomás – hatékony megelőzését. Ismert, hogy a szekunder ellátás és prevenció hosszú távon nehezebben fenntartható, nem elég költséghatékony eljárás összevetve a primer prevenciók tevékenységgel. A Svájci Alapellátásfejlesztési Modellprogram egyik kiemelt törekvése, hogy a nemzetközi és hazai tapasztalatokra építve a dietetikusok a háziiorvosi praxisközösségek aktív résztvevőivé váljanak, és szolgáltatásaikat minden lakos számára könnyen hozzáférhetővé tegye, így társadalmi szinten a jelentős egészségnyereség mellett az egészségbiztosítási rendszer terheinek csökkenése is várható.

A Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ) 1991 óta végzi tevékenységét, tagsága több mint 1300 főre tehető napjainkban. Fő feladatuk a primer prevenciók tevékenység gyakorlása, a különböző táplálkozással összefüggő betegségek eredetének, megelőzésének és kezelésének kutatása, valamint a megfelelő táplálkozási gyakorlat lakosság körében történő kialakítása, népszerűsítése. Emellett a Szövetség szakmai rendezvények, konferenciák, továbbképzések szervezésében is szerepet vállal. 1994 óta tagja az Európai Dietetikusok Szövetségének (European Federation of the Association of Dietitians), 2008 óta

⁶⁰ A következő dokumentumszakasz Alexandra Howatson és Clare Wall 2014. július 1-én publikált tanulmánya alapján (Position Paper and Systematic Review- Contribution of dietitians to the primary healthcare workforce Dietitians NZ) és a Svájci Alapellátási Modellprogram WP7 Munkacsoportjának adatai alapján készült



pedig a Dietetikusok Világszövetségének (International Confederation of Dietetic Associations). Ez jól mutatja a szervezet nemzetközi elismertségét is.

A Svájci Alapellátásfejlesztési Modellprogram lehetőséget ad arra, hogy a kapott eredmények értékelésével és az MDOSZ szakmai szerepvállalásával a dietetikusok tevékenysége országos szinten, fenntartható módon az alapellátási szinten is megjelenjen.

C.5.4.2. Krónikus betegségek

Egy 2008-as kutatás kimutatta⁶¹, hogy a krónikus betegségek (NCD, non-communicable diseases) okozzák a halálesetek 63%-át. Ezek 44%-a következik be 70 éves kor előtt, Hat fő rizikófaktort kell megemlíteni a betegségek kialakulásában és progressziójában⁶², dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás, obesitás, túlzott sóbevitel, emelkedett vércukorszint és magas vérnyomás. Az említett rizikófaktorok közül négy jelentősen befolyásolható a dietetikus tevékenység által. A WHO állásfoglalása alapján a dietetikus prevenció és intervenció mind populációs szinten, mind egyénre szabottan kiemelkedő fontosságú a krónikus betegségek megelőzésében a rizikófaktorok csökkentése által.

Az Új-Zélandi adatok rávilágítanak, hogy nem csak a krónikus megbetegedések száma növekszik, de az egy főre jutó egészségügyi kiadások is megduplázódtak az elmúlt 10 évben⁶³. A helytelen táplálkozási szokások, a túlzott energia bevitel tehetősek felelőssé az egészségvesztés 11.4%-ért⁶⁴, továbbá évente körülbelül 9000 haláleset köthető hozzájuk (2 haláleset az 5-ből)⁶⁵.

⁶¹ World Health Organisation. Global status report on non-communicable diseases 2010. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf Accessed on 16/04/2014

⁶² Kontis V, Mathers CD, Rehm J, et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25x25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *Lancet* 2014; published online May 3. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60616-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60616-4).

⁶³ World Health Organisation. WHO Western Pacific region: New Zealand statistics summary (2002 – present). World Health Organisation website. Accessed from: <http://apps.who.int/gho/data/?theme=country&vid=14700> on 15/04/2014

⁶⁴ Ministry of Health. Health Statistics. New Zealand Burden of diseases, injuries and risk factors study, 2006 – 2016. Accessed from: <http://www.health.govt.nz/nz-health-statistics/health-statistics-and-data-sets/new-zealand-burden-diseases-injuries-and-risk-factors-study-2006-2016#healthlosscauses> on 24th June 2014

⁶⁵ Ministry of Health and the University of Auckland. 2003. *Nutrition and the Burden of Disease: New Zealand 1997-2011*. Wellington: Ministry of Health

Számos tanulmány bizonyítja, hogy a dietetikus szolgáltatás az alapellátásban megjelenve nagyban képes javítani a lakosság egészségi állapotán, és ez a leghatékonyabb mód a krónikus betegségek megelőzésére, továbbá progressziójuk csökkentésére. Ezt tíz magas minőségű nemzetközi tanulmány támasztja alá, melyből négy igazolja, hogy minden egyes, diabetes kezelésre költött dollár átlagosan 5-6.4 dollár költségcsökkentést eredményez az ellátórendszerben. Ennek részletes kifejtése a „Gazdaságossági eredmények” nevezetű bekezdésben található.

C.5.4.3. Módszerek

Az összefoglaló tanulmány két fő szempontot vizsgált: az egyik az egészségnyereség, a másik a költséghatékonyság.

Az egészségnyereség monitorozására az alábbi típusú publikációkat választották ki a szerzők:

- Összefoglaló tanulmányok kontroll vizsgálatokról
- Önálló kontroll vizsgálatok
- Után-követéses vizsgálatok

A tanulmányok a hagyományos dietetikai ellátást vetették össze az alapellátásban történő dietetikai ellátással. A megfigyelt szempontok széles skálán mozogtak, tartalmazták az 2-es típusú diabetes incidenciáját, a HgA1c szintek változásának alakulását, a vércukorszintek változását, kardiovaszkuláris kockázati tényezőket és a vér lipid szintjeit valamint a vérnyomás értékeket.

A gazdaságossági eredmények kvalitatív értékelésére hivatalos jelentéseket használtak fel. Az elektronikus adatbázisokon keresztül 534 kutatást vizsgáltak, melyek szorosan a dietetikus tevékenységgel foglalkoztak, illetve további 101 közlemény a nemzetközi dietetikus tevékenységekről adott információt.

C.5.4.4. Eredmények

Mind az öt randomizált kontroll vizsgálat, mely a kardiovaszkuláris rizikófaktorok, elhízás és cukorbetegség előfordulását és egymáshoz való viszonyát vizsgálta, kimutatta, hogy szignifikánsan nagyobb egészségnyereség könyvelhető el az alapellátási modell alkalmazása



esetén, összevetve a hagyományos módszerekkel⁶⁶⁶⁷⁶⁸⁶⁹ Wolf és munkatársai 2004-es tanulmányukban bemutatják, hogy egy éves periódus alatt a megfelelő intervencióval statisztikailag szignifikáns súlycsökkenés és derék körfogat-csökkenés érhető el. A súlycsökkenés mértéke a két csoport között -3.0 kg ($p < 0.001$), a derék körfogat-csökkenés -4.2 cm ($p < 0.001$) volt, illetve emellett a gyógyszerek felírásában is csökkenést tapasztaltak. Az életminőség szintén szignifikánsan javult a tanulmány szerint.

Battista és munkatársai 2012-ben leírták, hogy statisztikailag szignifikánsan nagyobb BMI (0.3 g/m² v. 0.7 kg/m², $p = 0.009$), derék körfogat (1.3 cm v. 2.4 cm, $p = 0.01$), testtömeg (0.7 kg v. 2.1 kg, $p = 0.04$) és HbA1c (0.3% v. 0.6% , $p = 0.04$) csökkenést értek el a dietetikus tevékenység által, összevetve az endokrinológusok által vezetett intervencióval.⁷⁰

Utánkövetéses vizsgálatok szintén megerősítik a tanulmányokban leírtakat.⁷¹⁷²⁷³ Ezek alapján a dietetikusok tevékenysége által klinikailag és statisztikailag is javultak a betegek eredményei a testsúly, HbA1c szint és egyéb kardiovaszkuláris rizikófaktorok tekintetében.

⁶⁶ Wolf AM, Conaway MR, Crowther JQ et al. Translating lifestyle intervention to practice in obese patients with type 2 diabetes: Improving control with activity and nutrition. (ICAN Study). *Diabetes Care*, 2004;27:1570-6

⁶⁷ Huang M, Hsu C, Wang H and Shin S. Prospective Randomized Controlled Trial to Evaluate Effectiveness of registered dietitian-led diabetes management on glycemic and diet control in a primary care setting in Taiwan. *Diabetes Care*, Feb 2010; 33, 2; pg 233

⁶⁸ Delahanty L M, Sonnenberg L M, Hayden D and Nathan D M. Clinical and cost outcomes of medical nutrition therapy for hypercholesterolemia: A controlled trial. American Dietetic Association. *Journal of the American Dietetic Association*; Sep 2001; 101, 9; ProQuest pg. 1012

⁶⁹ Willaing I, Ladelund S, Jørgensen T, Simonsen T and Nielsen LM. Nutritional counselling in primary health care: a randomized comparison of an intervention by general practitioner or dietician. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2004, 11:513– 520

⁷⁰ Battista M, Labonte M, Menard J, Jean-Dennis F, Houde G, Ardilouze J, Perron P. Dietitian-coached management in combination with annual endocrinologist follow up improves global metabolic and cardiovascular health in diabetic participants after 24 months. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*, August 2012. 37;4:610-620

⁷¹ Gamblen W, Schamehorn S, Crustolo A, Hussey T et al. The Registered Dietitian in Primary Care: The Hamilton Experience. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*; Summer 2007; 68, 2;

⁷² Harding S. Dietitians in primary care promote weight loss and glycated haemoglobin reductions. *J Hum Nutr Diet*, 2011; 24: 375–407

⁷³ Welty F K, Nasca M M, Lew N S, Gregoire S, Ruan Y. Effect of Onsite Dietitian Counseling on Weight Loss and Lipid Levels in an Outpatient Physician Office. *Am J Cardiol* 2007;100:73–75



A Hamilton (Kanada) vizsgálat rámutatott, hogy a dietetikusok bevonásával a vércukorszint értéke 2.96mmol/L ($p < 0.001$), az össz-koleszterin szint 0.75mmol/L ($p < 0.001$), az LDL koleszterin szint 0.78mmol/L ($p < 0.001$) a triglicerid szint pedig 0.44mmol/L ($p < 0.001$) értékkel csökkenthető (25). Harding és munkatársai 2011-es munkája alapján a HbA1c és a BMI csökkenése látszik (HbA1c -0.6%, $p = 0.003$ and BMI -0.9kg/m², $p = 0.05$)⁷⁴

Két összefoglaló tanulmány⁷⁵⁷⁶ is készült, mely összeveti és elemzi az evidenciákat a páciensekre vonatkoztatható egészségnyereséggel kapcsolatban. Walker és munkatársai 2010-ben, 4 kohorsz vizsgálat alapján leírták, hogy az életmódváltoztatással (helyes táplálkozás, megfelelő mennyiségű és minőségű mozgás, vagy ezek kombinációja) a diabetes incidenciája 28-59%-al csökkenthető. Collins és munkatársainak 2006-os publikációja a gyermekkori elhízás visszaszorításában írja le a dietetikus munkát pozitív eredményeit.

Az egészségnyereséggel kapcsolatos főbb információkat és forrásokat a 42. számú táblázat tartalmazza.

⁷⁴ Welty F K, Nasca M M, Lew N S, Gregoire S, Ruan Y. Effect of Onsite Dietitian Counseling on Weight Loss and Lipid Levels in an Outpatient Physician Office. *Am J Cardiol* 2007;100:73–75

⁷⁵ Walker KZ, O’Dea K, Gomez M, Girgis S, Colagiuri R. Diet and exercise in the prevention of diabetes. *J Hum Nutr Diet*. 2010;23:344–52

⁷⁶ Collins CE, Warren J, Neve M, McCoy P, Stokes BJ. Measuring effectiveness of dietetic interventions in child obesity: a systematic review of randomized trials. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160:906–22.



T42. Az egészségnyereségre vonatkozó főbb tanulmányok összefoglalása⁷⁷

Tanulmány szerzőjének neve és megjelenés dátuma	Tanulmány típusa	Tanulmány időtartama, bevont páciensek száma	Vizsgálat helye	Módszerek	Legfontosabb eredmények és lehetséges indikátorok (dőlt betűvel)
Delahunty 2001	Randomizált kontroll vizsgálat	90 páciens, 6 hónapos intervenció	USA	Páciensek nem gyógyszeresen kezel hypercholesterolemiával, randomizáltan kiválasztva 6 hónapig dietetikus tanácsadói szolgáltatáson vettek részt vagy hagyományos háziorvosi ellátást kaptak	Plazma lipid szintek, táplálékbevitel testtömeg, aktivitási szint, páciens elégedettsége és az intervenció költségei
Williang2004	Randomizált kontroll vizsgálat	503 páciens, 12 hónapos intervenció	Dánia	A páciensek randomizáltan kerültek dietetikus tanácsadásra vagy háziorvosi táplálkozási tanácsadásra	Testtömeg, derék körfogat, vér lipid szintjei és kardiovaszkuláris rizikófaktorok
Huang2010	Randomizált kontroll vizsgálat	154 páciens, 12 hónapos intervenció	Taiwan	2-es típusú diabetesben szenvedők randomizáltan kerültek dietetikus által vezetett intervenció csoportba, illetve hagyományos ellátási csoportba	HbA1c, emelkedett vércukor, energiabevitel, szénhidrát bevitel

⁷⁷ A részletes bibliográfiai adatokat lásd az F.4. mellékletben

1 HAJDÚ-BIHAR:
• Berettyóújfalu
• Hencida • Komádi
• Magyarhomorog
• Mezőpeterd

2 BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN:
• Borsodnádásd
• Arló
• Járdánháza
• Borsodszentgyörgy

3 HEVES:
• Heves
• Átány
• Kömlő
• Tiszanána

4 JÁSZ-NAGYHUN - SZOLNOK:
• Jászapáti
• Jászkisér
• Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!**



Wolf2004	Randomizált kontroll vizsgálat	147 páciens, 12 hónapos intervenció	USA	2-es típusú diabetesben szenvedők és túlsúlyosak randomizáltan kerültek hagyományos ellátási és dietetikus vezette ellátási csoportba	Testtömeg, derék körfogat, HbA1c, vér lipid szintjei, felírt gyógyszerek, életminőség
Battista2012	Randomizált kontroll vizsgálat	101 páciens, 24 hónapos intervenció	Kanada	1-es vagy 2-es típusú diabetesben szenvedők kerültek randomizált módon dietetikus vagy endokrinológus által vezetett csoportba	Testtömeg, BMI, derék körfogat, HbA1c, emelkedett vércukor, vér lipid szintjei és vérnyomás
Gamblen2007	Utánkövetéses vizsgálat	Átlagosan 4600 páciens évente, 5 éven keresztül	Kanada	9 dietetikus 80 alapellátásban dolgozó szervezettől és a benne dolgozó egészségügyi szakemberektől gyűjtött széleskörűen adatokat, táplálkozási problémák vonatkozásában	Emelkedett vércukor, HbA1c, össz koleszterint, LDL koleszterint és triglicerid
Harding2011	Utánkövetéses vizsgálat	541 páciens 12 hónapos intervenció	Egyesült Királyság	Túlsúlyos és obes páciensek 2-es típusú diabetes-el, dietetikushoz irányítva	Testtömeg, BMI, HbA1c
Welty2007	Utánkövetéses vizsgálat	80 páciens, 21 hónapos intervenció	USA	Túlsúlyos és obes páciensek, egynél több kardiovaszkuláris rizikófaktoral	Testtömeg, BMI, vér lipid szintjei, vérnyomás

Walker2010	Összefoglaló tanulmány/meta-analízis	4864 páciens 4 kohorsz vizsgálatból 2.5-6 éves intervallumban	Egyesült Királyság és Ausztrália	Páciensek emelkedett vércukorszinttel és emelkedett progressziós kockázattal 2-es típusú diabetesre, életmódváltást végeztek	2-es típusú diabetes incidenciája
Collins2006	Összefoglaló tanulmány/ meta-analízis	2262 páciens 37 randomizált kontroll vizsgálatból, intervenció: 6 hét és 18 hónap között	Ausztrália	Randomizált kontroll vizsgálatok, 18 éves kor alatti résztvevőkkel, dietetikai intervencióval izoláltan, vagy kiegészítve életmódváltással, kontrollcsoporttal összehasonlítva	Testtömeg, testzsír-százalék
Lammers2012	Összefoglaló tanulmány/meta-analízis	-	Hollandia	Összefoglaló tanulmány a dietetikai tevékenység hatékonyságáról, eredményeiről	Emelkedett fizikai aktivitás, javult mentális egészség és hosszabb várható élettartam (testtömeg, BMI, vérnyomás)

C.5.4.5. Gazdasági eredmények

Megjegyzés: az adatok új-zélandi dollárban vannak megadva. 2017. február 8-ai napi középárfolyam számolva: 1 NZD = 212.06 HUF



Több publikáció is alátámasztja, hogy a dietetikus tevékenység az egészségügyi ellátás kiadásait nagyban csökkenti. Egy nagy volumenű gazdaságossági analízis és két követéses vizsgálat valamint két összefoglaló tanulmány is vizsgálta a dietetikusok munkájának gazdasági hatásait. Négy tanulmány írt le egyértelmű pozitív eredményeket ⁷⁸⁷⁹⁸⁰⁸¹.

A korábban bemutatott gazdasági hatást (dietetikus tevékenységre költött 1 dollár 6.4 dollár költségcsökkenést eredményez a későbbi ellátási tevékenységben – hospitalizáció, gyógyszerköltségek) potenciózza a tágabb körű vizsgálat, mely szerint az életminőséggel összefüggő kiadások, hosszú távú kórházi kezelések költségei akár 100 dollárral is csökkenthetők 1 dollár ráfordítással a dietetikus tevékenységre. Ezt a Holland Dietetikusok Szövetségének és SEO Economic Research nevezetű cégnek közös publikációja támasztja alá⁸².

Ezen eredmények hazánkra is vonatkoztathatóak, és a Svájci Alapellátásfejlesztési Modellprogram eredményei alátámasztják a nemzetközi kutatói közösségek megfigyeléseit, tapasztalatait.

Robbin és munkatársai 2008-as publikációja retrospektív analízissel több, mint 18.000 páciens adatait vizsgálta. Azon diabeteses személyek, akik részt vettek egy alkalommal dietetikus tanácsadáson, 4.7x kevesebb alkalommal kerültek kórházi beutalásra. Ez átlagosan 7500 dollár költségcsökkenést jelentett látogatásonként. Egy 2001-es tanulmány (Delahanty és munkatársai) adatai alapján elmondható, hogy hypercholesterinemiás betegek esetében egy 6 hónapos intervenció 6%-os csökkenést eredményez az LDL- és össz-koleszterin szintekben egyaránt.⁸³ Itt is elmondható, hogy 1 dollár befektetése átlagosan 5 dollár megspórolását jelenti hosszú távon.

⁷⁸ Delahanty L M, Sonnenberg L M, Hayden D and Nathan D M. Clinical and cost outcomes of medical nutrition therapy for hypercholesterolemia: A controlled trial. American Dietetic Association. *Journal of the American Dietetic Association*; Sep 2001; 101, 9; ProQuest pg. 1012

⁷⁹ Lammers M and Kok L. Commissioned by the Dutch Association of Dietitians. Cost-benefit analysis of dietary treatment. Version 22 November 2012. SEO Report No. 2012-76A. ISBN 978-90-6733-668-0

⁸⁰ Robbins JM, Thatcher G, Webb DA, Valdmanis VG. Nutritionist visits, diabetes classes, hospitalisation rates and charges: The Urban diabetes study. *Diabetes Care*. 2008;31:4

⁸¹ Pavlovich W D, Waters H, Weller W, Bass E B. Systematic Review of Literature on the Cost-Effectiveness of Nutrition Services. *J Am Diet Assoc*. 2004;104:226-232.

⁸² Lammers M and Kok L. Commissioned by the Dutch Association of Dietitians. Cost-benefit analysis of dietary treatment. Version 22 November 2012. SEO Report No. 2012-76A. ISBN 978-90-6733-668-0

⁸³ Delahanty LM, Sonnenberg LM, Hayden D, Nathan DM. Clinical and cost outcomes of medical nutrition therapy for hypercholesterolemia: a controlled trial. *J Am Diet Assoc*. 2001;101(9):1012-23.



A gazdaságossági eredményekkel kapcsolatos főbb publikációk adatait a 43. számú táblázat tartalmazza.

T43. A gazdaságossági eredményeket tartalmazó főbb publikációk összefoglalása⁸⁴

Szerző neve és publikálásának ideje	Vizsgálat típusa type	Tanulmány hossza/bevont páciensek száma	Tanulmány helyszíne	Módszerek	Fontosabb eredmények, indikátorok
Lammers2012	Költség-haszon elemzés, összefoglaló tanulmány	-	Hollandia	Összehasonlítja a dietetikus tevékenységet a hagyományos primer prevenciók módszerekkel (írott anyagok terjesztése). Bemutatja a páciens, annak családja, az ellátórendszer részére keletkező előnyöket.	Egészségügyi ellátórendszer kiadásai csökkentek, ellátórendszer produktivitása nőtt
Delahunty2001	Utánkövetéses vizsgálat	90 páciens, 12 hónapos intervenció	USA	Páciensek nem gyógyszeresen kezel hypercholesterolemiával, randomizáltan kiválasztva 6 hónapig dietetikus tanácsadói szolgáltatáson vettek részt vagy hagyományos házirovisi ellátást kaptak	Költséghatékonysági eredmények a dietetikus tevékenység által

⁸⁴ A részletes bibliográfiai adatokat lásd az F4. mellékletben



C.5.5. KÖVETKEZTETÉSEK

A praxisközösségi dietetikus közvetlen munkakapcsolatban áll a praxisközösségi háziorvosokkal, védőnőkkel, praxisközösségi nővérekkel, ápolókkal, egészség pszichológusokkal, népegészségügyi koordinátorokkal, egészségőrökkel.

A praxisközösségi dietetikus feladata kiterjed egyéni, csoportos és közösségi szintekre is. A projekt eredményei is megerősítik a dietetikus szerepének fontosságát a betegellátás legfontosabb szintjén, az alapellátásban.

A praxisközösségi dietetikai tevékenységek az alábbiakban foglalhatók össze:

- Táplálkozási/dietetikai anamnézis felvétele
- Tápláltsági állapot meghatározása és dokumentálása, melynek része az antropometriai mérések kivitelezése és dokumentálása
- Az étrendi/diétás napló vezetésének betanítása és értékelése
- A kliens energia- és tápanyagszükségletének meghatározás és dokumentálása
- Diétás/egészség megőrző étrend tervezése, szükség szerint a megvalósítás felügyelete Krónikus beteg dietetikai alapoktatása egyéni tanácsadással és ennek dokumentálása
- Frissen felfedezett anyagcsere- vagy egyéb krónikus betegségben szenvedő beteg dietetikai ismereteiknek megalapozása
- Csoportos dietetikai tanácsadás és dokumentálása krónikus betegségek esetén
- Krónikus betegségben szenvedő beteg dietetikai ismereteiknek tanácsadással egybekötött kontrollja és dokumentálása
- Enterális táplálás előkészítése, kivitelezése, követése és dokumentálása
- Kiegészítő enterális táplálás követése és dokumentálása
- Dietetikusi munkára vonatkozó adatgyűjtés, elemzés, javaslat szakmai dokumentumokhoz. Diétás ellátás minőségének monitorozása (Quality Control)
- Tápláltságra vonatkozó rizikószűrés és dokumentálása



- Egészségnevelő előadás tartása az egészség megtartás témakörében különböző korcsoportoknak, állapotoknak (iskola, klubok, civil kezdeményezések, egészség napok, stb.)
- Egészségnevelés egyéni étrendi tanácsadás keretén belül az egészség megtartás témakörében különböző korcsoportoknak, állapotoknak (várandós, idős, kamasz, sportoló...)



C.6. A MODELLPROGRAM EGÉSZSÉGPSZICHOLOGIAI SZOLGÁLTATÁSAINAK ÉRTÉKELÉSE

C.6.1. AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLOGIAI SZOLGÁLTATÁSOK INDOKOLTSÁGA ÉS ALAPVETŐ VÁLLALÁSAI

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram egyik fontos szolgáltatási területe az egészségpszichológusok foglalkoztatása⁸⁵. Az egészségpszichológusok feladatait a Praxisközösségek Eljárásrendje (a továbbiakban: PKE) a következő módon fogalmazza meg⁸⁶:

Az egészségpszichológus az alábbi feladatokat látja el:

- Szakképzettségének megfelelően egyéni és csoportos terápiás órákat tart a praxisközösség területén.
- Előjegyzés alapján a pszichés/mentális egészségi állapot felmérés során megállapított rizikóstatusznak megfelelő célzott életmód tanácsadást tart.
- A háziorvos indikációja alapján – a krónikus szolgáltatás keretében – kezelési tervet készít és hajt végre.
- A népegészségügyi koordinátor irányításával közreműködik a lakosság tájékoztatásában és a projekt keretében megrendezett rendezvények lebonyolításában.
- Meglévő programokhoz kapcsolódik, újak indításában vesz részt.
- Közreműködik a praxisközösséghez tartozó lakosság életmódjának, pszichés és magatartásbeli kockázati tényezőinek megfelelő egyéni és közösségi programok, szűrések tervezésében, szervezésében és lebonyolításában, ennek keretében egészségfejlesztést és esetenként kampányszerű szűrést végez.

⁸⁵ Sándor, J., Kósa, K., Fürjes, G., Papp, M., Csordás, Á., Rurik, I., Ádány, R. (2013). Public health services provided in the framework of general practitioners' clusters. *European Journal of Public Health*, 23(4), 5302–532.

⁸⁶ Ádány, R., Csordás, Á., Fürjes, G., Grósz, A., Gutási, É., Henter, I., Kósa, K., Morvai, G., Papp, M., Perczel-Forintos, D., Rurik, I., Sándor, J., Somogyvári, Zs., Vajer, P., Veres-Balajti, I. (2015). A praxisközösségek eljárásrendje. verzió 5.0. SH/8/1 Svájci Hozzájárulás Program, Budapest



- Eseti meghívás alapján részt vesz a szűrési és az egészségfejlesztési munkacsoport munkájában.

C.6.1.1.A monitoring folyamat áttekintése

Jelen elemzés célja az egészségpszichológusok tevékenységének monitorozására alkalmas adatfelvételi módok kidolgozása és alkalmazása, illetve véleményformálás a jelenlegi egészségpszichológiai szolgáltatásokkal kapcsolatos szükségletekről, a szolgáltatások hatékonyságáról és hasznáról. Ennek érdekében:

- a. áttekintést adunk a népesség általános testi és lelki egészségi állapotáról a modellpraxisok területén. Az elemzés célja annak becslése, hogy a modellpraxisok területén milyen mértékű igény mutatkozik az egészségpszichológiai szolgáltatásokra.
- b. önbeszámolós kérdőívvel vizsgáltuk a monitoring által érintett időszak (2015. november – 2016. május) alatt egészségpszichológiai szolgáltatásban részesültek szubjektív egészségjellemzőinek alakulását.
- c. becslést készítettünk arra vonatkozóan, hogy az EÁF során átszűrt népesség egyes szociodemográfiai, illetve egészségi állapot szerinti rétegei milyen eséllyel részesültek egészségpszichológiai szolgáltatásban.
- d. a kvantitatív felméréseket félig strukturált, fókuszcsoportos mélyinterjúkkal egészítettük ki.

C.6.1.2.A népesség egészségi állapota a modellpraxisok területén

A modellpraxisok testi-lelki egészségét egyrészt a Hungarostudy Epidemiológiai Panel (HEP)⁸⁷ 2002-es és 2005/2006-os országosan reprezentatív kistérségi adatai, másrészt az Egészségi Állapot Felmérés (EÁF) során felmért jellemzők alapján értékeljük.

⁸⁷ Susánszky É, Székely A, Szabó G, Szántó Zs, Klinger A, Konkoly Thege B, Kopp M (2007). A Hungarostudy Egészség Panel (HEP) felmérés módszertani leírása. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 8, 259-276.



T44. A HEP kistérségi adatok és az EÁF adatok összehasonlítása

	Jellemző					
	BDI-S		WHO		SRH	
Adatbázis	m	SD	m	SD	m	SD
HEP-2002 – Országos ; N=11743-12212	12,56	4,55	7,74	3,78	2,70	0,94
HEP-2005/2006 – Országos ; N=4394-4420	13,04	5,17	8,87	3,53	2,70	0,95
HEP-2002 – Berettyóújfalú; N=83 – 86	13,86*	5,64	6,92*	4,25	2,86	0,94
HEP-2005/2006 – Berettyóújfalú; N=50	14,66*	6,06	7,98+	2,89	2,87	0,98
EÁF – Berettyóújfalú praxis; N=6477-6997	11,56	3,56			2,78	0,81
HEP-2002 – Ózd (Borsodnádásd) ; N=92-95	12,96	5,17	7,18	3,86	2,77	0,87
HEP-2005/2006 – Ózd (Borsodnádásd) ; N=18	11,63	3,06	10,07+	2,81	2,83	0,97
EÁF – Borsodnádásd praxis; N=4925-5107	11,82	3,60			2,81	0,80
HEP-2002 – Heves; N=45-48	14,11+	5,18	7,60	3,65	2,77	1,13
HEP-2005/2006 – Heves; N=18	14,39+	4,99	6,74**	2,89	3,18+	1,25
EÁF – Heves praxis; N=3492-3611	12,17	3,83			2,82	0,82
HEP-2002 – Jászberényi (Jászapáti) ; N=118-121	12,60	5,29	8,38+	4,10	2,72	0,95
HEP-2005/2006 – Jászberényi (Jászapáti) ; N=37-38	12,87	4,88	8,39	3,27	2,84	0,96
EÁF – Jászapáti praxis; N=4552-4401	12,80	4,31			2,87	0,83
HEP-2002 – Mórahalom; N=24	15,38*	5,34	7,75	3,91	3,17*	0,82
HEP-2005/2006 – Mórahalom; N=4	17,39	7,88	8,52	4,57	3,34	1,18

Megjegyzések: BDI-S = Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; WHO = WHO Jólét Index, SRH = szubjektív egészségi állapot (self-rated health); HEP = Hungarostudy Epidemiológiai Panel, EÁF = Egészségi Állapot Felmérés;

* $p < 0,05$, + $p < 0,1$: egymintás t-próba az adott kistérség átlagértékét a megfelelő felmérés országos átlagához viszonyítva (csak HEP adatok esetén)

Össességében azt láthatjuk, hogy a modellprogram számára kiválasztott kistérségek tartósan a magyarországi átlaghoz képest kedvezőtlenebb testi-lelki egészségi állapottal jellemezhetők. A BDI-S pontszámok alapján az EÁF-ben felmért felnőtt személyek közül a négy praxisközösségben összesen 2900-an (15,0 %) enyhe, 917-en (4,7 %) középsúlyos, 849-en (4,4 %) pedig súlyos depresszióban szenvednek. Továbbá 3678-an (18,4 %) nyilatkoztak úgy, hogy egészségi állapotuk rossz vagy nagyon rossz. Ezek az adatok önmagukban is indokolják mind a modellprogram általános egészségfejlesztési célkitűzéseit, mind pedig azt, hogy a modellpraxisokban egészségpszichológusok is szerepet kapjanak.



C.6.1.3.A modellpraxisok egészségpszichológiai szolgáltatásainak hatékonyságvizsgálata

A monitorozási időszak alatt az egészségpszichológusok bevonásával egy **hatékonyságmérést** valósítottunk meg 2015. november és 2016. május között **az egészségpszichológiai szolgáltatásban részesült kliensek körében**. A mérés számára kiválasztott (alább részletezett) indikátorok esetében két alkalommal végeztünk kérdőíves felmérést minden résztvevővel. Az egészségpszichológiai szolgáltatásba való **belépéskor** felvett adatok szolgáltatták a referencia-értékeket, a szolgáltatás **lezárásakor** felmért jellemzők pedig lehetőséget adtak a program során bekövetkezett egészségi állapot változás becslésére. A két adatfelvétel között eltelt idő átlagosan mintegy 120 nap volt. A monitoring kérdőívcsomag számos kérdést és kérdőívet tartalmazott, melyek közül itt az alábbiakat elemezzük:

- Egészségmagatartás (dohányzás)
- Szubjektív egészségi állapot (Self-rated Health, SRH) egytétéles becslőskála
- Egészség-kontroll mértéke („Mennyit tehet az egészségéért?” kérdés)
- Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI-S)
- WHO Jólét Index (WHO)
- Élettel való elégedettség egytétéles becslőskála
- Észlelt Stressz Skála

C.6.1.4.A monitoring minta leírása

Az első alkalommal 156 kliens (23 férfi és 133 nő) töltötte ki a kérdőívet, közülük a második adatfelvételben 137-en vettek részt (22 férfi, 125 nő, lemorzsolódási arány: 12,2 %).

A monitoring minta és az EÁF adatbázisának összevetése:

Az EÁF adatbázissal való összekapcsolás az első adatfelvétel 157 résztvevője közül 137 személy esetében volt lehetséges. Logisztikus regresszioelemzéssel vizsgáltuk, hogy **az EÁF-ben felmért jellemzők alapján mi valószínűsíti, hogy valaki részt vett a monitoring felmérésben** is. Összesen 17003 fő adatain végeztük el az elemzést (a hiányzó értékek miatt jelentős volt a be nem vonható esetek száma), közülük 107-en (0,6 %) vettek részt a monitoring felmérésben. A modell a variancia 12,0%-át magyarázta (Nagelkerke-féle R^2).

A szociodemográfiai változók közül **az iskolai végzettség** volt a program monitoring felmérésében való részvétel legfontosabb előrejelzője: a legfeljebb 8 általánossal rendelkezőkhöz képest a középfokú, de nem érettségizettek több mint négyszeres (OR=4,34, 95% CI = 2,02 – 9,3), az érettségizettek több mint 6-szoros (OR=6,63, 95% CI = 3,25 – 13,52),



míg a felsőfokú végzettségűek több mint 8-szoros valószínűséggel (OR=8,17, 95% CI = 3,66 – 18,27) vettek részt a monitoring felmérésben. A másik szignifikáns előrejelző szociodemográfiai változó **a nem volt**: a nők háromszor nagyobb valószínűséggel vettek részt a monitoring felmérésben (OR=3,02, 95% CI = 1,82 – 4,99). Az egészségi és pszichológiai jellemzők közül **a BDI-S pontszám és a GHQ12 pontszám** volt szignifikáns prediktor: mind a magasabb BDI-S érték (középsúlyos vagy súlyos depresszivitás; (OR=3,33 és 3,69, 95% CI = 1,66 – 6,68 és 1,62 – 8,43, a fenti sorrendben), mind pedig a magas, 4 pont feletti GHQ12 érték (OR=2,17, 95% CI = 1,17 – 4,03) külön-külön is valószínűsítette, hogy valaki részt vesz a monitoring felmérésben.

Az EÁF adatbázissal való összekapcsolás jelentősége abban áll, hogy adatokat nyerhetünk az egészségpszichológiai szolgáltatáshoz való hozzájutást valószínűsíthetően előre jelző szociodemográfiai és egészségi jellemzőkről. Az eredmények alapján valószínűsíthető, hogy **a program elsősorban azokat szólította meg, akik magasabb depresszivitást és rosszabb általános egészséget mutattak – ezt azonban elsősorban abban a körben tudta megtenni, amely erre inkább fogadókész volt: a nők és a magasabb képzettségűek körében.** A program továbbfejlesztése során **figyelmet kell fordítani arra, hogy milyen módon vonhatók be más csoportok (férfiak, alacsonyabb képzettségűek) is az intervenciókba, illetve milyen más intervenciók formákkal érhetőek el ezek a csoportok.**

C.6.1.5. Hatékonysági elemzések

Az egészségpszichológusok által nyújtott egyéni és csoportos intervenciók hatékonyságát **a két időpontban elvégzett kérdőíves adatfelvételen vizsgáltuk.**

T45. A hatékonysági felmérésbe bevont változók összehasonlítása 1.

	T1		T2		T	r	d
Változó	m	SD	m	SD			
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: SRH = szubjektív egészségi állapot (self-rated health); BDI-S = Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; WHO = WHO Jóllét Index

df= 136 minden esetben; ** p < 0,01, *** p < 0,001; a BDI-S esetében a leíró statisztika az eredeti pontszámra, míg a teszt-statisztika a gyöktranzformált értékekre vonatkozik

Miközben valamennyi mutató kedvezően alakult az egészségpszichológiai intervenciók hatására, a **depresszivitás (BDI-S)**, az **érezelt stressz és az érzelmi jóllét (WHO Jóllét Index) mutatói esetében kifejezetten nagy hatásméretet lehetett kimutatni** ($d > 0,8$, illetve ehhez közeli érték). Amennyiben az elemzést azokkal a vizsgálati személyekkel végeztük csak el, akiknek a BDI-S pontszáma valamelyest emelkedett volt (legalább 4 többlet pontot kaptak a teljes tünetmentességhez képest, $N=99$), a **hatásméretök még jelentősebbek voltak**: 1,39; 1,13 és 1,24 a változók említett sorrendjében. A három változó mintaátlagának időbeni alakulását az alábbi grafikonok is jellemzik (a függőleges tengely alapértéke minden esetben az adott kérdőívben szerepezhető minimális pontszám).

F46. A lelki egészség mutatóinak változása az egészségpszichológiai szolgáltatás igénybevételének kezdetén (T1) és végén (T2)



A depresszivitás, az érezelt stressz és a WHO Jóllét Index pontszámaival ismételt mérés (repeated measures) modell szerinti GLM-et (general linear model) futtattunk az egyéni és csoportos foglalkozásokon részt vettek változási adatainak összehasonlítására. **Mind az egyéni, mind a csoportos intervenciók hatásosan csökkentették a résztvevők depresszivitását illetve az érezelt stressz mennyiségét, és mindkét beavatkozási forma hatására szignifikánsan növekedett a jóllét szintje** (hatásméret: $\eta^2 = 0,3 - 0,4$; nagy hatásméret)⁸⁸.

Az ordinális változók (szubjektív egészségi állapot, egészség-kontroll, és dohányzás) esetében a következő eredményeket kaptuk. A mintában **a szubjektív egészségi állapot értékei a kedvező irányba mozdultak el**: csökkent azok száma, akik rossznak vagy nagyon

⁸⁸ Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 863. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>



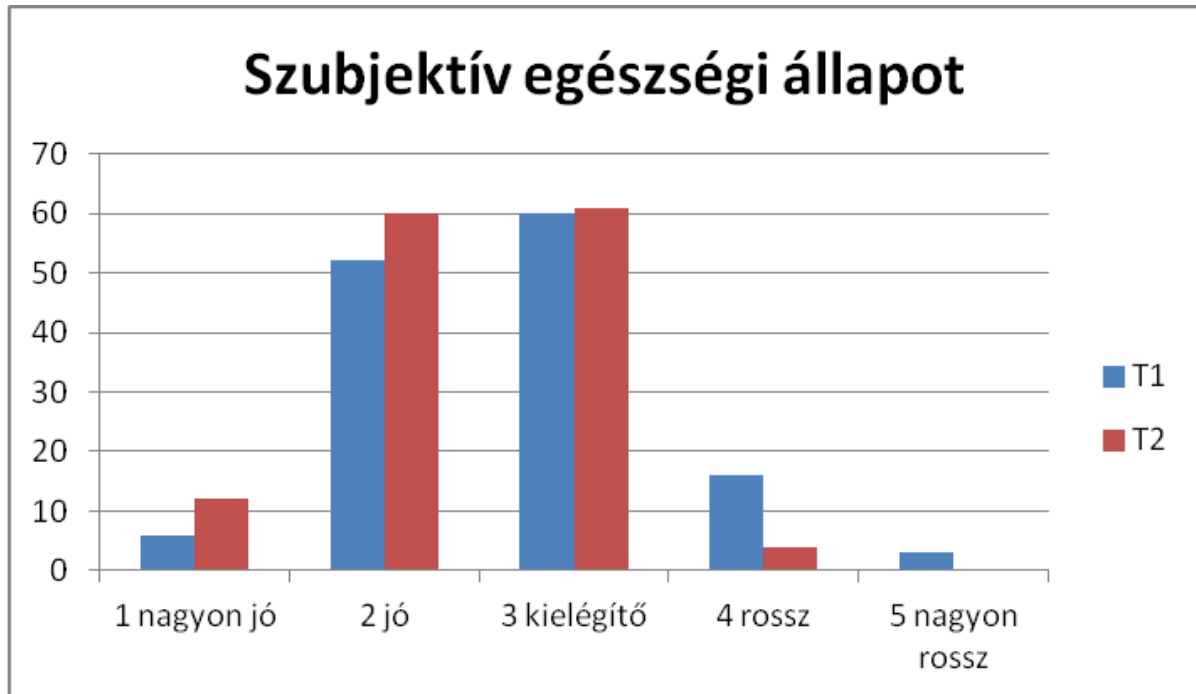
rossznak ítélték az egészségi állapotukat, és növekedett azok száma, akik jónak vagy nagyon jónak ($d = 0,57$, közepesen jelentős hatás).

T46. A hatékonysági felmérésbe bevont változók összehasonlítása 2.

		T1		T2		
		N	%	N	%	teszt statisztika
SRH	1 nagyon jó	6	4,4	12	8,8	
	2 jó	52	38,0	60	43,8	
	3 kielégítő	60	43,8	61	44,5	
	4 rossz	16	11,7	4	2,9	
	5 nagyon rossz	3	2,2	0	0,0	-4,31***
	átlag (szórás)	2,69 (0,82)		2,42 (0,69)		
Egészség-kontroll	1 nagyon sokat tehetek	39	28,5	48	35,0	
	2 sokat tehetek	82	59,9	81	59,1	
	3 keveset tehetek	15	10,9	6	4,4	
	4 semmit sem tehetek	1	0,7	2	1,5	-2,62**
Dohányzik-e jelenleg?	1 igen, naponta	30	21,9	27	19,7	
	2 igen, alkalmanként	5	3,6	5	3,6	
	3 nem	100	73,0	105	76,6	
	nincs válasz	135	98,5	0	0,0	-1,24 n.s.

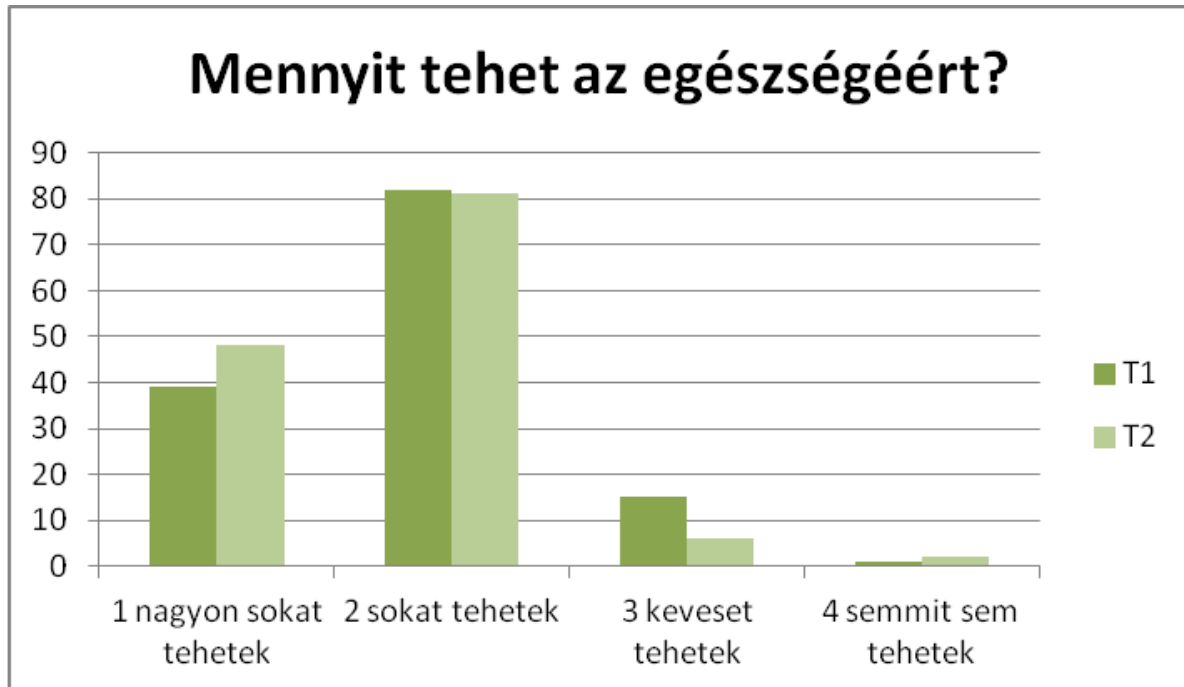
Megjegyzések: SRH = szubjektív egészségi állapot (self-rated health); az elvégzett próba minden esetben az összetartozó mintás Wilcoxon rang próba (related samples Wilcoxon signed rank test) volt; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

F47. A szubjektív egészségi állapot változása



Szintén **kedvező irányban változott azok száma, akik úgy vélték, hogy saját maguk is tehetnek az egészségükért**: nőtt a „nagyon sokat tehetek” állítással egyetértők száma és csökkent a „keveset tehetek” állítással egyetértők száma.

F48. Az egészség-kontroll változása



A dohányzás esetében a teljes minta szintjén nem mutatható ki szignifikáns változás. Bár a dohányzók száma valamelyest csökkent a mintában, a teljes minta szintjén ez a változás nem jelentős.

C.6.1.6.A kvalitatív elemzések fő eredményei

A monitoring kérdőívvel végzett kvantitatív adatfelvételt kiegészítette egy kvalitatív adatfelvételi eljárás, melynek során **fókuszcsoportos félig strukturált interjúkat** vettünk fel összesen 9 fókuszcsoportos interjú, 34 szakember és 21 kliens részvételével. Minden praxisközösségben megszerveztük a praxisközösségi team, illetve külön az egészségpszichológiai ellátásban részesültek fókuszcsoportjait (2-8 fő csoportonként). Végül a praxisközösségeket ellátó, összesen öt egészségpszichológus részvételével szakmaspecifikus fókuszcsoportot tartottunk. A fókuszcsoportos interjúk adatfelvételi és elemzési eljárását a



szakpolitika alakításában is használatos Grounded Theory⁸⁹⁹⁰ és Framework Analysis⁹¹ (FWA, Ritchie & Spencer, 1994) módszertanának ötvözésével alakítottuk ki. Az elemzést két alapvető kérdéskör köré csoportosítottuk.

1. **Milyen módon jelentkezik az egészségpszichológiai tevékenység hatása?**
2. **Milyen módon lehet fejleszteni az egészségpszichológiai tevékenységet?**

C.6.1.7. A kvalitatív felmérések legfontosabb témái és konklúziói:

A vizsgált praxisközösségekben igen pozitív, erőforrás-mobilizáló mentálhigiénés egészségfolyamatok indultak meg egyéni és közösségi szinteken is. **Mind a négy praxisközösségben tapasztalható volt az idő, 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.**

A testi-lelki-kapcsolati gyógyulás elősegítése, compliance, rehabilitáció: „...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)

Hangsúlyos eredmény a **pszichológiai segítség ismeretének és elfogadásának normává tétele azokban a közösségekben, ahol ezt korábban szegény 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

⁸⁹ Corbin J, Strauss A. (2015). A kvalitatív kutatás alapjai: A Grounded Theory elemzési módszer technikája és eljárásai. Budapest: L' Harmattan; SE EKK Mentálhigiéné Intézet; Sage

⁹⁰ Sallay V. (2015). 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. Budapest: L' Harmattan; SE EKK Mentálhigiéné Intézet; Sage, pp. 9-22.

⁹¹ Ritchie, J. and Spencer, L. (1994) 'Qualitative data analysis for applied policy research', in A. Bryman and R.G. Burgess (eds), Analyzing qualitative data. London: Routledge, pp. 173–94.



zavarokkal küzdők (akiknek problémájáról a szégyenérzet okán sokszor a családjuk sem tudott).

Autonómia, önbizalom növekedése, a pozitív hatás továbbadása: „...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)

A résztvevők a testi egészség támogatása (pl. fogyás) mellett közösségi élményhez jutottak, ami megtartó erővel bírt számukra. A háziorvosokkal való együttműködés pedig a compliance fokozását is elősegíti.

Aggodalom a program megszűnése kapcsán - a szolgáltatás nehezen pótolható: „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)

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

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.

Szemléletformálásra van szükség: "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 jelentkeznének, mert azt mondja, hogy hát figyelj, neki is jó volt, mert elmondta és jó volt, és próbáljuk meg" (kliens)

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).



C.6.2. ÖSSZEFOGLALÓ ÉRTÉKELÉS, JAVASLATOK

A bemutatott kvantitatív eredmények – kiegészítve a fókuszcsoportos interjúk tanulságaival – átfogó szinten azt jelzik, hogy **az alapellátásban megjelenő egészségpszichológiai szolgáltatás szükséges és hatékony ellátási forma.**

- a) A praxisközösségek működési területén a felnőtt népesség egyértelműen az országos átlagnál rosszabb, vagy azzal legfeljebb megegyező testi és lelki egészségi állapotban van. Jelentős a krónikus betegséggel illetve a szenvedélybetegségekkel küzdők száma is. **Az alapellátásban működő pszichológusokra ezért nagy szükség van.**
- b) Az **egészségpszichológiai szolgáltatásokban részesült kliensek számos kedvező tapasztalatról számoltak be**, melyek a tartós változás és az egészségnyereség hosszú távú fenntartása szempontjából egyéni és közösségi szinten is jelentősek (pl. a társas izoláció csökkenése, az aktivitás és változás kultúrájának kialakítása, a pszichoedukáció és a preventív szemlélet megjelenése).
- c) Az EÁF adatainak és a monitoring adatfelvételének az összevetése arra utal, hogy az egészségpszichológiai szolgáltatásokkal könnyebb elérni, megszólítani a nőket, illetve a képzettebbeket. A program továbbfejlesztése során **érdemes megvizsgálni olyan szolgáltatási formák és kommunikációs csatornák kialakításának lehetőségét**, melyek alkalmasak a nehezebben elérhető rétegeknek a megszólítására és segítésére is. A **továbbirányítás működőképességét jelzi** viszont, hogy az egészségpszichológiai szolgáltatások igénybevételének további előrejelzője a magasabb depresszivitás volt.
- d) A Praxisközösségi eljárásrend számos megfelelő ajánlást fogalmaz meg az egészségpszichológiai munka kereteire és tartalmára vonatkozóan. Az is látható viszont, hogy a **terepen megjelenő igények olyan széles körűek**, melyet egyetlen szakpszichológusi kompetencia sem képes teljes körűen lefedni. Szükséges lehet a későbbiekben az alapellátás szintjén az egészségpszichológiai kompetenciák mellett egyéb (klinikai felnőtt és gyermek szakpszichológusi, esetleg családterápiás) kompetenciák megjelenése is. Fontos a helyi szükségletek és visszajelzések beépítése az egészségpszichológiai szolgáltatások rendszerébe.



- e) Mind az egyéni, mind a csoportos egészségpszichológiai szolgáltatások esetében **egyértelműen kimutatható volt a beavatkozások nyomán létrejövő jelentős egészségnyereség:** az alacsonyabb depresszivitás és stressz, valamint a magasabb jóllét és szubjektív egészség-érzet. 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.
- f) A fentiek abban az esetben jelenthetnek valóban közösségi szintű változást, ha a **program stabil működtetése** megvalósulhat. Mind a szakemberek, mind pedig a páciensek oldaláról megjelent, hogy a kezdeti tapasztalatok pozitív elemeit a program folytatása teljesítheti ki.



C.7. A PROGRAM GYÓGYTORNA, DIETETIKA ÉS EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA TÖBBLETSZOLGÁLTATÁSAINAK ÉRTÉKELÉSE A KLIENSEK NÉZŐPONTJÁBÓL

C.7.1. BEVEZETÉS

A Programban résztvevő praxisok működésének, működtetésének értékelése címszó alatt kezdte meg a Semmelweis Egyetem az előrehaladási jelentésben bemutatott módon, majd pedig végezte el a többlétszolgáltatásokkal kapcsolatos klienselégedettség (betegelégedettség) felmérését. A felmérés célja a véglegesített mérőeszköz és adatgyűjtési és feldolgozási módszertan tükrében a **klienselégedettség önbevalláson alapuló feltérképezése volt.**

Jelen fejezet célja, hogy bemutassa a klienselégedettséggel kapcsolatos felmérés további, piloton túli hullámában keletkezett válaszok feldolgozásának eredményeit, az azokkal alátámasztható következtetéseket.

C.7.2. EREDMÉNYEK

Az adatgyűjtésre 2015. április és május hónapokban került sor a Program által érintett 4 praxisközösség településein. Az adatgyűjtés részeként a kliensek önkéntesen és önállóan töltöttek ki a többlétszolgáltatások valamelyikére vonatkozó kérdőívet. A kérdőív rögzítését, a rögzítés helyességének ellenőrzését, valamint az adattisztítást követően, az Előrehaladási Jelentésben részletesebben bemutatott vizsgálati módszertan mentén előállítottuk a tisztított adathalmazt, mely így a kitöltők néhány demográfiai jellemzőjéről, az egyes többlétszolgáltatások említéséről, illetve az ezekkel kapcsolatos elégedettségről nyújt képet. Az eredmények leírásakor először rövid, átfogó képet kívánunk adni a kérdőívet kitöltők alapvető demográfiai jellemzőiről, majd pedig bemutatásra kerülnek a többlétszolgáltatásokkal kapcsolatos elégedettségi attitűdök. Az elemzéssel kapcsolatban fontos megjegyeznünk, hogy az adatfelvételhez a kérdőív egy módosított változatát használtuk, amelyet a felhasználói visszajelzések és a praxisközösségi vezetőkkel folytatott egyeztetés alapján a kezdeti változathoz 2015 októberére fejlesztettünk ki.

Összesen 839 kérdőívet dolgoztunk fel, melyek közül 315-öt a gyógytorna, 141-et az egészségpszichológia, 383-at pedig a dietetika szolgáltatáshoz kapcsolódóan töltöttek ki a résztvevők.



Az alapvető demográfiai adatokat tekintve elmondható, hogy a kérdőív kitöltőinek **átlagéletkora összességében magas volt** (58.55 év) a magyar populáció átlagéletkorához képest (48.35 év, KSH adatai alapján). **A nők aránya** a kitöltők között mindhárom alcsoportban 90% körül alakult. Az iskolai végzettséget vizsgálva a kitöltők ötöde fejezte be legfeljebb a 8 általános iskolai osztályt, valamivel több, mint felük legfeljebb középfokú végzettséget szerzett, a fennmaradó rész (nagyságrendileg 24%) pedig felsőfokú oklevéllel rendelkezik. A munkaerőpiaci aktivitást vizsgálva szembeötlő a **nyugdíjasok abszolút és relatív többsége**, ugyanakkor a diétetika kérdőívet kitöltők között a többi alcsoporthoz képest magas a dolgozók aránya. (T47. táblázat). A korábban, az előrehaladási jelentés részeként közölt demográfiai adatokhoz képest jelen kohorsz esetében elmozdulást láthatunk a fiatalabbak, valamint a magasabb képzettségűek irányába.

T47. A klienselégedettségi kérdőívet kitöltők alapvető demográfiai adata

	Többlétszolgáltatás			Összesen
	Gyógytorna	Egészség- pszichológia	Dietetika	
Átlagéletkor (év)	62,15	56,55	56,32	58,55
Nők száma és aránya a kitöltők között (fő, %)	276 (87,62%)	133 (94,33%)	335 (87,43%)	744 (88,68%)
Legmagasabb befejezett iskolai végzettség (fő, %)	307 (100%)	133 (100%)	138 (100%)	578 (100%)
8 általános, vagy attól kevesebb	76 (24,76%)	4 (3,01%)	39 (26,09%)	116 (24,42%)
Szakmunkásképző, szakiskola	60 (19,54%)	34 (25,56%)	16 (31,88%)	138 (24,96%)
Érettségi (gimnázium, szakközépiskola)	92 (29,97%)	56 (42,11%)	23 (26,81%)	185 (33,01%)
Egyetem, főiskola	79 (25,73%)	39 (29,32%)	11 (15,22%)	139 (25,15%)
Munkaerőpiaci aktivitás (fő, %)	299 (100%)	123 (100%)	352 (100%)	774 (100%)
Dolgozik/ munkaviszonya van	52 (17,39%)	25 (20,33%)	127 (36,08%)	204 (29,39%)
Tanuló	6 (2,01%)	2 (1,63%)	8 (2,27%)	16 (2,09%)



	Többlétszolgáltatás			Összesen
	Gyógytorna	Egészség- pszichológia	Dietetika	
Nyugdíjas	225 (75,21%)	88 (71,54%)	202 (57,39%)	515 (67,61%)
Egyéb	16 (5,35%)	8 (6,50%)	15 (4,26%)	39 (5,17%)
Beérkezett kérdőívek mindösszesen (db, %), praxisközösségenként	315 (100%)	141 (100%)	383 (100%)	839 (100%)
Jászapáti	38 (12,06%)	16 (11,35%)	36 (9,40%)	90 (10,73%)
Bereettyóújfalu	120 (38,10%)	123 (87,23%)	111 (28,98%)	354 (42,19%)
Borsodnádasd	52 (16,51%)	0 (0%)	66 (17,23%)	118 (14,06%)
Heves	101 (32,06%)	0 (0%)	169 (27,78%)	270 (32,18%)
Nem megállapítható	4 (1,27%)	2 (1,42%)	1 (0,26%)	7 (0,83%)

Adatok forrása: klienselégedettségi kérdőívek

Az egyes gyógytorna foglalkozások (egyedi vagy csoportos foglalkozások, specifikusabban időseknek szóló torna, gerinctorna, nyak-váll torna, stb.) említésszámát vizsgálva elmondható, hogy összességében **többen vettek részt csoportos foglalkozáson, mint egyénin**. Mind az egyéni, mind pedig a csoportos foglalkozások közül a gerinc gyógytornát említették a legtöbben (17, illetve 28 esetben). Figyelemre méltó az időseknek szóló gyógytorna-szolgáltatás csoportos formájának relatív népszerűsége ugyanezen szolgáltatás egyéni foglalkozási formájához képest.

Az **egészségpszichológiai** szolgáltatás esetében jóval nehezebb összehasonlítani az egyéni, illetve csoportos módon tartott foglalkozásokat, hiszen jellegükben ezek igen eltérőek. Összességében az egészségpszichológiai foglalkozások közül **az egyéni tanácsadásokat jelezték a legtöbben** (21). Ugyanakkor a leggyakrabban említett, kérdőívben felkínált csoportos foglalkozás a testsúlycsökkentő csoport (14) volt, melyet a stresszkezelő csoport (10) követett. Figyelemre méltó az „Egyéb” kategória magas arányú jelölése, amelyet teljes egészében magyaráz a „Nők egymásért” csoport említéseinek száma (20), habár ez a program nem volt elérhető minden praxisközösségben.

A **dietetika** szolgáltatáshoz kapcsolódóan ismételten **jelentős különbségek figyelhetőek meg** ugyanazon foglalkozás egyéni, illetve csoportos formáját tekintve. A leggyakrabban



említett az egészséges életmód klub-foglalkozás volt (ennek népszerűsége vélhetően összefügg az ezen alkalmakkor tartott ételbemutatókkal, ételkóstolókkal). Az összegyűjtött adatokból további két program látogatottsága emelhető ki, ezek a fogyókúra, illetve a cukorbeteg-foglalkozások, mindkét esetben a csoportos forma bizonyult népszerűbbnek (13 versus 7 említés, illetve 11 versus 9 említés).

A szolgáltatásokkal kapcsolatos általános elégedettséget a kérdőívben 5 dimenzióban mértük. Az egyes dimenziókat a kérdőívet kitöltőknek egy háromfokú skálán kellett osztályozni, aszerint, hogy milyen mértékben elégedettek (teljesen elégedett volt, részben elégedett volt, nem volt elégedett).

T48. Az általános elégedettség dimenziói

Gyógytorna				
	Teljesen elégedett volt	Részben elégedett volt	Nem volt elégedett	Hiányzó adat
Foglalkozások légköre	95.56%	2.22%	0.00%	2.22%
Válaszokat kapott-e a kérdéseire	97.14%	1.27%	0.00%	1.59%
Kezdés pontossága	95.56%	2.86%	0.00%	1.59%
Foglalkozások helyszíne	90.79%	7.30%	0.32%	1.59%
Megközelíthetőség	97.14%	0.95%	0.32%	1.59%
Egészségpszichológia				
Foglalkozások légköre	95.74%	2.84%	0.00%	1.42%
Válaszokat kapott-e a kérdéseire	95.74%	2.84%	0.00%	1.42%
Kezdés pontossága	91.49%	6.38%	0.71%	1.42%
Foglalkozások helyszíne	91.49%	7.09%	0.00%	1.42%
Megközelíthetőség	96.45%	2.13%	0.00%	1.42%
Dietetika				
Foglalkozások légköre	96.08%	3.39%	0.00%	0.52%
Válaszokat kapott-e a kérdéseire	96.08%	3.13%	0.26%	0.52%
Kezdés pontossága	95.56%	3.92%	0.00%	0.52%
Foglalkozások helyszíne	87.99%	10.97%	0.52%	0.52%
Megközelíthetőség	88.77%	10.44%	0.26%	0.52%

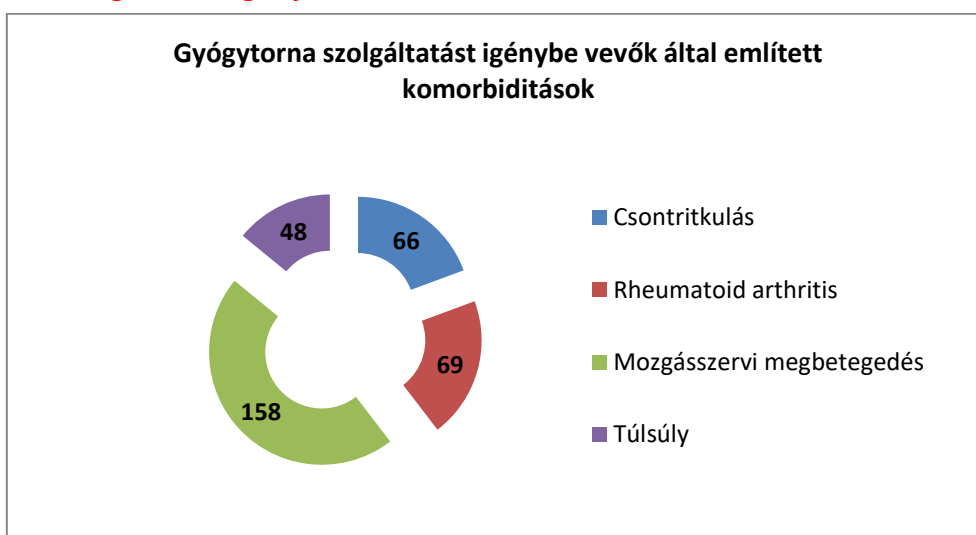
Adatok forrása: klienselégedettségi kérdőívek

Az adatokat vizsgálva elmondható, hogy **általánosságban az elégedettség szintje magas volt**, hiszen az egyes dimenziókban adott „teljes mértékben elégedett” értékelések aránya nem volt alacsonyabb, mint 87%. Érdemes kiemelni, hogy a kérdőívet kitöltők a legkevésbé a **helyszínnel** voltak megelégedve, ebben hasonlóság mutatkozott a kérdezés első hullámaéhoz képest. Külön kiemelendő a dietetika foglalkozások helyszínével való relatív elégedetlenség.

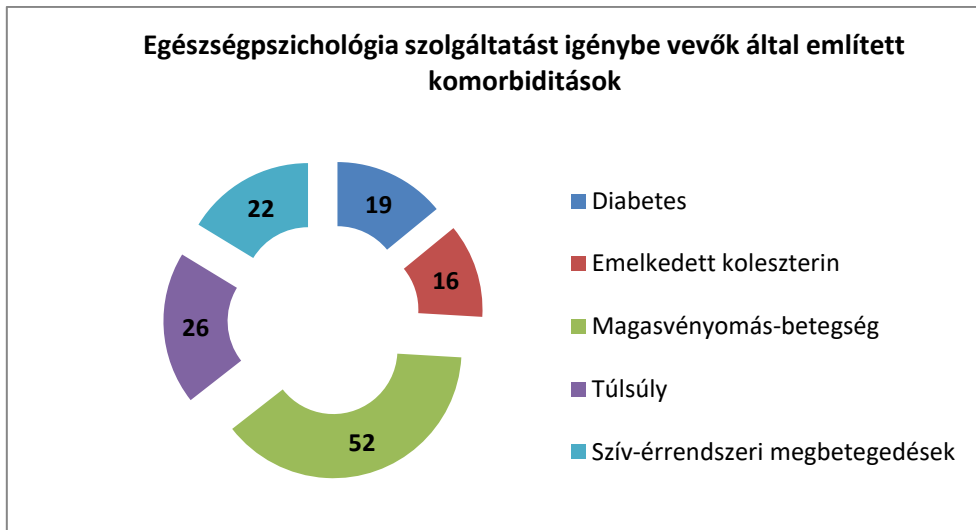
A többlétszolgáltatásokat **foglalkozás típusonként** is volt lehetősége értékelni a kitöltőknek. A gyógytorna szolgáltatás foglalkozástípusait megvizsgálva elmondható, hogy a kitöltők által leggyakrabban véleményezett, említett foglalkozások a csoportos végzett gerinc, nyak-váll, időseknek szóló, illetve női egészségmegőrző gyógytorna foglalkozások voltak. Az egészségpszichológia szolgáltatás foglalkozástípusait megvizsgálva az egyéni foglalkozások, testsúlycsökkentő és stresszkezelő valamint a „Nők egymásért” és „Életet az éveknek” csoportos foglalkozások említési gyakorisága figyelemre méltó. A diétetika szolgáltatás foglalkozástípusait megvizsgálva a fogyókúra testzsír csökkentés konzultáció, cukorbetegséggel kapcsolatos konzultáció, egészséges életmód klubfoglalkozások említési gyakoriságai emelhető ki. **A foglalkozásokkal kapcsolatos elégedettség alapvetően magasnak volt tekinthető** (a „Nagyon hasznos volt” válaszok abszolút és relatív többségben vannak), ám válaszási sajátosságként kiemelhető, hogy a kérdőívet kitöltők minden foglalkozás esetén jellemzően **alacsonyabbra értékelték az egészségi állapot javulására vonatkozó hasznosságát** a többi dimenzióánál.

A **kérdőív továbbfejlesztésével** a kérdezés jelenlegi hullámában lehetőség nyílt a kitöltők önbevalláson alapuló betegségeinek kiértékelésére. A kapott válaszokat szolgáltatásonként az 49,50, és 51-es ábrák mutatják.

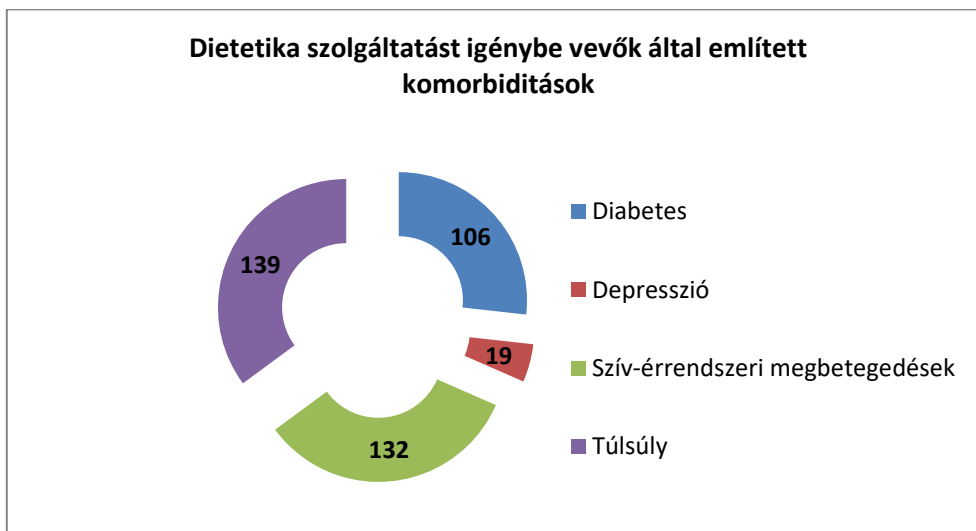
F49. Gyógytorna szolgáltatást igénybe vevők által említett komorbiditások



F50. Egészségpszichológia szolgáltatást igénybe vevők által említett komorbiditások



F51. Dietetika szolgáltatást igénybe vevők által említett komorbiditások





A kérdőívekből kinyerhető további adatok elemzésével a következő megállapítások fogalmazhatóak meg:

1. A válaszadók- a gyógytorna szolgáltatások esetén több, mint 95%-a, az egészségpszichológia szolgáltatások esetén 85%-a, a diétetika szolgáltatások esetén több, mint 80%-a- nagymértékben igényli a foglalkozások további folytatását
2. A gyógytorna és az egészségpszichológia szolgáltatások esetében a leggyakrabban említett szükséges változtatások a helyszínnel és a körülményekkel voltak kapcsolatosak (nagyobb terem szükségessége), a diétetika szolgáltatás esetén pedig a gyakorlati foglalkozások hiányára vonatkoztak.
3. A kérdőívet kitöltők a gyógytorna, egészségpszichológia foglalkozások esetében jellemzően hetente vagy hetente többször, míg a diétetika esetében valamivel ritkábban vesznek részt a foglalkozásokon.
4. A gyógytorna kérdőívet kitöltők 72%-át, az egészségpszichológia kérdőívet kitöltők 67%-át, míg a diétetika kérdőívet kitöltők 76%-át segéd-egészségőr hívta a foglalkozásra.
5. A gyógytorna kérdőívet kitöltők átlagosan 6.83 hónapja, az egészségpszichológia kérdőívet kitöltők átlagosan 5.55 hónapja, a diétetika kérdőívet kitöltők átlagosan 4.58 hónapja vesznek részt a foglalkozásokon.

C.7.3. KÖVETKEZTETÉSEK

Az itt bemutatott eredmények alapján elmondható, hogy **a kliensek alapvetően elégedettek voltak** (különösen a kérdéseikre kapható válaszokat tekintve) a Program keretében nyújtott többlétszolgáltatásokkal, néhány jól azonosítható (pl. helyszínnel kapcsolatos relatív elégedetlenség) kritikus pont említése mellett.

A kérdőívet kitöltők ugyan nem képviselik a teljes, Program által érintett lakosságot, de az általuk adott visszacsatolások szükséges és hasznos alapjai a Program működésének. A beérkezett kérdőívek kiértékelése során azonosítottuk a leggyakrabban említett foglalkozásokat, értékeltük az általános és a foglalkozásokhoz kapcsolódó elégedettséget, és kitértünk a kérdőívekben összegyűlt kvalitatív információkra is, melyek értékes információkat biztosítanak.



C.8. VÉDŐNŐI SZOLGÁLTATÁSOK TELJESÍTMÉNY ÉRTÉKELÉSE

C.8.1. BEVEZETŐ. A PROGRAM ALAPVÁLLALÁSAI

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram keretében a védőnői ellátás alaptevékenysége, a várandósok és a 18 év alatti lakosok egészségi állapot szűrése kiegészítésre került az alábbi tevékenységekkel:

- a roma **Anya-Gyermek Klubok** működtetése
- a településeken a praxisközösség által szervezett **közösségi programok** szervezésében, lebonyolításában való szervezési és szakmai részvétel
- a védőnői szűrő tevékenység rendszer szintű kiegészítése a TÁMOP 6.1.4. módszertana szerint (hat éven aluli lakosság egészségi állapot felmérésének fejlesztése érdekében)

A **klubfoglalkozások és a közösségi gondozás célja** a védőnőkhöz kötődő ellátás, tájékoztatás, egészségfejlesztés **új színtereken** való megvalósítása, az ismeretek szélesebb körű átadása a lakosság számára szervezett, rendszeres formában. A klubok szervezésének előnye – azon túl, hogy időtakarékos – hogy segít a helyi közösségek építésében, a résztvevők egymást is segítik a problémák feltárásában, megerősítik egymást, hogy az esetleges nehézségekkel meg lehet küzdeni, felszínre kerülnek a jó gyakorlatok, bevált praktikák, melyet a szakember meg tud erősíteni, vagy ki tud igazítani.

A klubfoglalkozások mellett a védőnők a lakossági szintér programok megvalósítását a toborzásban és a programok szervezésében való részvétellel, valamint a lebonyolításban való közreműködéssel segítették. Számos rendezvényen előadóként is közreműködtek. A védőnők a családlátogatásokon, tanácsadási alkalmakkor tájékoztatták a lakosságot a programokról, a meghívólevelek átadásával mobilizálták a lakosságot a programokon való részvételre, valamint az egészségi állapot felmérés és az egészséges tanácsadások igénybevételére.

Kivételes lehetőséget jelentett mind a Modellprogram, mind a védőnői alapellátás fejlesztése oldaláról, hogy a projekt keretében (18 hónap alatt)

- **1085** gyermek, ill. **691 várandós** (család) rizikószűrését,
- **7613 ún. Szülői Kérdőív felvételét** (a gyermek fejlődéséről 1-hónapostól 6 éves korig 15 korcsoportban)



végezték a védőnők, a TÁMOP 6.1.4. módszertana szerint.

A védőnői kompetenciába tartozó egészségi állapot szűrés 740 várandósnál, 3724 0-6 éves gyermeknél és 4648 iskolás korú gyermeknél történt meg.

- korai fejlesztési igény - a **Szülői Kérdőívek alapján** - a **gyermekek 10 %-nál** (747 gyermek) **merült fel**
- **további vizsgálatra küldtek a védőnők az egészségi állapot szűrés alkalmával talált eltérések miatt 748 (19%) 0-7 éves és 2024 (48%) iskolás gyermeket.**
- **A rizikó kérőív a szűrt 717 újszülött közül 24 %-nál vetítette előre a fokozott gondozási igényt. A várandósoknál a kérdőív rizikót jelzett 28%-ban a várandósok életkörülményei, 16%-ban a magzatra ható várandós életmódja, 20% -ban a várandós gazdasági helyzete miatt.**

A fenti adatok jelentősége abban áll, hogy eddig nem állt rendelkezésre olyan objektív szűrő módszer a védőnők számára, amely a lehetséges rizikó állapotot előre jelezte volna. Az új szűrőeszköz bevezetésével a fokozott gondozás preventív jelleggel kezdhető meg, remélhetőleg megelőzve a valódi rizikó állapotok kialakulását.

C.8.2. ROMA ANYA-GYERMEK KLUBOK SZERVEZÉSE

Az Anya-Gyermek klubokat az intervenciós területen élő várandós és gyermeket nevelő családok számára a települést ellátó védőnő szervezi, vezeti.

A projekt futamideje alatt az Anya-Gyermek klubok havi rendszerességgel kerültek megszervezésre, 2017. februárig. A projekt teljes futamideje alatt (2013. október - 2017. február) településenként 38-39 foglalkozásra került sor. A foglalkozások a település védőnői tanácsadó helyiségében vagy egyéb, csoportos foglalkozásra alkalmas helyen zajlottak. Egyes foglalkozás optimális létszáma 10 -15 fő (a létszámnak sokszor a hely szűke szabott gátat), a témától és a résztvevők aktivitásától függően időtartama 1-2 óra.

A célcsoport valamennyi, a településen fellelhető várandós és kisgyermeket nevelő család, ill. a projekt fókuszát figyelembe véve kiemelten a roma lakosság köre volt. A klubok megvalósulása során a házi gyermekorvossal/háziorvossal, valamint a praxisközösség dietetikusával, pszichológusával és gyógytornászával egyaránt jó együttműködés alakult ki. A foglalkozásokon az alkalmazott módszer az irányított beszélgetés, interaktív prezentáció volt, melynek előnye, hogy nem előadásokat hallgatnak passzívan a résztvevők, hanem eszközök



bevonásával tevékeny közreműködéssel, nagyobb hatékonysággal fogadják be az elhangzó ismereteket.

A védőnők a klubok szervezésében, lebonyolításában segítséget kaptak a népegészségügyi koordinátoroktól, igénybe vehették a segéd-egészségőröket, illetve előadóként meghívhatták a házi orvost (házi gyermekorvost), dietetikust, gyógytornászt, pszichológust, népegészségügyi koordinátort is. Ennek köszönhetően a praxisközösségi többlétszolgáltatások szakértőivel tematikus, problémaorientált foglalkozásokat is sikerült kivitelezni (pl. helyes táplálkozás a várandósság és a szoptatás ideje alatt, dohányzás leszokás támogatás várandósok, kismamák részre, helyes testtartás, mozgás fontossága, stb.).

A foglalkozások általános célkitűzései:

Családgondozási szemléleten alapulva az ellátott családok – különösen a hátrányos helyzetű nők, gyermekek és fiatalok – egészségének védelme, megőrzése és fejlesztése az egyéni igények, szükségleteik figyelembe vételével, kiaknázva a csoportos foglalkozások adta lehetőségeket

- egészséges életszemlélet átadása;
- családtervezési ismeretek elsajátítása;
- felkészülés a szülői szerepre;
- a magzat és a gyermek egészséges fejlődésének mérföldköveinek ismertetése;
- egészséges táplálkozás, egészséges életmód megismerése;
- fejlesztő, segítő és biztonságos környezet kialakítására készségszerzés;
- szűrővizsgálatok jelentőségének tudatosítása;
- betegségek esetén a teendők ismertetése;
- higiénés szabályok ismerete, alkalmazásához készségszerzés;
- környezettudatosság kialakítása;

Az Anya-Gyermek klubok felügyeletét, működéséhez szükséges feltételeket és a szupervíziót a projekten belül a Magyar Védőnők Egyesülete mint konzorciumi partner fogta össze, biztosította.



C.8.2.1. A TELJESÜLÉS MÉRTÉKE

Az intervenciós területen 13 településen 14 klub szerveződött, településenként 1-1, illetve Arlón 2 klub. Minden klubot 1-1 területei védőnő felügyelt, szervezett, vezetett, kivéve Berettyóújfaluban, ahol a közreműködő 4 védőnő (2015. júniusig, majd 1 védőnő kilépést követően 3 védőnő) felváltva szervezte a klubokat.

Klubfoglalkozásokra résztvevők toborzása:

A védőnők jellemzően a családlátogatások alkalmával személyesen hívták meg az érintetteket, emellett írásos meghívót is készítettek.

Hirdetési felületeken, tanácsadóban, orvosi-rendelőben, gyógyszerárban, művelődési házban, polgármesteri hivatalok hirdető tábláján elhelyezett plakátokkal, kábeltévében, helyi újságban írásos meghívás is történt.

Motiváció formája, eszköze:

Személyes találkozások, családlátogatások során figyelemfelkeltés, az egyes témakörök jelentőségének a bemutatásával, érdeklődés felkeltése a gyakorlati tapasztalat megszerzésére, bővítésére.

Lehetőség szerint az aktuális témákhoz kapcsolódóan tárgyi ajándékozás, valamint érthető, rövid információs anyagok készítése, átadása.

Ellenőrzés, értékelés formája:

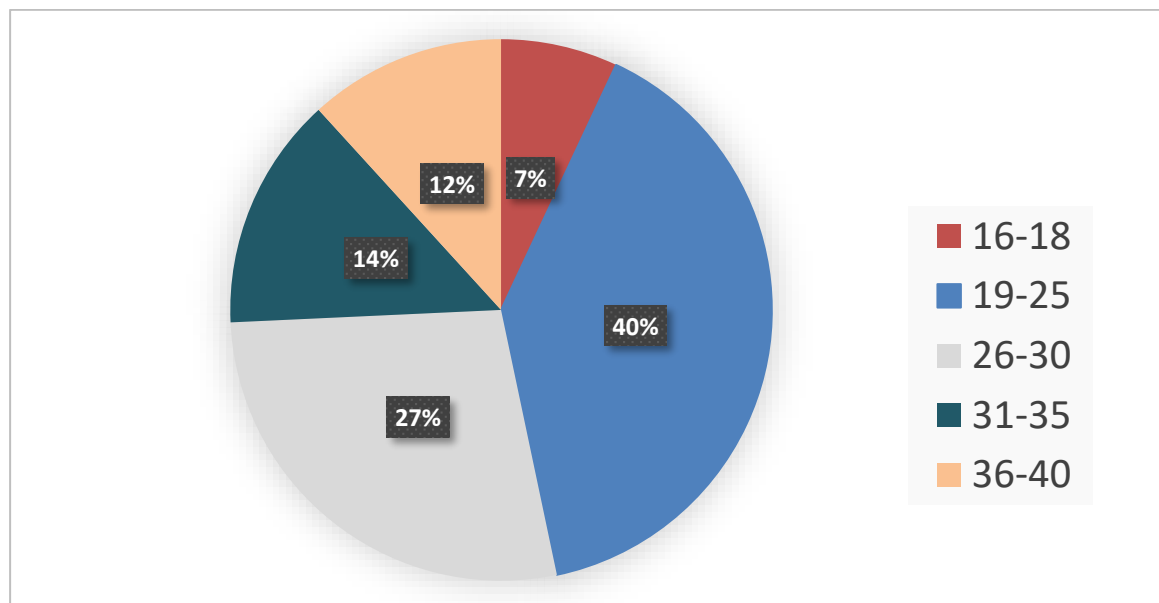
Családlátogatás alkalmával a védőnők megtapasztalhatták a résztvevők megszerzett elméleti ismereteinek gyakorlati alkalmazását.

A felnőtt résztvevők a klubfoglalkozásokon való megjelenésüket aláírással rögzítették. Rögzítésre került a felnőttel érkező gyermekek száma is. A foglalkozásokkal kapcsolatos észrevételek, tapasztalatok rendszeresen kiértékelésre kerültek a védőnők részéről.

2016 júniusában a foglalkozásokról összegyűjtöttük a résztvevő családok tapasztalatait, véleményüket.

272 édesanya válaszolt a kérdésekre, ők összesen 2970 foglalkozáson vettek részt (az összes 7562 foglalkozási alkalomból)

F52. A részt vevő édesanyák korcsoport szerinti megoszlása

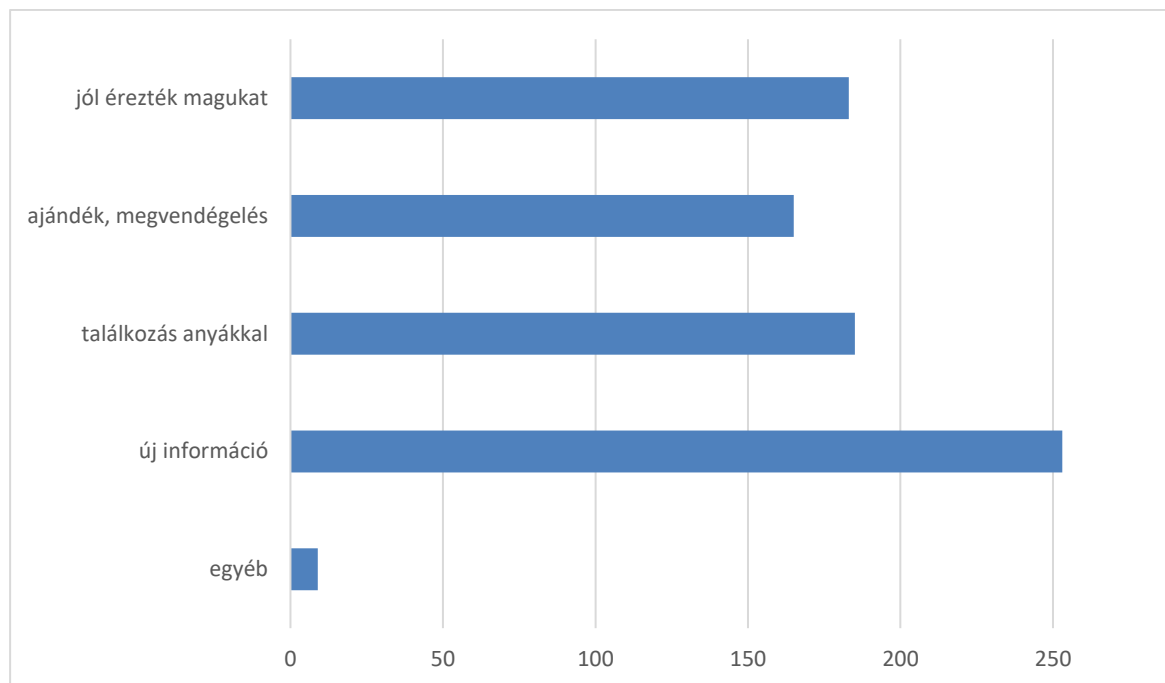


A válaszoló édesanyák közül 10-en szülési szabadságon voltak a megkérdezés idején, 174-en pedig GYED/GYES-en. 191 édesanya úgy nyilatkozott, hogy nincsen munkahelye, és 91 nem részesült semmilyen ellátásban a megkérdezés idején.

A család szinte mindenhol támogatta az édesanyát a klubokon való megjelenésben, csak öten válaszolták, hogy nem volt támogató a család, 24-en pedig hogy közömbös volt.

A klubfoglalkozásokról jellemzően a védőnőtől értesültek, de nagyobb arányban jelölték a plakátot, írásos meghívót és a szomszédot. Ez is bizonyítja, hogy az érintettek körében igen nagy jelentősége van a környezeti véleményének, a szomszédoknak. A segéd-egészségőrök fontos szerepe is bizonyítja ez, hisz ők a lakóközösségből kerültek kiválasztásra.

F53. A foglalkozások hasznosságára vonatkozó kérdésre adott válaszok gyakorisága



A foglalkozások hasznosságára adott válaszokból jól látszik, hogy az érintett közösség számára fontos, hogy legyen megvendégelés, kapjanak valamilyen ajándékot az új információk mellé. Arra a kérdésre, hogy szívesen vennének-e részt a későbbiekben ilyen foglalkozásokon 223-an igennel válaszoltak.

A klubfoglalkozásokon érintett témakörök (a csoport aktuális igénye szerint változtak):

1. Családtervezés – korszerű fogamzásgátlás
2. Várandósság alatti testi-lelki változások, táplálkozási alapelvek
3. A csecsemő egészséges fejlődése 0-6 hónapos korig, anyatejes táplálás fontossága, fejlesztő környezet kialakítása
4. A csecsemő egészséges fejlődése és táplálása 6-12 hónapos korig, fogzás, a játékok jelentősége
5. 1-6 éves korú gyermek egészséges fejlődésének menete, egészséges táplálása, helyes szokások kialakítása
6. Biztonságos környezet, balesetek megelőzése, elsősegélynyújtás
7. Személyi higiénia, higiénés szabályok, élősködők okozta betegségek megelőzése



8. Szűrővizsgálatok csecsemőkortól felnőttkorig, várandósság alatti szűrővizsgálatok jelentősége
9. Gyakori gyermekkori betegségek, lázcsillapítás fontossága. Védőoltások jelentősége, kötelező és választható védőoltások
10. Káros szenvedélyek megelőzése, leszokás (dohányzás, alkohol, drog)
11. Testmozgás, sport fontossága az egészséges életmódban
12. Gyermek és szülő jogai és kötelességei, (családon belüli erőszak) szociális juttatások köre

A témakörökhöz segédeszközöket és témák feldolgozását segítő, a Modellprogram keretében felkért fejlesztők által kidolgozott információs csomagot kaptak a védőnők, egyes témákhoz pedig PPT segédletet (a Magyar Védőnők Egyesülete eddigi működése során összegyűlt szakmai ismeretek felhasználásával készültek). A Magyar Vöröskereszt gondozásában kiadott, Csecsemőgondozási Tanfolyamok számára készült tankönyv minden klub számára biztosításra került. A szupervíziók alkalmával (7-7 alkalom/praxisközösség) pedig megbeszélésre kerültek a tapasztalatok, a működtetés nehézségei.

Szolgáltatás:

A résztvevők megvendégelése büfé biztosításával történt, a foglalkozásokhoz használt tárgyi eszközöket a résztvevők hazavihették.

A foglalkozásokhoz biztosított eszközökre példa: lázmérő, tisztálkodási eszközök, törölköző, műanyag étkező szett, kifestők, színes ceruza, buborékfúvó, ujjbáb, baba kellékek, homokozó-játék, fürdőjáték, építőjáték, labda, ugrálókötél, tea, valamint a tanácsadók számára játszószőnyeg.

Dokumentálás:

A foglalkozásokon jelenléti ív, ill. fotó (ahol hozzájárultak) készült. A klubvezetők munkanaplót vezettek és értékelést készítettek, melyet minden foglalkozás után elektronikusan megküldenek a szakmai koordinátornak (MAVE, Népegészségügyi szakember).

Szupervízió:



A Modellprogram keretében a szupervízió középpontjába a tradicionális szakmai feladatok, a praxisközösségi új szakmai szerep, valamint a személyes és a szakmai kompetencia praxisközösségi forma során felmerülő új kihívásainak való megfelelése került.

Az intervenciós területen a programban részt vevő védőnők részére félévente először 3 helyszínen (Heves és Jászapáti közös helyen tartotta a szupervíziót), majd minden praxisközösségben, azaz 4 helyszínen került megrendezésre.

Feladata:

- a. a szükségletek meghatározása
- b. rendelkezésre álló erőforrások számba vétele
- c. az érdekeltek, közreműködők feltérképezése
- d. segítség a felmerülő problémák megoldásához
- e. saját tapasztalatok érzések megosztása

Mivel az egészségügyi alapellátásban a szupervízió, mint a segítő szakember eredményesebb és hatékonyabb munkavégzését támogató módszer nincs jelen, **a szupervízió beépítése a praxisközösségi ellátási formába új és követendő kezdeményezés.**

A modellprogram értékelése során a védőnő résztvevők az alábbi pozitív eredményekről számoltak be a szupervízió kapcsán:

- fejlődött a saját élményre alapozó önismeret,
- megerősítette a szakmai kompetenciákat
- növelte a szakmai tudatosságot és céltudatosságot
- fejlődött az erőforrások monitorozására és felhasználására való képességük
- erősödött a kapcsolati tőke iránti igény
- erősítette problémamegoldó képességet

Az Anya-Gyermek klubbokkal kapcsolatban fellépő kihívások és kezelésük:

1. Kihívások, amelyekkel a védőnőknek meg kellett küzdeniük a klubfoglalkozások menedzselése során

- A családok érdektelensége, motiváció hiánya, ami az egészségmagatartással kapcsolatos ismeretek hiányára, berögzött, káros családi-, kulturális egészségmagatartás mintákra vezethető vissza..



- Társadalmi különbségek hatásai: A többségi társadalomhoz és a roma közösséghez tartozók nem szívesen vesznek részt együtt programokon, és emiatt nem jelenik meg megfelelő számú résztvevő, mivel mindkét fél azt gondolja, hogy ha a másik megy, akkor ő távolmarad. Az is megfigyelhető volt egyes területeken, hogy a többségi társadalomhoz tartozók – az addig jól működő klubokból – lemorzsolódtak, viszont olyan roma családok is bekapcsolódtak, akik eddig ilyen foglalkozásokon még nem vettek részt. Egy településen arról is beszámoltak a védőnők, hogy a leghátrányosabb, igen alacsony kulturáltságú személyeket nem fogadta be a roma közösség sem.
- A megjelentek számát a településen élők száma nagyban befolyásolja, ezért az alacsonyabb lélekszámú települések lakói között értelemszerűen nehezebb volt hatékonyan szervezett klubot indítani.
- Előfordul, hogy a védőnő személyisége kevésbé volt alkalmas a családok motiválására, közösségi programok szervezésére, a közösség felé való nyitásra.
- A településeken rendelkezésre álló helyiségek nem minden esetben voltak készek és alkalmasak arra, hogy a klubokat befogadják.
- A településen dolgozó többi egészségügyi dolgozó (házi orvos, házi gyermekorvos), akik nem voltak érintettek a Programban, illetve a munkáltató önkormányzat támogatását meg kellett nyerni.
- Amikor nagyszámú résztvevő jelent meg egy-egy foglalkozáson, a védőnőnek mint egyedüli lebonyolítónak kellett a figyelmet fenntartani, a használati eszközök rendeltetésszerű használatára figyelni, illetve azok jogosulatlan elvitelét megakadályozni. (A projekt ideje alatt sajnos történt eltulajdonítás.)
- A részt vevő személyek tudása, ismeretanyaga és kulturáltsága is különböző volt, így a foglalkozást vezetőnek ezeket a különbségeket kezelni kellett.
- A foglalkozásokon való megjelenést nagymértékben befolyásolta az aktuális évszak, az időjárás, illetve a családi és állami ünnepek egyaránt.

Kockázatkezelés

A program során havonta értékelésre kerültek a klubokkal kapcsolatos adatok és a tapasztalatok a védőnők között és a praxisközösségen belül, ezek függvényében szükség szerint módosításra ill. újraértékelésre került a toborzási stratégia. Szükség esetén a toborzáshoz a népegészségügyi koordinátortól és a segéd-egészségőröktől segítséget kértek a védőnők. Azokon a helyszíneken, ahol nagy számban vettek részt, ott a segéd-egészségőrök is megjelentek a foglalkozásokon, ezáltal is erősödött a praxisközösségi csapatmunka.



A nagyobb lélekszámú településeken – annak ellenére, hogy ott a célcsoport is nagyobb számban lelhető fel – volt megfigyelhető a klubfoglalkozásokon az alacsonyabb részvételi arány. Ezekon a településeken a segédegészségőrök leterheltsége is nagyobb volt, így az Anya-Gyermek klubok részvételére való toborzásban nem tudtak részt venni.

C.8.2.2. Sikertényezők

Az intervenciós területen minden településen megszervezésre kerültek az Anya-Gyermek Klubok, ott is, ahol eddig ilyen jellegű foglalkozás még nem működött. A foglalkozásokra jó arányban tudták mozgósítani a roma lakosságot a védőnők. A családok megismerték és megszerették a klubokat, és egymást is motiválták a részvételre. Az Anya-Gyermek Klubok működése minden településen kívánatos tevékenység, hisz a 40 hónap tapasztalata bebizonyította, hogy mind a szakemberek, mind a családok profitáltak a Programból.

Azon túl, hogy **közösségépítés** terén is születtek eredmények, a rendszeresen részt vett családok körében a védőnők az **egészségmagatartás javulását** is észlelték, valamint **nagyobb „kompetenciával” végzik a szülők a gyermekek nevelését**. Az elsajátított ismeretek hozzásegítik a szülőket, hogy időben felismerjék, észleljék a problémákat és a szükséges segítségért az ellátókhoz forduljanak.

A rendszeresség biztonságot is jelent a családok számára. A foglalkozások oldott légköre az **egészségügyi szakembereket is közelebb viszi az ellátottakhoz**, így nyitottabbak lesznek az ellátási folyamat során, könnyebben megfogalmazzák érzéseiket, megosztják problémáikat. Az egységes ismerettel rendelkező **szülők egymást is ki tudják segíteni**, ha az egészségügyi szakember nem elérhető, és mivel a foglalkozásokon megismerték egymást, a tanácsokat nagyobb valószínűséggel fogadják el egymástól a szülők.

A védőnők a csoportos foglalkozások keretében olyan általános ismereteket tudnak megosztani egyszerre több családdal, amit ha egyéneként kellene elvégezni, igen nagy időráfordítással tudnának csak megtenni. A klubok révén **tehát nőtt a védőnői egészségnevelő tevékenység hatékonysága** a településen élők körében.

A klubfoglalkozásokat vezető szakemberek részére a **rendszeres szupervízió** segítséget nyújtott az új feladatban való közreműködés és az önértékelés sikeréhez. Lehetőséget



biztosított egymás kudarcaiból, eredményeiből tanulni, és megoldási alternatívákat közösen kitalálni. Az intervenciós területen, **eddig elszigetelten dolgozó védőnőket is közelebb hozta egymáshoz**, nem csak a projekt keretei között, hanem a valós szakmai munkájukban is egymást jobban tudják támogatni.

Sikertényezőnek számít a lebonyolított foglalkozások forgalmi adata, amely jól mutatja az elééréket. Ennek összesítő adatait az alábbiakban mutatjuk be.

T49. A foglalkozásokon 2013 november és 2017 között részt vevők száma praxisközösségenként

	felnőtt	gyerek	összesen	fő/hónap	fő/alkalom
Borsodnádásd PK	2986	3055	6041	155	31
Berettyóújfalu PK	1107	1088	2195	56	19
Heves PK	2478	2470	4948	127	32
Jászapáti PK	991	811	1802	46	23
Összesen	7562	7424	14986	384	27

További sikertényező, hogy a foglalkozásokhoz 12 témában ismertető anyagok készültek, amelyeket Modellprogram keretében felkért fejlesztők készítettek, és településenként 50-100 családhoz sikerült eljuttatni:

1. Fogamzásgátlás, abortusz elkerülés (5 kiadvány)
2. Szűrővizsgálatok – várandós, gyermek, népegészségügyi (4 kiadvány)
3. Csecsemő és gyermek egészséges fejlődése (4 kiadvány)
4. Helyes szokások, önvizsgálat, személyi higiéné (5 kiadvány)
5. Korszerű táplálkozási/táplálási ismeretek (5 kiadvány)
6. Egészséges testtartás (1 kiadvány)
7. Védőoltások (1 kiadvány)
8. Fogzás, fogápolás, fogszabályozás megelőzése (2 kiadvány)
9. Gyermekbetegségek, elősködők (2 kiadvány)
10. Biztonságos környezet (1 kiadvány)
11. Játékok (1 kiadvány)
12. Védőnői Szolgálat, Családvédelmi tanácsadás (2 kiadvány)



persze mindent a maga idejében! Nagyon lényeges, hogy **kerüljük, illetve ha megtehetjük, ne adjunk a gyerekeknek fehér kenyeret, pékárut, süteményeket, cukrot!**

Ezek a finomított szénhidrátok nemcsak a fogak korai romlását segítik elő, hanem hozzájárulnak a légúti allergiák kialakulásához is, melyek szájlégzéshez vezetnek.

A szájlégzés az egyik fő oka a szabálytalan fogazatnak. A szájlégző gyerek fogkonyabb a betegségekre, általában később lesz ágytisztá, izgó-mozgó sajtkucac, nehezebben koncentrálna a feladatokra, gyakran horkol. Egy gyermek étrendjében **nincs helye a szénsavas, cukrozott üdítőknek**, mert gyengítik a csontozatot.

RÁGNI, RÁGNI, RÁGNI!

A szoptatás mellett a rágás a legfontosabb tényező ahhoz, hogy normálisan tudjon fejlődni az arc. Ha már vannak fogai a gyermeknek, képes rágni, ne pépesítsük az ételét, ne főzzük agyon a zöldségeket a levesben, ne vágjuk le a kenyér héját!



Minden nap legyen nyers zöldség, gyümölcs az étrendben!

Egy db répa, alma, karamlábé vagy uborka... Lényeg, hogy rágjon mindkét oldalon!

Mikortól kell fogat mosni?

Nagyon fontos, hogy már a tejfogak egészségére is figyeljünk! Ahogy olyan ételt kap a baba, amiből lepedék képződik, pl. gabonás pépek, keksz, stb.- mosni kell a fogát. Először használjunk kifejezetten kisbabáknak kifejlesztett gumi-vagy szilikon fogkeféket, melyek kiválóan masszíroznak is a fogzás idején. 1-2 éves kortól kicsi fejú, puha sörtéjú fogkefe következhet. Fogkrémet ne használjunk addig, amíg a gyermek nem képes kiköpní azt!

Ha az itt leírt tanácsokat betartjuk és figyelünk gyermekünk étkezésére, valamint a megfelelő testtartására, nagy valószínűséggel elkerülhetjük a – nem olcsó – fogszabályozást.

4 JÁSZ- NAGYHUN - SZOLNOK: Jászapáti, Jászkesér, Jászivány
3 HEVES: Heves, Átány, Kömlő, Tiszánána
2 BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN: Borsodnádasd, Arló, Járdánháza, Borsodszentgyörgy
1 HAJÓDÚ-BIHAR: Berettyóújfalú, Hencida • Komádi, Magyarhomorog, Mezőpeterd
MI RÉSZT VESZÜNK BENNE!

A SZABÁLYTALAN FOGAZAT KIALAKULÁSA MEGELŐZHETŐ!

KIRE ÜTÖTT EZ A GYEREK?
Az emberek többsége úgy gondolja, hogy a szabálytalan fogazat ugyanúgy öröklődik, mint a szem vagy a haj színe, az **orr** formája vagy a **fül** mérete. Az igazság azonban az, hogy a **szabálytalan fogazatért elsősorban nem a genetika okolható**, hanem különféle egyéb tényezők: a táplálás módja, a táplálék maga, bizonyos szokások (cumi, ujjszopás), a fogak körüli izmok nem megfelelő működése, szájon át légzés, helytelen nyelés és a rossz hangképzés.

Például: az hogy egy gyermek Az, hogy egy gyermek pókharapó, tehát úgy előréllnak a felső fogai, hogy „a pókot is képes lenne kiharapni a sarokból” és az édesanyjánál is ez

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósult meg. The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI MODELPROGRAM
www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu

MINISZTERISÉG

Svájci Hozzájárulás

A foglalkozások résztvevői nagy örömmel használták a biztosított eszközöket.

Minden település klubja az alábbi eszközökkel kerültek felszerelésre a Modellprogramnak köszönhetően:

- Játszószőnyeg
- Mesekönyvek
- Gyermek asztal, székek
- Huple –fejlesztő eszköz
- Kifestők, rajzeszközök, gyurma
- Bilibó fejlesztő eszköz

A Modellprogramban beszerzett, a klubfoglalkozásokon használt oktatási segédeszközök:

- Mell vizsgálati modell
- Fürdőkád
- Demonstrációs baba
- Szemészeti szett
- Fogápolási modell
- Egészséges tányér készlet
- Részeg szemüveg 2 féle
- Lang II teszt
- Tetűfésű



Az egyes témákhoz bemutató eszközök kerültek beszerzésre minden résztvevő számára, melyet hazavihettek:

- lázmérő
- elsősegély egységcsomag
- higiénés eszközök (tisztálkodó-szerek, gyermek-felnőtt fogkefe, fogkrém, törülköző)
- tisztálkodási szerek (szappan, körömkefe, mosószer, tusfürdő, stb.)
- gyermek étkező szett (tányér, pohár, tál, evőeszköz)
- gyermekjátékok (buborékfúvó, ujjbáb, homokozó,- építő játékok, ugráló kötél)
- baby kellékek,
- mesekönyvek, színezők, ceruzakészlet, gyurma

C.8.2.3. Kiaknázatlan lehetőségek, amelyekre építeni lehet a további fejlesztési programok során

Az intervenciós területen dolgozó egészségügyi szakemberek együttműködése, nagyobb arányú és tematikus bevonása az Anya-Gyermek klubok foglalkozásainak tartásába, jelentős potenciált hordoz magában, ezért folytatandó, támogatandó a jövő alapellátás-fejlesztésében is.

Az egészségállapot szűrések adatainak kiértékelésére építve, a foglalkozások témáinak megválasztása a lakosság valós igényeire tud majd fókuszálni. Megvalósíthatók lesznek a tematikus foglalkozások, az egyes rizikó csoportokra, betegségi csoportokra fókuszálva, ahova a meghívás az érintettség okán történhet meg, ezáltal célzottá és hatékonyá tehető az intervenció ezen eszköze.

Az azonos élethelyzetben (gyermeket tervezők, várandósok, szoptató anyák), azonos problémával küzdő családok (krónikus betegek, fejlődésben elmaradt gyermekeket nevelők, stb.) számára célzott tanácsadás, ismeretátadás valósulhatott meg, ami hatékonyabb az általános ismeretadásnál. Az egyének az érintettség okán nagyobb befogadóképességgel is bírnak, így nagyobb egészségnyereség érhető el. Erre a jövőben érdemes tovább építkezni.

A hosszútávon fenntartott csoportokban várhatóan lesznek olyan személyes eredmények, jó példák, amikor sikeres megküzdési stratégiákat tudnak a résztvevők



egymással megosztani, ami az egyének egészségmagatartását is pozitívan befolyásolhatja. Ennek pozitív potenciálja a közösségi egészségfejlesztésben a jövőben kiaknázandó.

C.8.2.4. Meg nem valósult vállalkások

Az Anya-Gyermek Klubok informatikai támogatása:

A tervezés idején célkitűzés volt ergonomikus adminisztrációs felület létrehozása a védőnők számára, hogy a klubfoglalkozások során keletkező adatok kerüljenek feltöltésre egy közös praxisközösségi felületre, ahol jogosultságtól függően látják az egyes alkalmazottak az ellátási eseményeket. Praxisközösségi tudástár üzemeltetése a foglalkozásokon alkalmazott tematikus szakmai anyagok megosztására. A projekt futamideje alatt ez nem valósult meg

C.8.2.5. Kiterjesztésre vonatkozó szakmai ajánlás

A rendszeresen ismétlődő klubok folytatása javasolt. A rendszeres alkalmak képesek megfelelő biztonságot, védeltséget adni azok számára, akiknek népegészségügyi szükségleteit célozza meg a mintaprogram. A foglalkozások fenntartásával a program tapasztalatai alapján erősödik a közösségek belső kapcsolatrendszere és az egészségügyi ellátókkal kapcsolatos bizalom és iránymutatásaik elfogadása, követése kialakítható. Ezért is öröndetes, hogy a Kormány támogatja az életre hívott praxisközösségek fenntartását. A foglalkozások beszüntetése elégedetlenséget, frusztrációt és az egészségügyi preventív szolgáltatásokkal kapcsolatos indokolatlan bizalmatlanságot szülne. Bebizonyosodott, hogy a védőnői egészségnevelő tevékenységek hatékonysága növelhető a csoportos foglalkozásokon keresztül. Az egyéni családlátogatások időigényesek, a csoportos foglalkozások keretében csökkenthető az időráfordítás az ismeretek átadása területén.

A hosszútávon fenntartott csoportokban várhatóan lesznek olyan személyes eredmények, jó példák, amikor sikeres megküzdési stratégiákat tudnak a résztvevők egymással megosztani, ami az egyének egészségmagatartását is pozitívan befolyásolhatja.

Javasolt a bevezetés időszakában különböző célcsoportoknak külön szervezni a klubfoglalkozásokat, hogy szívesen vegyenek részt rajta a családok.

Az egészségállapot szűrések adatainak elektronikus feldolgozásának kiértékelésére építve, a foglalkozások témáinak megválasztása a lakosság valós igényeire tud majd fókuszálni. Megvalósíthatók lesznek a tematikus foglalkozások, az egyes rizikócsoportokra,



1 HAJDÚ-BIHAR:

- Berettyóújfalú
- Hencsida • Komádi
- Magyarhomorog
- Mezőpeterd

2 BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:

- Borsodnádasd
- Arló
- Járdánháza
- Borsodszentgyörgy

3 HEVES:

- Heves
- Átány
- Kömlő
- Tiszánána

4 JÁSZ- NAGYHUN - SZOLNOK:

- Jászapáti
- Jászvásár
- Jászivány

MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!

233

betegségcsoportokra fókuszálva, ahova a meghívás az érintettség okán történhet meg, ezáltal célzottá és hatékonyra tehető az intervenció ezen eszköze.

Az intervenció területén dolgozó egészségügyi szakemberek együttműködése, nagyobb arányú és tematikus bevonása az Anya-Gyermek klubok foglalkozásainak tartásába, jelentős potenciált hordoz magában, ezért folytatandó, támogatandó a jövő alapellátás-fejlesztésében is.

A kiterjesztéskor tekintettel kell arra lenni, hogy a szegényebb, kevésbé iskolázott lakosság népegészségügyi mozgósításában komoly szerepe van az ajándékba adható egészségügyi célú és egyéb jutalmazó értékkel bíró termékeknek (pl. játékok, mesekönyv, tisztálkodási szerek, stb.). Amennyiben a kormány a Program folytatása mellett dönt, akkor a praxisközösségek számára biztosítani kell az egészségügyi promóciós termékek beszerzésének forrását.

A foglalkozások fenntartása és az azokhoz kapcsolódó dologi keret és infrastruktúra háttér megteremtése országosan, különös tekintettel a fejlesztendő településekre javasolt. Az önkormányzatok ez irányú támogatása és motiválása akár célfinanszírozás, akár infrastruktúra és eszközfejlesztési programok keretében képzelhető el.

A csoportos foglalkozások tartására már a védőnői képzésben szükséges felkészíteni a védőnőket, a kommunikációs gyakorlatokkal együtt, amelyekhez szituációs eseteket a Modellprogram biztosítani tud.

A védőnői továbbképzések közé javasolt beemelni kommunikációs készségek fejlesztését, toborzási, szervezési készség elsajátítását.

A Modellprogramban szervezett Anya-gyermek Klubok nem az orvosi-, illetve védőnői praxisok köré szerveződött, hanem a település összes családja számára olt nyitott, ezt a gyakorlatot érdemes megtartani.

Az egyes alapellátási szakemberek izolációjának felszámolására is jó lehetőség a klubfoglalkozásokban való együttes részvétel.

Az egészségügyi alapellátásban nincs gyakorlata a szakemberek számára biztosított szupervíziónak, esetmegbeszélésnek. A Modellprogram keretében a rendszeres szupervízió bebizonyította, hogy nagyban tudja segíteni a szakemberek munkavégzését, munkájuk minőségét, hatékonyságát. A praxisközösségi modell kiterjesztésekor, a költségek



megtervezésekor javasoljuk, hogy a rendszeres szupervízió legyen elérhető a szakemberek számára.

C.8.3. VÉDŐNŐI RÉSZVÉTEL A SZÍNTÉR PROGRAMOKBAN

A védőnők számára nem idegen a közösségi programok szervezése, vezetése, hisz minden településen a Mintaprogramot megelőzően is aktív résztvevői voltak a települések által szervezett lakossági programoknak.

Az egészségi állapotszűrések és a családlátogatások alkalmával népszerűsítették a programokat a védőnők, motiválták a szülőket a programokon való részvételre.

A Mintaprogram futamideje alatt a területi és iskolát ellátó védőnők rendszeresen részt vettek a praxisközösségek színtér programjaiban mint szervezők, toborzást segítők, bonyolítók, vagy éppen előadók.

A programok helyszínei legtöbbször az óvodák, iskolák voltak, de a könyvtárak, vagy éppen egy sportpálya, park is megfelelő helyszín volt. Sajnos volt ahol a megfelelő létszámot befogadó épület hiánya miatt (Arló) csak kis létszámú programokat tudtak megvalósítani, vagy csak szabadterén.

A mindenki által szabadon látogatható események mellett tematikus klubok is szerveződtek, pl. Várandós klub Hevesen, Nyugdíjas Klubok több településen, ahol a védőnők is gyakran tartottak előadásokat.

Az iskolavédőnők az iskolákban szervezett programok fő mozgatói voltak. A Modellprogram futamideje alatt rendszeresen szerveztek iskolai egészségnapokat. Az iskolások megszokták, már nem újdonság számukra, és egyre jobban igénylik is, hogy legyenek egészségmegőrzéssel foglalkozó programok.

A legsikeresebbek azok a foglalkozások voltak, ahol a diákok kipróbálhattak maguk is egy-egy helyzetet, pl.. hogy hogyan is lát egy ittas ember – ezt a részegszemüveg segítségével tapasztalhatták meg - vagy éppen, hogy kell egy csecsemőt megfürdetni, milyen hatással van a dohányzás az egészségükre, megtanulták, hogyan kell ellátni egy balesetet szenvedett embert.



A nyári időszakban sikeresek voltak a szünidei klubok, táborok. Szünidei életmódklubok célja volt a szünidő tartalmas eltöltésének elősegítése, helyi gyerekek egészséges életmódhoz kapcsolódó ismereteink növelése játékos formában, önismeret fejlesztése, közösségfejlesztés, mozgás elősegítése, helyes tartás és a lúdtalpmegelőzésére irányuló foglalkozások tartása.

Az egyes színtérprogramokon a védőnők helyszíni tanácsadással várták az érkezőket, előadásokat tartottak, részt vettek a kitelepített szűrések megvalósításában, gyermekekkel foglalkoztak. A programokon kínált egészséges büfé elkészítésében is aktívak voltak.

A települések lakosságának a kulturális események kapcsán az egészségmegőrzés érdekében minden rendezvényen lehetősége volt egy-egy fontos egészség-megőrzési témát megbeszélni, előadást hallgatni, vagy éppen megismerkedni az önvizsgálati lehetőségekkel.

Események:

Az egyes rendezvények a települések hagyományihoz igazodtak, vagy éppen új kezdeményezésekhez csatlakoztak.

Régebb óta szervezik a Falunapokat, Lepényfesztivált, Aratónapot, Gyermeekjátászó hetet, a Jászsági randevút, stb.

Ezeken túl, a praxisközösségek bekapcsolódtak „Gyöngyre fűzve” programba, a minden év januárjában országosan meghirdetett, Mályvavirág Alapítvány által koordinált rendezvénysorozatba, amely a méhnyakrák elleni küzdelem világhete alkalmából kerül meghirdetésre. A praxisközösségek szakembereivel közösen rendezett programok, a megelőzés fontosságáról, a betegség gyógyítási esélyeiről, a szűrés fontosságáról szóltak, miközben a program jelképének számító mályvaszínű gyöngyöket láncba fűzték a résztvevők.

C.8.3.1. Sikertényezők

- A települések lakosai az évek során megismerkedtek a rendezvények nyújtotta lehetőségekkel, és már igényelik a különböző rendezvényeket, szívesen vettek/vesznek részt rajtuk. Sajnálják, hogy ez a program befejeződik.



- **Bebizonyosodott, hogy a sok szakember, ha hatékonyan dolgozik együtt, akkor számos embert megmozgathat, és felhívhatja a figyelmet a megelőzésre, az egészség fontosságára.**
- **A Modellprogram keretében beszerzett új demonstrációs eszközök nagy segítséget nyújtottak az egyes témák szemléltetéséhez, az interaktív bemutatókhoz (fogápolási modell, okos tányér demonstrációs eszköz, részeg-szemüveg, stb.).**
- **A programokhoz kapcsolódó kóstolókkal az is bemutatásra került, illetve a résztvevők megtapasztalhatták, hogy pl. az egészséges is lehet finom, illetve, hogy egészséges gyümölcslevet, joghurtot sem nehéz otthon elkészíteni.**
- **Védőnők közösségi szerepe erősödött, az alapellátás szakembereinek szerepe együttesen felértékelődött, exponenciálisan nőtt a védőnők által elérhető lakosok száma.**
- **Egy vezető óvónő elmondása szerint az egészségnapok után a gyerekek sokkal ügyesebben mostak kezet, fogat, illetve otthon a szülőket is tanították.**
- **Megfigyelhették a szakemberek, hogy milyen megdöbbenést okoz, amikor szembesítjük a klienseinket, hogy az addig egészségesnek gondolt 100% -os gyümölcslevek milyen sok hozzáadott cukrot tartalmaznak.**
- **A gyerekektől pozitív visszajelzéseket kaptak a védőnők a szünidei klubbal kapcsolatban, illetve az iskolai egészségnapokon, előadásokon.**
- **Tapasztalható volt, hogy azok a gyerekek, akik rendszeresen részt vettek klubokon, bővebb ismerettel rendelkeztek az egészséges életmóddal kapcsolatos témákban.**

Összességében a programokkal kapcsolatos tapasztalat az, hogy rendkívül jó volt az együttműködés a praxisközösség minden tagjával. Igazi csapatmunkával valósultak meg a rendezvények. A helyi civil szervezetektől is nagy segítséget kaptak minden alkalommal a praxisközösségek szervezői, illetve az óvoda és az iskola részéről is pozitív hozzáállás volt jellemző.



A fent leírtakon túl, a borsodnádásdi védőnő Érsek Orsolya „sikertörténete”, az Óbükk Ökotúra megvalósulása is mutatja, hogy a helyi társadalmi összefogás, milyen tartós eredményhez vezethet.

„Hogy kezdődött ez a történet? Kellett hozzá egy álom, amely elhatározássá erősödött, hogy rendezünk Borsodnádásdon egy olyan tömegsport rendezvényt, amely alternatívát nyújt a szabadidő hasznos, egészségtudatos eltöltésére, kiemelten kezeli a környezettudatosságot, valamint fontos szempont, hogy a résztvevők anyagi ráfordítása minimális legyen.

A megvalósításhoz szükség volt egy csapatra. Ez az elképzelés termékeny talajra került, mivel A Jövő Borsodnádásdjáért Egyesület fantáziát látott az ötletben, ezért felvette éves programjába.

A helyi összefogást tovább erősítvén, Borsodnádásd Önkormányzata Civil pályázat keretében anyagi támogatást nyújtott a rendezvény megszervezéséhez. A Máté-hegyi Ökopark és Sportcentrum biztosította a helyszínt a rajtoltatás, érkeztetés kulturált lebonyolításához. A Modellprogram szakemberei vállalták, hogy szakmai szempontból támogatják a rendezvény.

A hosszadalmas engedélyeztetési procedúra után, az idén ősszel már harmadik alkalommal fog megrendezésre kerülni a Mi teljesítménytúránk. Jelenleg két- 19 km és 29 km- távon kerül megrendezésre a túra, gyalogos, MTB, terepfutó kategóriában.

Örömmre szolgál, hogy egyre népesebb az indulók száma, 2016-ban 150 fő túrázót köszönthettünk a rendezvényen. A helyi indulókon túl, messzebből is érkeztek túrázók (Budapest, Debrecen, Salgótarján, Miskolc), hogy megismerjék Magyarország eldugott kis szegletét, a Heves-borsodi dombságot, azaz az Óbükk-öt.

A túra alatt figyelünk a túrázók egészséges energia bevitelre és folyadék fogyasztására is (ásványvíz, forrásvíz!, gyümölcs, gabonamagvas édességek).

A túra végén - amelyet minden túrázó szintidőn belül teljesített- a versenyzőket a világ legfinomabb babgulyásával, illetve a vegetáriánusokat lecsóval vendégeljük meg.

A Modellprogram szakemberei az indításkor és a finisben vérnyomásmérést, pulzusszámlálást végeznek. A célba érkezést követően, a gyönyörű környezetben, mindenki lelkesen tölti ki az egészséges életmóddal kapcsolatos „Egészség-totókat”, olvassa a szóróanyagokat és kanalazza a segéd-egészségőrök által készített és felkínált gyümölcssalátát.



A nap végén nem csak az emléklappal és kitűzővel gazdagodva, hanem a „megcsináltuk”- érzés élményével telve indulnak haza és viszik el hírnevünket.

A Mi közös csapatunk pedig a nap végén végtelenségig kifáradva, a rengeteg pozitív visszajelzéstől zsongó aggyal és azzal a jó érzéssel fekszik le, hogy együtt, összefogva összehoztuk ezt a színvonalas rendezvényt.

Sajnálom, hogy településünk rendezvényei a Modellprogram befejezése miatt egy színfolttal szegényebbé válnak.

Érsek Orsolya védőnő, Borsodnádásd”

C.8.3.2. Kiaknázatlan lehetőségek

A szülői kérdőívek és a szűrések tanulsága, hogy a veszélyeztetettség okai kezelhetőek lennének, ha a szülők szociális helyzete javulna, és több időt lehetne fordítani a szülők felvilágosítására, tanítására. A településeken élő lakosság egészségi állapot szűrései eredményinek feldolgozásával tematikus programok szervezhetőek a településeken.

C.8.3.3. Kiterjesztésre vonatkozó szakmai ajánlások

Az egészségnevelés csak hosszú távon hoz eredményt. Az egészséges életmóddal kapcsolatos szemléletváltás, és egészségtudatos életmód kialakításához sok idő szükséges. Ezért fontos hogy az egészséges életmóddal kapcsolatos előadások, programok több alkalommal és hosszútávon, rendszeresen működjenek.

Az egészségnevelést/fejlesztést az alapellátásban kell kezdeni, olyan szakemberek közreműködésével, akik személyesen foglalkoznak a családokkal, ismerik a problémáikat, és célirányosan tudnak az egészséggel kapcsolatban tanácsot adni.

Bebizonyosodott, hogy nincs olyan helyzet, program ahol ne lehetne időt, teret szakítani az egészség-megőrzési ismeretek átadására. Egyes esetekben a Modellprogram szervezte a rendezvényt és ennek lebonyolításához csatlakoztak a helyi civil szervezetek, más esetekben a civil szervezetek által kezdeményezett programokhoz kérték a Modellprogram szakmai támogatását.



C.8.4. A „TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 KORAGYERMEKKORI (0-7 ÉV) PROGRAM MÓDSZERTAN BEÉPÍTÉSE A VÉDŐNŐI TEVÉKENYSÉGEKBE

Az egészségügyi alapellátás keretében a 18 év alatti lakosság egészségi állapot szűrése jogszabályban jól szabályozott⁹², évtizedek óta lényegében változatlanul, rendszeresen végzett tevékenység. A védőnői szolgálat kialakulásával (1915) 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 teljesítőképességét, majd a munka világában való érvényesülését. Hazánkban, és a világon is egyedülálló a Védőnői Szolgálat⁹³, mivel az egészségtudományi karokon preventív szemlélettel képzik a feladatra a védőnőket. Ellátási körükbe a várandósságtól a tankötelezettség végéig (6-16/18-22 év) tartoznak a gyermekek és a szolgáltatást nem csak az egészséges tanácsadóknak, hanem a családok otthonában, nevelési és oktatási intézményekben is nyújtják. A népegészségügyi szemlélet markánsan 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 házi orvos (házi gyermekorvos, vegyes praxisú házi orvos) feladata. A magyar egészségügyi ellátásban a védőnői szolgálat preventív szemlélettel a teljes gyermek populációra kiterjesztve végzi megadott rendszerességgel⁹⁴ 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.

⁹² 33/1992. NM r., 5/1995. NM r., 26/1997. NM r., 51/1997. NM r., 49/2014. ESzCsM r., 26/2014 EMMI r.

⁹³ 2013 Magyar Örökség Díj, 2015. Hungarikum Díj

⁹⁴ 51/1997. NM r.,



A modellprogram keretében a jelenleg is zajló kötelező és fakultatív prevenciós tevékenységekre támaszkodva, a „TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkor (0-7 év) program” által kifejlesztett új módszertani elemek⁹⁵ beemelésével valósult meg a 18 év alattiak szűrése, ellátása.

C.8.4.1. A teljesülés mértéke, vállalások

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.

A Modellprogram felvállalta, hogy a „TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkor (0-7 év) program keretében kifejlesztett „Szülői kérdőívek”, „Rizikó kérdőívek”, valamint a Magyar Diabetes Társaság által kifejlesztett HUNDRISK kérdőív”⁹⁶ a gyermek populációban (Rizikó kérdőív esetén a várandósok körében is) teljeskörűen alkalmazásra kerülnek a 2015. január 1. – és 2016. március 31. közötti időszakban a szűrésekhez kapcsolva. A kérdőívek kitöltése a projekt meghosszabbított futamideje alatt is folytatódik.

Az alapellátáson belül a védőnői kompetenciába tartozó feladatok, és azok projekt keretében való kiegészülése Várandósok körében:

A várandósok körében az alapellátáson belül védőnői kompetenciába tartozó feladat ezen személyek nyilvántartásba vétele, trimeszterenkénti vizsgálatok elősegítése, ellenőrzése, a védőnői kompetenciába tartozó szűrések elvégzése (*testtömeg, testmagasság mérése, vérnyomásmérés, pulzus számlálás, vizelet tesztcsíkos, reagensekkel történő vizsgálata, emlők szemrevételezése, esetleg tapintásos vizsgálata, alsó végtag megtekintése, tapintásos vizsgálata*), információ átadás, tájékoztatás, valamint a család otthonában történő vizitek.

⁹⁵ www.gyermekalapellatas.hu

⁹⁶ lásd melléklet



A Modellprogram kiegészítette a jogszabály alapján⁹⁷ elvégzendő védőnői szűrést a „TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkor (0-7 év) program keretében kidolgozott rizikófelmérő kérdőív használatával.

A kérdőív használata alkalmas arra, hogy az eddig többnyire szubjektív alapon történő fokozott gondozásba vétel, objektív adatok birtokában valósuljon meg a továbbiakban. „Több olyan rizikó tényező ismert, amelyek bizonyítottan prediktorai a nem kívánt következményeknek”⁹⁸ A rizikó tényezők nem önmagukban vannak jelen általában, hanem halmozottan fordulnak elő, így súlyosbíthatják a meglévő állapotokat. Ismeretük megalapozhatja a beavatkozások formáját, irányát.

Várandós Rizikó Kérdőív:

Az intervenciós területen a védőnői körzetekben 2015.01.01- és 2016.03.31 között újonnan nyilvántartásba vett várandósok egészségi állapot szűrésével egyidejűleg felvételle került a „Várandós Rizikó kérdőív”.

A **691 várandós** (akik adataik feldolgozásához beleegyező nyilatkozatot adtak) közreműködésével felvett **rizikókérdőív** 29%-ban a várandósok életkörülményei, 16%-ban a magzatra ható várandós életmódja, 20%-ban a várandós gazdasági helyzete miatt jelzett rizikót.

Az alapellátáson belül a védőnői kompetenciába tartozó feladatok, és azok projekt keretében való kiegészülése Gyermekek körében:

A Modellprogram kiegészítette a jogszabályban⁹⁹ rögzített védőnők által végzendő szűréseket a „TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkor (0-7 év) program” keretében kidolgozott **Rizikófelmérő-, (újszülött, valamint az élethelyzetben bekövetkezett változás esetén), valamint **Szülői Kérdőívek használatával.****

⁹⁷ 26/2014 EMMI r.

⁹⁸ Masten AS: Ordinary magic: Resilience processes in development.

American Psychologist, 2001 56 3, 227-238. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>

⁹⁹ (51/1997. NM r.)



Újszülött Rizikó kérdőív:

Az intervenciós területen a védőnői körzetekben 2015.01.01- és 2016.03.31 között újonnan nyilvántartásba vett gyermekek egészségi állapot szűrésével egyidejűleg felvételre került a „Újszülött Rizikó kérdőív”.

Tartalma:

- Együtt élőkre vonatkozó adatok, különös tekintettel a változásokra
- Lakáskörülmények
- Szülők legmagasabb iskolai végzettsége
- Foglalkoztatottság, jövedelmi viszonyok
- Várandósságra vonatkozó adatok (vizsgálatok, problémák, folsav-profilaxis)
- Szülés körülményei
- egyéb tényezők (mint pl. anya, apa életkora).

A védőnő a rizikószűrés 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.

Amennyiben működik olyan e-dokumentációs rendszer, amelybe a gyermeket ellátó orvosnak is van jogosultsága betekinteni, az orvos is megtekintheti a rizikó kérdőívet.

Az intervenciós területen a védőnői körzetekben 2015.01.01- és 2016.03.31 között 0-6 éves korosztályba alkalmazásra került „TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkori (0-7 év) program” keretében kidolgozott **Szülői Kérdőív**.

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.

Szülői Kérdőívek a gyermek fejlődéséről:

A „Szülői Kérdőívek a gyermek fejlődéséről” a szülő megfigyelését tartalmazzák - irányított kérdések alapján –gyermekéről, az 1,2,4,6, 9,12, 15 hónapos, valamint 2,3,4,5,6,7 évesek 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 megbeszélik 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 fejlődési zavarok korai felismerését és ellátását segítő eszköze 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 kitöltött 7613 kérdőívből 1851 gyermeknél jelzett 1-1 kérdésnél fejlődésben való megtorpanást. 751 gyermeknél egy életkorban több ponton is jelzett a kérdőív. Az egyes életkorokban a „még nem” válasz nem jelent azonnali intézményes korai fejlesztés szükségét, hanem elsősorban a szakemberek fokozott odafigyelését igényli.

Feladat, hogy az alapellátás szakemberei – kiaknázva a Modellprogram nyújtotta gyógytornász, dietetikus, egészségpszichológus jelenlétét - javasoljanak fejlesztő tevékenységet a szülőnek, hogy az elmaradást minél hamarabb behozza a gyermek. Amennyiben a szülő felelőtlen vagy alkalmatlan a fejlesztésre, szóba jöhet egyéb ellátórendszer igénybevétele pl. bölcsőde, biztos kezdet-ház, korai fejlesztő központ.

A védőnő folyamatosan figyeli a fejlődésben megtorpanást mutató gyermekeket és a fejlesztéshez szükséges tanácsokkal látja el a szülőt. Ezzel egyidejűleg jelez a gyermek házi gyermekorvosának/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.



A 0-7 éves korosztályból a védőnők az intervenciós területen 718 gyermeket irányítottak további vizsgálatra, ez a gyermekpopuláció 19 %-a.

C.8.4.2. Sikertényezők

A védőnő az egészségi állapotszűréseken észlelt fejlődésbeni megtorpanások, egészségestől eltérő vizsgálati eredmények esetén a gyermek házi orvosához irányítja a szülőket további vizsgálatra. Egyértelmű probléma jelentkezése esetén, mint pl. obesitas, dohányzó várandós, gerinc- és láb deformitás, melyek az elsődleges vizsgálatok alkalmával is egyértelműek, és nem szükséges beutaló a szakellátásba való bekerüléshez, a védőnő is javasolhat további ellátás érdekében felkeresendő szakrendelést.

Az intervenciós területen a praxisközösségi új szakemberek jelenléte nagyban elősegítette a fejlődésükben megtorpanó gyermekek ellátását, mivel a védőnő a házi orvos mellett a gyógytornász, dietetikus, egészségpszichológus segítségét is igénybe tudta venni a szakellátó rendelések helyett.

Ezzel megnőtt a gyermekek esélye a lemaradás mielőbbi behozatalára anélkül, hogy időt, utazást, pénzt kellett volna a családoknak az ellátás igénybevétele érdekében fordítani. (Legtöbbször más településen lévő ellátó helyet ki tudta váltani a településen elérhető szakember.)

C.8.4.3. A meg nem valósulás okai

A mintaprogram ideje alatt sajnos nem volt elektronikus adminisztrációs felület, a mely nagyban megkönnyítette volna a szűrések eredményeinek kiértékelését, az eredmények továbbítását a gyermek házi orvosához, ezért jelentős mennyiségű papíralapú dokumentáció terhelte a védőnőket.

C.8.4.4. Kiaknázatlan lehetőségek

A mintaprogram nem terjedt ki a szociális ellátórendszerrel való kapcsolat elmélyítésére, amely azonban elengedhetetlen a kiterjesztés időszakában.

A védőnők által használt rizikó kérdőívek legtöbb esetben olyan rizikóállapotokra hívta fel a figyelmet, amelyekre nincs ráhatása a védőnőnek, de az egészségügyi ellátó rendszernek



sem, viszont ezen a területen megvalósítható beavatkozások nagy eséllyel javítják az egyének esélyét a feltárt rizikó elkerülésében, illetve az egészségben megélt életevek növelésében.

C.8.4.5. Kiterjesztésre vonatkozó szakmai ajánlások

„TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkori (0-7 év) program” által kidolgozott Szülői Kérdőív és Rizikó Kérdőívek a Mintaprogramban jól beilleszthetőek voltak. Folyamatos használatuk – elektronikus dokumentációs rendszer támogatással – jelentősen javítja a szülői együttműködést, a gyermekek fejlődésben való megtorpanásának korai felismerését, és a megfelelő intervenció minél korábbi megkezdését. Tapasztalat, hogy a praxisközösségek szakemberei jelentős mértékben tudtak hozzájárulni a korai észlelés miatt a korrekció megvalósításában, és a legtöbb esetben nem kellett a gyermekeket szakrendelőbe utalni.

A helyben elérhető szakemberek jelentősége abban is rejlik, hogy rendszeres ellenőrzést, támogatást tudnak biztosítani, hisz helyben elérhetőek, idő és költségkímélő a családok számára.

C.8.5. A VÉDŐNŐI EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT SZŰRÉSEK

C.8.5.1. A védőnői kompetenciába tartozó egészségi állapot szűrés tartalma várandósság idején

A várandósgondozás keretében a védőnők által önállóan, a vonatkozó szakmai irányelv¹⁰⁰ alapján végzett vizsgálatok:

- testtömeg és testmagasság mérése
- haskörfogat mérése
- vérnyomás és pulzus mérése
- szájüreg, fogazat megtekintése
- kültakaró vizsgálata
- alsó végtag megfigyelése és vizsgálata
- magzati szív működés vizsgálata
- a várandósság külső tapintásos vizsgálata
- az emlők szemrevételezése és tapintásos vizsgálata

¹⁰⁰ 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendeletben lefektetettek szerint szabályozott

- vizelet vegyi, illetve tesztcsíkos vizsgálata
- vércukorvizsgálat tesztcsíkkal

A szűrések alkalmával az alábbi adatok, illetve mérések adatai kerültek rögzítésre:

Kóros testtömeg a várandósság elején, kóros súlygyarapodás, a családi anamnézisben rizikóra utaló adat van-e, várandósság ideje alatt kialakult rizikó helyzet, életviteli problémák, dohányzás, alkoholfogyasztás, mentális-, szociális-, pszichés problémák, jelenleg fennálló krónikus betegség, koraszülés veszélye fennáll-e, rizikó kérdőív¹⁰¹ alapján fokozott gondozást igényel-e?

Az intervenciós területen 2015.01.01 - és 2016.03.31 között a nyilvántartott várandósok körében a védőnők által végzett egészségi állapot szűrésen **740** várandós vizsgálati eredménye került rögzítésre.

A rögzített adatok alapján többek között az alábbi eredmények születtek:

T50. A várandósok körében feltárt problémák

	szűrtek száma (beleegyezőv)	életviteli probléma van	várandós dohányzik	napi elszívott cigaretta 10 db felett	várandós alkoholt fogyaszt	mentális probléma fennáll	szociális probléma fennáll	pszichés probléma fennáll	személyi higiéné nem megfelelő
Berettyóújfalu PK	149	27	47	28	1	3	28	0	31
Borsodnádásd PK	192	56	48	31	15	8	110	17	31
Heves PK	277	54	127	64	1	12	81	15	47
Jászapáti PK	122	31	23	21	0	9	47	2	12
fő	740	168	245	144	17	32	266	34	121

¹⁰¹ Egészségügyi szakmai irányelv - A méhen belüli, élő várandósság megállapításáról és rizikó-besorolásáról a várandós gondozásba vétele céljából <https://kollegium.aEEK.hu/conf/upload/oldiranyelvek/001380.pdf>



T51. Várandósok meglévő betegségei

	szűrtek száma (beleegyezővel)	rizikó kérdőív alapján fokozott gondozásba	allergiás megbetegedése van	jelenleg fertőző betegsége van	jelenleg fennálló krónikus betegség van	krónikus betegség gondozása nem megoldott	fogászati probléma van	koraszülés veszélye fennáll	nem járt rendszeresen szülész nőgyógyász gondozására	nem vette igénybe a védőnői gondozást rendszeresen
Berettyóújfalu PK	149	54	9	1	9	15	21	26	3	0
Borsodnádasd PK	192	131	12	0	13	9	29	47	15	8
Heves PK	277	180	9	1	10	0	49	72	24	34
Jászapáti PK	122	55	4	6	28	13	50	27	6	4
fő	740	420	34	8	60	13	149	172	48	46
%	100	57	5	1	8	2	20	23	6	6

A várandós egészségi állapotára vonatkozó adatok a szülész nőgyógyász szakorvos rizikó besorolása alapján kerül a várandós dokumentációjába.

Életviteli problémával küzd a várandósok 23 %-a.

Dohányzik a várandósok 33 %-a. (országos 13%)*¹⁰²

A várandósok 36%-nál áll fenn **szociális probléma**.

Fogászati probléma tapasztalható a várandósok 20 %-nál.

Koraszülés veszélyét 23%-nál jelezték.

Fokozott gondozásba vették a védőnők a rizikó kérdőív alapján a várandósok 57 %-át.

Magas rizikójú kategóriába sorolta a szülész-nőgyógyász szakorvos a várandósok 58%-át.

A Rizikó Kérdőív alapján a várandósok 33%-a került rizikó csoportba.

Országosan fokozott gondozott várandósok aránya 39%*²

¹⁰² *Országos védőnői adatszolgáltatás 2016. évről. forrás: OTH

Letölthető: http://www.gyermekalapellatas.hu/fejlesztések/gyermek_alapellatasi_utmutato



A várandósok szűrése alapján megállapítható kiemelt egészség-fejlesztési szükségletek:

- Káros szenvedéllyel élő várandósok gondozása, ártalomcsökkentő programok indítása.
- Koraszülés prevenció, fogászati problémák kezelése.
- Életmód tanácsadás igénybevételének támogatása.

C.8.5.2. A védőnői kompetenciába tartozó egészségi állapot szűrés tartalma gyermekkorban¹⁰³

0-7 éves gyermekek körében:

- testi fejlődés: testtömeg, testhossz/testmagasság, fejkörfogat 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 szűrések alkalmával az alábbi adatok, illetve mérések adatai kerültek rögzítésre:

A gyermek koraszülött volt-e, BMI percentilis, súly-percentilis, eltérés az érzék-, és mozgás szervek működésében, jelenleg fennálló krónikus betegség, van-e pszichomotoros-, mentális-, pszichés-, szociális fejlődésben eltérés, magatartásprobléma, volt-e további vizsgálatra szükség, az észlelt rizikó-állapot alapján veszélyeztetettség fenn áll-e.

Az intervenciós területen 2015.01.01- és 2016.03.31 között a nyilvántartott **0-7 éves gyermekek körében a védőnők által végzett egészségi állapot szűrésen 3724 gyermek vizsgálati eredménye került rögzítésre.**

¹⁰³ 51/1997. (XII. 18.) NM rendeletben lefektetettek szerint szabályozott



A rögzített adatok alapján többek között az alábbi eredmények születtek:

- a gyermek koraszülött 13% (országosan a koraszülöttség 8-10 % között mozog)¹⁰⁴
- BMI percentilis (3 alatt 6%, 97 felett 5%), súly-percentilis, (3 alatt 2%, 85felett 10%)
- eltérés az érzék (látásélesség eltérés 4%)-, és mozgás szervek működésében,(láb statikai probléma (8%)
- beszédfejlődésben visszamaradás (13 %)
- jelenleg fennálló krónikus betegség, (5%)
- van-e pszichomotoros-, (7%) mentális-, pszichés-(10%), szociális fejlődésben (15%) eltérés (7%), magatartásprobléma, (5%)
- volt-e további vizsgálatra szükség, (19%)
- a rizikók (egészségügyi és szociális) alapján veszélyeztetettség fenn áll-e. (51%)

Az iskolában ellátott gyermekek körében:

Az iskolában ellátott gyermekek körében az alapellátáson belül védőnői kompetenciába tartozó feladat az intervenció területén működő iskolák tanulójának (akik nem csak az érintett településeken és házi orvosi körzetekben lakó diákok) kétévenkénti védőnői kompetenciába tartozó *(a testmagasság, testtömeg, a testi fejlettség és tápláltsági állapot hazai standardok szerinti értékelése; a nemi fejlődés értékelése; a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés és magatartásproblémák feltárása; érzékszervek működésének vizsgálata: látás, kancsalság, hallás és a színlátás vizsgálata; mozgásszervek vizsgálata: különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc-rendellenességekre; vérnyomásmérés; pajzsmirigy tapintásos vizsgálata)* **egészségi állapot szűrése**, valamint az iskolai kampányoltások szervezése, közreműködés a lebonyolításban, egészségfejlesztő órák tartása, csoportos foglalkozások vezetése, a gyermekek, tanulók személyi higiéniájának ellenőrzése, elsősegélynyújtás, a krónikus betegek, magatartási zavarokkal küzdők életvitelének segítése.

A projekt kiegészítette a jogszabályban rögzített¹⁰⁵ **elvégzendő szűréseket** tartásgyengesség (Matthias teszt), bőrredő mérés tricepsz, hasi bőrredő, mélységlátás, derék csípő hányados mérésével, valamint a 2-es típusú diabetes rizikó szűréssel (HUNDRISK).

¹⁰⁴Országos védőnői adatszolgáltatás 2016. évről. forrás: OTH

¹⁰⁵ 26/1997. NM r. [az iskola-egészségügyi ellátásról](#)



Az intervenciós területen működő iskolákban 2015.01.01- és 2016.03.31 között beíratott gyermekek egészségi állapota egy adott vizsgálat kapcsán rögzített adatok alapján kerül bemutatásra.

A szűrések alapján az alábbi adatokat rögzítette a védőnő:

alultápláltság, túlsúly, vérnyomás problémák, érzék és mozgás szervek működésében való eltérés, golyva, nemi fejlődésbeni eltérés, jelenleg fennálló krónikus betegség, 2-es típusú diabetes rizikó, van-e pszichomotoros-, mentális-, pszichés-, szociális fejlődésben eltérés, magatartásprobléma, volt-e további vizsgálatra szükség, a rizikók alapján veszélyeztetettség fenn áll-e.

HUNDRISK kérdőív alkalmazása:

Napjaink egyik legjelentősebb népegészségügyi problémája a 2-es típusú diabetes egyre korábban való megjelenése a gyermekpopulációban. A gyermekek és serdülők körében jelentkező 2DM a korai szűrővizsgálattal egyszerű módon észlelhető. 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 letéteményesei a gyermekekkel, családjakkal, illetve iskolákkal való közvetlen kapcsolat felvételnek.

A szűrővizsgálat végzésére az iskolás korosztályt ellátó 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 5 alábbi rizikótényező közül: 2TDM jelenléte az első vagy másodfokú rokonságban, ismert

- acanthosis nigricans
- hypertonia
- dyslipidaemia vagy
- policystas ovarium syndroma

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 az előre kinyújtott karja fennmarad 30 mp-ig horizontális síkban a lapockák nem állnak el. A medence nem tolódik előre /lordózis/ és a törzs nem hajlik hátra. A tartásgyengeség esetén különbséget teszünk, első- vagy másodfokú tartásgyengeség között.

A testtartáshiba nem betegség, azonban ha rögzül, akkor a gerinc nem fiziológias 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.

7-18 éves gyermekek körében

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

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

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



A gyermek populáció szűrése alapján megállapítható kiemelt egészség-fejlesztési szükségletek:

Koraszülöttek fejlődésének fokozott nyomon követése, korai fejlesztés lehetőségének biztosítása elérhető távolságban, illetve meglévő kompetencia alapján a praxisközösség szakembereinek közreműködésével preventív szolgáltatások nyújtása.

Beszéd és mozgásfejlődés preventív támogatása, praxisközösség szakembereinek közreműködésével.

Túlsúly kialakulásának megelőzése, a kialakult állapotok esetén egészséges tanácsadás, szükség esetén dietetikai tanácsadás/gondozásba vétel, aktív testmozgás fontosságának erősítése.

A **fog betegségeinek** megelőzése, a szájhygiéne prevenciója. Kialakult fogproblémák esetén fogászati ellátás biztosítása.

Érzékszervek területén mutatkozó eltérések esetén segédeszközök biztosításának elősegítése, kiemelten a szemüveg biztosításának támogatása.

Mozgás szervek fejlődésének preventív támogatása, működésében észlelt elváltozások esetén az állapot javító torna, szükség esetén a gyógytorna biztosítása.

Szociális veszélyeztetettség kialakulásának elkerülése, a kialakult helyzetek település szintű kezelésének támogatása.

Cél:

- a gyermeket nevelő családok gyermeket érintő elváltozások korai felismerésében való támogatása (Szülői Kérdőívek alkalmazása a teljes populációban),
- a védőnői szűrések meghatározott életkorban való elvégzése (a Szülői Kérdőívre és a Rizikó Kérdőívre alapozva), a szűrésen eltérést mutató gyermekek, rizikóval rendelkezők



házigyermekorvoshoz/háziorvoshoz, praxisközösségi szakemberekhez, szükség esetén szakellátásba való juttatása.

A védőnői szűréseken a részvétel 100 %-os, a meglévő jogszabályoknak és a védőnői odafigyelésnek köszönhetően.

T52. Szülői bejegyzések aránya a Modellprogramban

Praxisközösség	gr			0-7 év			7-18 év		
	szűrendők száma	beleegyező nyilatkozatot adott	%	szűrendők száma	beleegyező nyilatkozatot adott	%	szűrendők száma	beleegyező nyilatkozatot adott	%
Bereettyóújfalu PK	164	149	90	791	768	97	3806	1246	33
Borsodnádásd PK	213	192	90	919	912	99	1157	1157	100
Heves PK	334	277	83	1592	1443	90	2155	1208	56
Jászapáti PK	210	122	60	679	601	88	2160	1036	48

A gyermekek körben végzendő szűrések módszertanát a „Gyermek-alapellátási útmutató”¹⁰⁶ tartalmazza, mely az orvosi és védőnői szűrések szakmai szabályait egyaránt tartalmazza.

2017. januártól a védőnői ellátás nem utasítható vissza a gyermekvédelmi és az egészségügyi alapellátásról szóló törvény¹⁰⁷ rendelkezése alapján.

¹⁰⁶ Gyermek-alapellátási Útmutató

http://www.gyermekalapellatas.hu/fejlesztések/gyermek_alapellatasi_utmutato

Elméleti ismeretek a személyközpontú területi védőnői gondozáshoz

http://www.gyermekalapellatas.hu/fejlesztések/gondozasi_kezikonyvek/egeszseges_gondozasi_kezikonyv.html

¹⁰⁷ A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény

https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700031.TV

Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény;

https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a1500123.tv



A védőnői egészségi állapot szűrések alkalmával kiszűrt gyermekeket a védőnő a gyermek választott házgyermekorvosához/háziorvosához irányítja. Mivel a védőnők és a házorvosok területi ellátási kötelezettsége nem esik ugyanazon földrajzi területre, ezért a kiszűrt egyének továbbküldése nem minden esetben a Modellprogramban résztvevő orvosokhoz történt.

C.8.5.3. Védőnői részvétel a szervezett népegészségügyi szűrésekben

Emlőszűrés

A szervezett népegészségügyi szűrések igénybevételének fokozása érdekében a védőnők rendszeresen részt vesznek a szűrések népszerűsítésében, az információ eljuttatásában, valamint a lebonyolításban egyaránt.

Az intervenciós területen valamennyi településen a védőnők 80-100 fő között mozgósítanak évente nőket az emlőszűrés igénybevételére.

Méhnyakszűrés

A szervezett népegészségügyi szűrések kiterjesztése – a védőnők általi szűrés alapellátás keretében való biztosítása - az elmúlt 10 évben kezdődött és fokozatosan történik. A védőnők - felkészítés és a szükséges feltételek biztosítását követően - 2015 óta vehetnek részt kompetencia bővítés révén a cervix kenet levételébe, azaz saját körzetükben élők számára nyújthatják ezt a szolgáltatást.

Az intervenciós területen Borsodnádassd praxisközösségben a 4 település közül 3-ban a védőnő rendszeresen végzi a méhnyak szűrést. 1 településen mivel van a rendelőben nőgyógyászati szakrendelés, itt nem volt igény rá.)

A többi praxisközösségben a védőnők még nem vesznek részt manuálisan a méhnyak szűrésben, azonban mindennapi tevékenységük és az egészségi állapot szűrések kapcsán felhívják a figyelmet a méhnyakszűrés jelentőségére.

Európai Méhnyakrák Megelőzési Hét apropóján és egyéb egészségnapok keretében mind az iskolát mind a területet ellátó védőnők rendszeresen tartanak felvilágosító programokat, tartanak előadásokat, foglalkozásokat a témában.

C.9. A SEGÉD-EGÉSZSÉGŐRÖK TEVÉKENYSÉGÉNEK ÉRTÉKELÉSE

C.9.1. A SEGÉD-EGÉSZSÉGŐR TEVÉKENYSÉG INDOKOLTSÁGA ÉS ALAPVETŐ VÁLLALÁSAI

C.9.1.1. Az egészségügyi alapellátás áthangolásának indokai

A hazai népesség egészségi állapotának nemcsak kedvezőtlen jellemzői, hanem annak jelentős területi egyenlőtlenségei is tartós problémát jelentenek a kormányzatok számára¹⁰⁸. Ez ugyanakkor a megoldás lehetőségét is kínálja: **a populáció egészségének javításához a hátrányos térségekben élő, társadalmilag sérülékeny népességcsoportok egészségi állapotának javítása járul hozzá a legnagyobb mértékben.** Ennek legfontosabb módja hosszú távon az iskolázottság növelése, rövid- és középtávon a járóbetegként igénybe vehető alapellátásban nyújtott szolgáltatások bővítése és a hozzáférés javítása. Kiemelt jelentőségűek a betegségek megelőzését és korai felismerését célzó szolgáltatások, amelyek tekintetében nagy a kielégítetlen szükséglet az alacsony iskolázottságú hazai népesség körében.¹⁰⁹ Tetézi a problémát, hogy az alapellátást nyújtó háziorvosi körzetek tendenciózusan azon területeken betöltetlenek, amelyeken a legnagyobb szükség volna az egészségi állapot javítására.¹¹⁰

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 Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia **az alapellátási és egészségfejlesztési szolgáltatások elérhető közelségbe hozását** javasolta a hozzáférés egyenlőtlenségeinek csökkentésére, komplex,

¹⁰⁸ 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(5):620-624, 2012.

DOI:<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr143>

¹⁰⁹ J Sándor, K Kósa, M Papp, G Fürjes, L Kőrösi, M Jakovljevic, R Ádány: 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](https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00200)

¹¹⁰ Tájékoztató a tartosan betöltetlen háziorvosi körzetekről. OALI Országos Tisztifőorvosi Hivatal Alapellátási és Ellátás-szervezési Főosztály 2017. <http://www.oali.hu/praxiskezele-nyilvtartas/tartosan-betoltetlen-korzetek/95-tajekoztato-a-tartosan-betoeltetlen-haziorvosi-koerzetekrol.html>



integrált és innovatív jellegű programok révén.¹¹¹ Ezek mindegyikét figyelembe vette a Svájci-Magyar Együttműködési Program keretében megvalósult Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, amelynek **nemzetközi vonatkozásban is innovatív eleme a „segéd-egészségőr” elnevezésű**, az egészségügyi alapellátásba integrált egészség-mediátori munkakör kialakítása. A Modellprogramban praxisközösségenként 12, vagyis összesen 48 segéd-egészségőr alkalmazására nyílt lehetőség, akik munkájáról a jelen fejezet számol be.

C.9.1.2. Nemzetközi kitekintés: mediáció a közszolgáltatásokban

A mediáció vagy közvetítés olyan módszer, amelynek célja, hogy egymással vitában álló felek között segítse a kommunikációt és a megértést annak érdekében, hogy **a felek közti vitát békés, nem jogi úton rendezni lehessen**. A közvetítés jogi értelemben a viták rendezésének alternatív módja, amely konkrét megegyezéssel zárul. A 20. század második felében – főleg angolszász országokban – az üzleti életben és egyes közösségekben is elterjedt a mediáció gyakorlata.¹¹² A mediáció az elmúlt évtizedekben megjelent a közszolgáltatásokat nyújtó intézmények működésében is, elsőként a szociális ellátásban és az oktatásban. 1986-ban Franciaországban egy olyan program indult Marseille-ben, ami célzottan a szociális munkások és az ottani roma közösség közti konfliktusok megoldására irányult, roma mediátorok segítségével.¹¹³ Finnország az ott élő romák integrációjának elősegítésére és egyúttal identitásuk megőrzésére kormányzati támogatást adott az interkulturális közvetítés kiépítésére, amelynek eredményeként 1993-ban Finnországban megalakult a roma mediátorokat tömörítő, azóta is működő Ryhdys nevű szervezet.

Roma közvetítők alkalmazására az egészségügyben elsőként Romániában került sor egy 1997-ben indított védőoltási kampány során, amikor roma családok – komplex okok miatt – nagy számban utasították vissza a védőoltást¹¹⁴. A romániai példát hamarosan más országok is követték¹¹⁵. **A roma egészségügyi mediátorok képzése** és az egészségügyi ellátásba való bevonása jelentős lendületet kapott 2005-től, a Roma Integráció Évtizede Program (RIÉP)

¹¹¹ Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia. Mélyszegénység, gyermekszegénység, romák (2011-2020). KIM Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság. Budapest 2011. november

¹¹² Mediation. https://en.wikipedia.org/wiki/Mediation#cite_note-16

¹¹³ M. Buceanu (2003): Roma Health mediators between necessity and innovation. Council of Europe. <http://www.coe.int/t/e/com/files/events/2003-09-roma-women/Buceanu.asp>

¹¹⁴ Mediating Romani health: Policy and program opportunities. Open Society Institute, New York 2005. http://www.romadecade.org/cms/upload/file/8564_file1_mediating-romani-health.pdf

¹¹⁵ J-P. Liégeois (2005): Developments in mediation, current challenges and the role of ROMED. Training programme for Roma mediators. Council of Europe, 2013.



indulása után. Ezt a programot az Open Society Institute hirdette meg a 2005-2015 közti időszakra, amelyhez számos nemzetközi szervezet és 12 kelet-közép-európai ország csatlakozott. A programban részt vett országok nemzeti programokat alkottak 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.¹¹⁶ A RIÉP keretében kiképzett és munkába állt roma mediátorok működéséről összegyűlt tapasztalatokat kiadványban jelentették meg.¹¹⁷

C.9.1.3. Mediátorképzés Magyarországon

A külföldi mediátor-programok nyomán hazánkban a 2000-es évek elején elindultak a **mediátorok képzését és alkalmazását célzó programok**, először az oktatásügyben és a szociális szférában. 2003. december és 2004. szeptember közt PHARE-támogatással került sor 38 közösségfejlesztő kisebbségi mediátor kiképzésére a Konszenzus – Mediátor Csoport szervezésében.¹¹⁸ A Ferencváros Családsegítő Központ mediatori hálózatot épített ki a kerületben élő nagyszámú roma kisebbséggel való együttműködés megkönnyítésére.¹¹⁹ Ózdon roma származású felnőtteket alkalmaztak a helyi általános iskolában pedellusi munkakörben, közmunka keretében.¹²⁰ A Szex Edukációs Alapítvány a holocaust során elhurcolt hazai romák közösségi kárpótlási alapjának támogatásával komplex egészségfejlesztő programot indított és működtetett három dél-dunántúli megyében 2003-2010 közt, amelynek keretében – egyéb tevékenységek mellett – 48 mediátor kiképzésére is sor került, akik a programok szervezési és adminisztratív feladatainak jelentős részét is elvégezték.¹²¹ **Az elmúlt évek tapasztalatai alapján a többnyire romákat bevonó mediátor képzések jól működtek, de mivel a kiképzettek alkalmazására csak rövid ideig, projektek**

¹¹⁶ Mediating Romani health. Policy and program opportunities. Open Society Institute, New York.

http://www.romadecade.org/cms/upload/file/8564_file1_mediating-romani-health.pdf

¹¹⁷ Roma Health Mediators (2011): Successes and challenges. Open Society Foundations.

<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-health-mediators-20111022.pdf>

¹¹⁸ Mediátor képzésroma közösségi házak és információs központok munkatársai számára.

<http://www.euromediator.hu/magyar/program02.html>

¹¹⁹ Balla Á. (2009): Roma koncepció létrehozása és megvalósulása a Ferencvárosban. Polgári Szemle. 5(5): 1-2.

http://www.polgariszemle.hu/?view=v_article&ID=356

¹²⁰ Torgyik J (2012): A romák oktatásának fejlesztésis törekvései az Európai Unióban. Iskolakultúra. 3.74-84.

http://epa.oszk.hu/00000/00011/00163/pdf/EPA00011_Iskolakultura_2012_03_074-084.pdf

¹²¹ Csépe P (2010): Hátrányos helyzetű csoportok egészségfelmérése és egészségfejlesztése különös tekintettel a roma populációra. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskola.

http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/csepepeter.d.pdf



keretében, vagy egyáltalán nem került sor, a kezdeti lelkesedés a képzők és a résztvevők körében is lecsökkent. A mediátor -közvetítő vagy annak megfelelő - foglalkozás jogilag ugyanis nincs szabályozva, ilyen munkakör a mediátorokat elsősorban foglalkoztatni tudó ágazatokban (egészségügy, oktatásügy, szociális szféra) nem létezett.¹²²

A 2000-ben elfogadott CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról lehetővé tette az egészségügyi szolgáltató és a beteg közt a szolgáltatással kapcsolatos jogviták peren kívüli rendezését¹²³, de ez a típusú, felsőfokú végzettséggel rendelkező mediátorokat igénylő, kifejezetten jogvitákat megelőző tevékenység nem nyert szélesebb teret a hazai gyakorlatban.¹²⁴

C.9.1.4.Segéd-egészségőrök szerepe az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban praxisközösségenként **12 fő (a négy praxisközösségben összesen 48 fő) segéd-egészségőr félállású alkalmazására volt lehetőség** 2013 júliusától. A segéd-egészségőrök a négy praxisközösség egyikéhez kerültek felvételre, ami a munkaköri leírásban is szerepelt. A munkáltatói jogkört fölöttük kezdetben az Országos Alapellátási Intézet főigazgatója, majd annak jogutódja gyakorolta, a Modellprogram szakmai vezetőjének írásos, és a segéd-egészségőrt foglalkoztató praxisközösség népegészségügyi koordinátorának szóbeli javaslata figyelembe vételével. A segéd-egészségőrök közvetlen felettese a népegészségügyi koordinátor volt.

A segéd-egészségőrök fő feladata a praxisközösségekhez tartozó hátrányos helyzetű, alacsony érdekérvényesítő képességgel rendelkező ellátottakkal való személyes kapcsolat felvétele és kialakítása 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 többen igénybe vegyék. A segéd-egészségőrök emellett más szolgáltatások, főleg a csoportos életmód-programok és a közösségi

¹²² Esélyteremtő oktatás.

http://szociologiakedvelo.network.hu/blog/szociologiakedvelo_klub_hirei/eselyteremto-oktatas

¹²³ 2000. évi CXVI. törvény az egészségügyi közvetítői eljárásról.

https://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=a0000116.tv

¹²⁴ 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>



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 kapcsolat kialakítását és fenntartását. Ezen túlmenően elláttak minden olyan feladatot, amelyet a népegészségügyi koordinátor meghatározott számukra. Munkájukról havi beszámolót készítettek; a praxisközösségek munkaértekezletein részt vettek. **A segéd-egészségőrök döntően egészségmediátori feladatokat láttak el.**

C.9.1.5.A segéd-egészségőrök feladatai

A segéd-egészségőri munkakörre 1996 előtt szerzett általános iskolai végzettséggel vagy 1996 után a Nemzeti Alaptanterv (NAT) szerinti, befejezett 10. osztályos végzettséggel lehetett jelentkezni. Egészségügyi végzettség nem volt szükséges a munkakör betöltéséhez éppen azért, hogy lehetőség legyen az ellátott közösségekből jelentkezők felvételére, tehát annak érdekében, hogy a munkakört betöltők rendelkezzenek a megfelelő ismeretekkel, a felvételnek feltétele volt a **kötelező tanfolyamok elvégzése** és a képzési követelmények teljesítése (ezek leírása az C.9.1.7. pontban található). A munkaköri leírás szerint a képzési követelmények nem teljesítése esetén a közalkalmazotti jogviszony azonnali hatállyal megszüntethető volt, de ilyen esetre a Program során nem került sor.

A segéd-egészségőr munkaköri feladatai ezen kívül az alábbiak voltak:

- közvetít az egészségügyi ellátó és a roma lakosság között a projekt megvalósulását célzó szűréseken, egészségi állapot felmérésen, életmód tanácsadáson, tanácsadásokon, felvilágosító előadásokon való részvétel érdekében;
- közvetlen felettese irányításával közreműködik a lakosság tájékoztatásában;
- részt vesz a praxis területén a projekt keretében megrendezett események lebonyolításában;
- részt vesz a szűrőprogramokra/ egészségi állapot felmérésre történő mozgósításban;
- közvetlen felettese utasítása szerint segíti a praxis területén a prevenciók tevékenységet/ krónikus ellátást;
- közvetlen felettese utasítása szerint részt vesz a praxisközösség tagjainak munkaértekezletén;
- közvetlen felettese segítségével havi beszámoló jelentést készít a munkájáról.



C.9.1.6. segéd-egészségőrök munkavégzésének indikátorai

A négy praxisközösségben összesen 48 segéd-egészségőr részvételére alkalmazására volt lehetőség. 2013 júliusa és 2017 januárja közt összesen 57 fő alkalmazására került sor. 2017 januárjában 12 főállású és 20 félállású segéd-egészségőr volt alkalmazásban. **Az eltávozott segéd-egészségőrök aránya 45%; az alkalmazás átlagos időtartama 31 hónap volt.** A segéd-egészségőrök alkalmazásának mutatóit az T52. ábra demonstrálja, amelyből az derül ki, hogy a távozás a Jászapáti praxisközösségben volt a legkisebb, és a Berettyóújfalui, valamint Hevesi praxisközösségben volt a legnagyobb mértékű. A 100 százalékot meghaladó ledolgozott munkaóra abból adódik, hogy a Modellprogram kezdetén minden segéd-egészségőr heti húsz órában került alkalmazásra. Fluktuáció esetén azonban a praxiskoordinátor dönthetett arról, hogy a praxisközösségből távozó segéd-egészségőr helyére ne kerüljön felvételre új személy, hanem a már alkalmazásban lévő mediátor(ok) szerződése módosuljon heti negyven órára. Erre több esetben is volt példa, olyannyira, hogy **2017 januárjában már a segéd-egészségőrök 38%-a főállásban dolgozott.**

T53. A segéd-egészségőrök alkalmazásának indikátorai

Praxisközösség	Az alkalmazás átlagos időtartama (hónap) Max: 43	Összes ledolgozott munkaóra Max: 41 280	Összes ledolgozott munkaóra az összes potenciális munkaóra %-ában	Eltávozott segéd-egészségőrök aránya (%)
Berettyóújfalu	28	42 880	104%	50
Borsodnádásd	34	43 680	106%	33
Heves	28	38 160	92%	67
Jászapáti	35	41 840	101%	38
Átlag	31	41 640	100	45



Az egyes praxisközösségekben dolgozó segéd-egészségőrök munkavégzésének összehasonlítása érdekében arányítottuk minden egyes praxisközösségben az ellátási területen élők számát az ott aktuálisan alkalmazott segéd-egészségőrök munkaidejével, havi bontásban figyelembe véve, hogy rész- vagy főállásban voltak alkalmazva. Ugyancsak arányítottuk az általuk ténylegesen letöltött munkaidőt az egészségi állapotfelmérésen részt vettek számához, illetve a nagyrendezvényeken részt vettek számához képest.

T54. A segéd-egészségőrök munkavégzésének indikátorai

Praxisközösség	Az adott PK területén élő ellátottak közül egy főre jutó seő-munkapercek száma	Egészségi állapotfelmérésen résztvettek közül egy főre jutó seő-munkapercek száma	Nagyrendezvényen részt vettek közül egy főre jutó seő-munkapercek száma
Berettyóújfalu	239	299	38
Borsodnádásd	462	489	51
Heves	450	546	63
Jászapáti	339	508	59

Ezt mutatja a T53. ábra, amely szerint az egy ellátottra jutó segéd-egészségőr munkaidő a Berettyóújfalui praxisközösségben volt a legalacsonyabb, és a Borsodnádásdiban volt a legmagasabb.

A segéd-egészségőrök munkájának pontosabb értékelése érdekében a munkavégzésük indikátorait összehasonlítottuk a praxisközösségek házi orvosainak és népegészségügyi koordinátorainak azonos módon számított indikátoraival. Az eltérő óraszámú munkaidő miatt a munkaidőt órákra, illetve percekre számítottuk át. **Az egy kliensre (páciensre) jutó munkaidő a praxisközösség dolgozóinak munkaidejét összevetve, a segéd-egészségőrök esetében volt a legmagasabb**, és a népegészségügyi koordinátorok esetében a legalacsonyabb (ez az adott munkakörben dolgozók létszámát is tükrözi). A Programban alkalmazott segéd-egészségőrök 45 százaléka távozott el a futamidő során.

C.9.1.7.A segéd-egészségörök képzései

A segéd-egészségöri munkakörre a fentiekben részletezett képzettséggel, egészségügyi szakirányú végzettség nélkül is lehetett jelentkezni. Ebből következően kiemelten fontos volt, és a munkaköri leírásban is rögzítésre került, hogy a felvételre kerülöknek **segéd-egészségöri tanfolyamot** kell végezniük. **E tanfolyam fő témája az egészség-mediáció volt.**

Egészség-mediáció

A segéd-egészségörök két alkalommal részesültek képzésben az egészség-mediáció témakörökben. 2013 augusztusában 30 óras, két különböző időpontban megismételt továbbképzésre került sor, amelyen összesen 48 fő vett részt. 2015 augusztusában ugyancsak két különböző időpontban került lebonyolításra egy 20 óras továbbképzés, amelyen 41 fő vett részt. A részvétel minden, az adott időpontban alkalmazásban állt segéd-egészségör részére kötelező volt. A képzést minden alkalommal a Partners Hungary Alapítvány¹²⁵ végezte, az Európa Tanács által támogatott, roma mediátorokat képző ROMED program elvei és módszertana alapján.¹²⁶ A résztvevők számára **ingyenes képzések munkaidőben történtek**; azok teljes költségét a WP6 munkacsomag fedezte.

Szakképesítés

Amint az fentebb említésre került, az egészségügyi mediátor képzésnek voltak előzményei hazánkban. Ezt a képzést a Modellprogram is fontosnak és hasznosnak tartotta, az azonban a foglalkoztatás fenntarthatósága szempontjából csekély jelentőségűnek ítéltetett, mert **az egészségügyi mediátor funkciót 2013-ig nem sikerült beilleszteni az egészségügyi ellátórendszerbe sem hazánkban, sem azon országokban, amelyekben számos roma egészség-mediátor kiképzése és projekt-jellegű alkalmazása megtörtént**¹²⁷.

¹²⁵ Partners Hungary Alapítvány. <http://www.partnershungary.hu/>

¹²⁶ ROMED 1. Council of Europe <http://romed.coe-romact.org/>

¹²⁷ Mediating Romani Health. Policy and Program Opportunities. Open Society Institute 2005. http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma_health_mediators.pdf



Ezért a WP6 munkacsomag javaslatára a Program menedzsmentje lehetővé tette, hogy a legfeljebb középfokú végzettségű, a képzésbe való belépés feltételeinek megfelelő, és a **szakképzés megszerzését önként vállaló segéd-egészségőrök** számára az Országos Képzési Jegyzékben (**OKJ**) szereplő, szakképesítést adó, releváns képzések kerüljenek megszervezésre, amelyek elvégzése egyrészt lehetővé teszi, hogy a végzettek munkájukat magasabb színvonalon, jobb minőségben végezzék; másrészt nagyobb esélyt nyújt a Modellprogram végeztével az elhelyezkedésre.

Ennek értelmében két, 2013. augusztusától kezdődő OKJ képzés – **ápolási asszisztens és szociális gondozó** – közül választhattak a jelentkezők. A Modellprogram keretében 20 segéd-egészségőr szerzett az Országos Képzési Jegyzékben szereplő „ápolási asszisztens”, 2 fő pedig „szociális gondozó” végzettséget úgy, hogy nemcsak a tanulmányi, hanem az ezzel kapcsolatos utazási, szállás- és étkezési költségeiket is a WP6 munkacsomag fizette.

Az **ápolási asszisztens** szakképesítést a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centruma (DE OEC) szervezte. A 200 órás elméleti képzés kontaktórái a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumában kerültek megtartásra, a segéd-egészségőrök munkaidejében. A 200 órás gyakorlati képzés 2013. november és 2014. március közt zajlott, egyénenként eltérő beosztásban, a DE OEC-ben, illetve 4 vidéki kórházban (Almási Balogh Pál Kórház, Ózd; Jászberényi Szent Erzsébet Kórház, Jászberény; Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu; Markhot Ferenc Kórház, Eger). Az ápolási asszisztens szakképesítés bizonyítvány-átadó ünnepségére 2014. július 29-én került sor.

A **szociális gondozó** képzést a Hajdú-Bihar Megyei Tudományos Ismeretterjesztő Társulat szervezte; 2 fő szerzett ilyen szakképesítést.

Továbbképzések

A WP6 munkacsomag szervezésében **9 alkalommal került sor rövid, 1 napos továbbképzésekre** a segéd-egészségőrök és a népegészségügyi koordinátorok számára 2014 és 2016 közt. Ezek témái a következők voltak: kommunikációs technikák és magabiztos kommunikáció, bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztés, a stresszkezelés módszerei, az egészségfejlesztés és – nevelés az alapellátásban, internethasználat az egészségfejlesztési terepmunkában, dohányzásról leszoktatás gyakorlati módszerei, az egészségfelelős képzés



tematikájának meghatározása és kézikönyvnek tesztelése. A rövid továbbképzések témáinak meghatározására a népegészségügyi koordinátorokkal való egyeztetés alapján került sor.

2016. április 20-21. közt minden segéd-egészségőr **kétnapos szakmai továbbképzésen** vett részt, melynek tematikája az alapellátásban szükséges egészségügyi ismeretekre (alap-ápolási feladatok és a leggyakoribb otthoni egészségproblémák ellátása) összpontosított. Ezen alkalommal került sor az internet-használat ismételt oktatására, és a segéd-egészségőrök, valamint népegészségügyi koordinátorok tabletekkel történt felszerelésére is.

Egészségfelelős képzések

A Megvalósíthatósági Tanulmány előíranyozta olyan laikus segítők, úgynevezett **egészségfelelősök képzését**, akik a praxisközösség ellátási területén élnek, és önként vállalják, hogy egy rövid képzés keretében megbízható egészségügyi információkkal ellátva, mintegy **kortárs segítőként segítik a segéd-egészségőrök munkáját** a helyi lakosság körében. A képzés 21 témája a segéd-egészségőrökkel és a népegészségügyi koordinátorokkal történt személyes egyeztetés alapján került meghatározásra. A képzéshez segédanyagot, ún. egészségfelelős kézikönyvet fejlesztett ki a WP6 munkacsoport, amelynek tesztelését a segéd-egészségőrök végezték. A kézikönyv nyomtatott és pdf formátumban is elkészült; az utóbbi formában telepítésre került a segéd-egészségőröknek kiadott tablet eszközökre, akik ezeket nemcsak a képzésben, hanem a terepmunkában is felhasználták. Az egészségfelelős képzésekre két különböző alkalommal került sor minden praxisközösségben. 2016. május-júniusában összesen **130 fő vett részt a képzéseken**, több mint négyötödük legfeljebb középiskolai végzettséggel rendelkezett (39% általános iskolai, 43% középfokú végzettségű volt). A képzés megismétlésére 2017. január-február folyamán került sor.

C.9.1.8. Segédanyagok és eszközök a segéd-egészségőrök számára

A nem orvos szakdolgozók és segéd-egészségőrök egészségnevelő munkájának megkönnyítésére az alábbi segédanyagok készültek el:

1. hazai egészségügyi szervezetek által kiadott, nyomtatott vagy elektronikus formában elérhető egészségnevelési dokumentumok gyűjteménye
2. az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram keretében elkészült egészségnevelési dokumentumok gyűjteménye
3. az egészségfelelős képzés 21 dokumentuma
4. dohányzásról leszoktatás gyakorlati módszerei (CD)
5. rövid intervenció dohányzásról leszoktatásra (IPCRG dokumentum fordítása)

6. nagyon rövid intervenció dohányzásról leszoktatásra (NCSCCT dokumentum fordítása)
7. „UserObserver” – Android alkalmazás a tabletek használatának naplózására (a Program keretében megrendelésre elkészített szoftver, mely bejelentésre került a Debreceni Egyetem Kutatáshasznosítási és Technológiatranszfer Központjába mint jogvédett szellemi alkotás)
8. Eszközök: 44 Acer Iconia8 (tokkal ellátott) tablet került kiadásra a segéd-egészségőrök és a népegészségügyi koordinátorok számára 2016. áprilisában. A tabletekre telepítésre került az egészségfelelős képzéshez készített 21 db segédanyag, valamint 10 db magyar nyelvű, egészséggel kapcsolatos applikáció:

1. laborlet olvasását segítő applikáció
2. menstruációs és termékenységi naptár
3. terhesség alatti változások, magzat fejlődésének követése
4. gyógyszerzedéshez emlékeztető
5. dohányzásról leszokást segítő alkalmazás
6. véralkohol kalkulátor
7. testtömegindex kalkulátor
8. vérnyomásnaptár
9. pulzusz mérő
10. stresszmérő

C.9.2. ELÉRT EREDMÉNYEK. A SEGÉD-EGÉSZSÉGŐRÖK TEVÉKENYSÉGÉNEK ÉRTÉKELÉSE

C.9.2.1. Toborzás és egészségnevelés eredmények

A Modellprogram kiemelkedő eredményének tekinthető az egészségi állapotfelmérésen elért magas, 80%-os részvételi arány, amelyben jelentős szerepet játszottak a segéd-egészségőrök, megküzdve az egészségügyi ellátást igénybe nem vevő, az írásos behívó ellenére nem jelentkező, azt aktívan elutasító, sőt a személyes megkeresést akár zaklatásnak vevő kliensekkel.

T55. Részvételi arány hazai populációs szűréseken

	emlőrák	méhnyakrák	egészségi állapotfelmérés
2003	61%		
2009	50%	50-60%	72% (ELEF)
2014	66%	73%	62% (ELEF)
2015	45%		
2016			80% (SH/8)

A Modellprogramban lebonyolított - az intervenciós területen 1022 fős- lakossági attitűd és elégedettség felmérésben **a megkérdezettek 20 százaléka a segéd-egészségőr hívására vett részt; a résztvevő romák 40 százaléka** nyilatkozott úgy, hogy a megjelenés szükségességéről segéd-egészségőr győzte meg (A vizsgálat eredményeit részletesen a D.2. fejezet tárgyalja).

Az egészségi állapotfelmérésen elért részvételi arány jelentősége akkor értékelhető, ha a Modellprogram által elért átszűrtséget más hazai populációs szűrések eredményeihez hasonlítjuk. A T55. táblázat alátámasztja azt a megállapítást, hogy **a Modellprogram a hazai szűrővizsgálatok történetében páratlan, soha eddig még nem produkált eredményt tudott felmutatni a segéd-egészségőrök hathatós közreműködésével.**

Vizsgáltuk praxisközösségenként a segéd-egészségőrök munkaperceinek egy páciensre vetített számának az egészségi állapotfelmérésen részt vettek arányával való összefüggését, melyre vonatkozóan a Pearson-féle egzakt korrelációs együttható értéke 0,549-nek adódott. **A segéd-egészségőrök összes, 2014. október-2015. szeptember közt letöltött munkaperceinek számát korreláltatva az egészségfejlesztési programokon ugyanezen idő alatt részt vettek létszámával, a Pearson-féle egzakt korrelációs együttható értékét 0,713-nak találtuk.**

Az egészségnevelés hatékonysága tekintetében irányadó lesz az egészségfelelős képzés során mért **egészségműveltség**, melynek legfrissebb, 2017-ben felvett adatait jelenleg elemezzük. Az egészségfelelős képzést ugyanis döntően a segéd-egészségőrök végezték, így annak eredményeiből lehet majd következtetni a praxisközösségek ellátottjai körében végzett egészségnevelő munkájuk hatékonyságára is.



C.9.2.2. A Modellprogram tapasztalatai a segéd-egészségőrök vonatkozásában: egészségi állapotuk felmérése

A segéd-egészségőrök körében több alkalommal is kérdőíves felmérés történt az egészségi állapot vizsgálatára. Első alkalommal, 2013 őszén az ápolási asszisztens OKJ képzés résztvevői töltöttek ki egy, demográfiai kérdéseket, valamint az egészségi állapotra és a mentális egészségre vonatkozó kérdéseket tartalmazó kérdőívet. Ugyanazon kérdőív felvételre került 2015. nyarán, a roma mediátor képzésben résztvevők körében is, majd 2017. februárjában az akkor munkaviszonyban lévő segéd-egészségőrök közt. 2013-ban 18 fő, 2015-ben 41 fő, 2017-ben 32 fő töltötte ki a kérdőívet.

2013 és 2017 közt 7%-kal nőtt a magukat jó vagy nagyon jó egészségi állapotban érzők aránya, és 27%-kal nőtt azoké, akik saját véleményük szerint sokat vagy nagyon sokat tehetnek az egészségükért. A segéd-egészségőrök mentális rezilienciáját jellemző koherencia-érzés 2013-ban nem különbözött szignifikánsan a magyar populáció átlagától ($p=0,539$). **A reziliencia 2015-ben mért átlaga azonban már szignifikánsan, 4,5 ponttal ($p=0,018$) magasabb, vagyis kedvezőbb volt a 2013-as hazai populációs átlaghoz képest a segéd-egészségőrök körében. Hasonló tendenciát mutatott a pszichés stresszt tükröző GHQ-12 skála átlaga is. 2013-ban a segéd-egészségőröket jellemző pszichés stressz nem különbözött a magyar népesség átlagától, de 2015-ben már szignifikáns mértékben, 1,6 ponttal ($p=0,036$) alacsonyabb, vagyis kedvezőbb volt a populációs átlagnál.**

Érdekesen változott az etnikai hovatartozás a felmérés két időpontja közt. 2013-ban a válaszadók több mint háromnegyede (78%) elsősorban romának vallotta magát, 2015-ben ez az arány 38%, 2017-ben 47% volt. 2013-ban a válaszadók 22%-a tartotta magát elsősorban magyarnak; ez 2015-ben 61%, 2017-ben 53% volt. Az eredmények részletes feldolgozása jelenleg folyamatban van.

C.9.2.3. A Modellprogram tapasztalatai a segéd-egészségőrök vonatkozásában: munkatapasztalatok feltárása mélyinterjúkkal

2016. február 8. és 2016. május 18. között került sor az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram segéd-egészségőreinek interjúztatására négy fő témakörben. Az interjúk az akkor a praxisközösségekben dolgozó segéd-egészségőrökkel készültek a négy praxisközösséghez tartozó 10 helyszínen, hangrögzítéssel. Ezt követően került sor az interjúk szó szerinti átgépelésére Word dokumentumban. Minden megkérdezett, összesen negyven fő

vállalkozott az interjúra; harminchét nő és három férfi, akik közül 15 rendelkezett a Program keretében szerzett OKJ végzettséggel.

Az interjú négy fő témaköre közül az első a Programba való belépésre és az interjúalany életében ezzel kapcsolatban bekövetkező változásokra vonatkozik. A belépés okai mellett a dolgozó elmondta, hogyan változott az önképe, és hogyan értékelte a családjá és környezete a munka elvállalása után az életében bekövetkező változásokat. Ebben a témakörben került sor arra, hogy a válaszadó a segéd-egészségőri munkakör és a roma személy egészségügyben való alkalmazásának fontosságáról szóljon, valamint saját etnikai hovatartozásáról nyilatkozzon.

A második témakör a jövőképre vonatkozott. Több dolgozó munkanélküli volt a Modellprogramba történt felvétele előtt, ezért kérdés volt, hogy kívánnak-e tovább dolgozni, és milyen perspektívát biztosít ehhez számunkra a Modellprogramban megszerzett tapasztalat. Kérdés volt arra vonatkozóan is, hogy a Modellprogram zárása után az egészségügyben kíván-e dolgozni az interjúalany.

A harmadik témakör a mindennapi munkavégzésre vonatkozó kérdéseket foglalt magába, amelyek az interjúalany saját egészségtudatossága és példamutatása mellett az esetleges munkahelyi konfliktusokra és a munkavégzéssel járó stresszhelyzetekre is vonatkoztak. Kérdés volt az is, hogy a stresszhelyzeteket kivel tudják megbeszélni.

Az utolsó témakör a Modellprogram egészére, annak erősségeire és gyengeségeire, valamint a kompetenciamátrix alapján velük kapcsolatban álló és a munkájukat irányító dolgozókkal való együttműködésre vonatkozott.

A Modellprogramhoz való csatlakozás legjellemzőbb oka volt, hogy a segéd-egészségőrök ismerték a lakosságot, szót értettek velük, és fontosnak tartották a nekik való segítségnyújtást. Jellemző ok volt, hogy **a Program a lakóhelyen, és gyermek mellett is rugalmasan végezhető munkát biztosított. További indok volt a jövedelem és a munkanélküliségből való kilépés. A válaszadók fele arról számolt be, hogy pozitívan változott az önértékelése a munkavégzés során (ezt az egészségi állapot vizsgálata is alátámasztotta).** Magabiztosabbnak, bátrabbnak és öntudatosabbnak és együttérzőbbnek ítélték meg önmagukat a kezdetekhez képest. A válaszadók több mint kétharmada egészségtudatosnak ítélte önmagát, bár 16 segéd-egészségőr rendszeres, 2 fő pedig alkalmi dohányosnak vallotta magát.



A jellemző és legfontosabb konfliktushelyzetet a toborzás, a helyi lakosok egészségi állapotfelmérésre való behívása jelentette, amelyet a kliensek esetenként zaklatásnak vettek.

A program folytatása esetén a segéd-egészségőrök döntő többsége szeretné tovább folytatni a munkát. 3 fő családi okok miatt nem tud, és mindössze 1 fő nem akar tovább dolgozni. 3 főnek van a segéd-egészségőri munka mellett másik főállása, 3 fő munkát keres, 1 fő tanfolyamot végez. 3 fő úgy gondolja, hogy az OKJ-s végzettség nélkül valószínűleg nem tudna elhelyezkedni az egészségügyben, míg 6 fő kifejezetten szeretne továbbra is az egészségügyben dolgozni. Néhányan családsegítőben vagy szociális munkásként szeretnének munkát vállalni.

A program erősségei között említették az interjúalanyok a szervezethez való tartozást, a csapatmunkát, az egyenrangú bánásmódot, az egészségügyi szakemberek részvételét, a helyi partnereket. Jónak tartották, hogy sok program szerveződött óvodákban, iskolákban, idősek otthonában; sikeresnek vélték az egészségnapokat, az egészséges életmód megismertetését, hasznosnak tartják a szűréseket, mivel **saját tapasztalatuk szerint is sok magas vérnyomással és/vagy cukorbetegséggel küzdő beteget sikerült kiszűrni. Sok olyan embert is elért a Program, akik évek óta nem voltak szűrésen, és a segéd-egészségőrök közreműködése nélkül nem is mentek volna el.** A segéd-egészségőrök szerint **lehet ösztönözni promóciós eszközökkel a résztvevőket,** és ezt tükrözte a magas átszűrési arány is. Megítélésük szerint a lakosság nyitottabb lett az orvosok felé, csökkent a tetves gyermekek száma. Nagyon hasznosnak tartották a kerékpárt mint munkaeszközt, melynek használatával több időt tudtak fordítani a kliensekre. Megítélésük szerint a Modellprogram más térségek számára is követendő példát nyújt.

Az interjúalanyok döntő többsége jól tudott együttműködni **a népegészségügyi koordinátorával,** őket segítőkészeknek, megbízhatónak, rugalmasnak, empatikusnak tartják. Megfelelő az ügyintézés, és megkapnak minden információt munkájukhoz, valamint szakmai és emberi elismerést is.

A többség ugyancsak jónak ítélte az együttműködést **a praxisközösségi koordinátorával,** akiket segítőkészeknek tartanak, megkapnak minden információt a munkájukhoz, bár ez a népegészségügyi koordinátoron keresztül történik. A segéd-egészségőrök mintegy negyede szerint kevés a találkozási felület a praxisközösségi koordinátorral.



Az interjúalanyok meg voltak elégedve a programirodával és a szakmai vezetéssel is, akiket segítőkésznek, fiatalosnak, közvetlennek és rugalmasnak láttak, és akik egyenrangú partnerként kezelték őket. A szakmai vezetéstől származó információk jellemzően a népegészségügyi koordinátoron keresztül jutottak el hozzájuk. Negatívumként a kevés találkozási lehetőség merült föl; néhányan későinek tartották a beleegyező nyilatkozatok kiadását; sok volt a csúszás az eszköztadások kapcsán (pl. kerékpárok); néha olyan, rövid határidős feladatot kaptak, ami nehezen volt teljesíthető, például szűrés előtt rövid idővel kapták meg a behívandók listáját; illetve azonos méretű ruházatot kaptak.

A pénzügyi és munkaügyi dolgok vonatkozásában a többség elégedett volt, de gyakorinak ítélték **az adózással és kifizetéssel kapcsolatos problémákat**; a lassan megkapott munkáltatói igazolásokat; a késve kapott tájékoztatásokat. Azt azonban nem tudták megítélni, hogy ezek a nehézségek a Modellprogram mely szintjén és milyen okok miatt álltak elő. Ezen problémák hátterét, valamint a közbeszerzések és az adminisztratív folyamatok nehézségeit a **raxisközösségek működésének infrastrukturális környezete (Szabó Szilvia WP5 vezető, NEFI Alapellátási Igazgatóság) című B.3. fejezet** taglalja részletesen.

Összességében megállapítható, hogy a segéd-egészségőrök a Modellprogram során szakmailag és emberileg is megerősödtek, magabiztossá váltak; jól együttműködő csapatokat alkottak, akik 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 vegyék. A segéd-egészségőrök az

egészségnevelésben is fontos feladatot teljesítettek, az ellátottak számára érthető módon elmagyarázva, leegyszerűsítve a tájékoztató anyagok tartalmát. Ennek a magatartásra és az egészségi állapotra gyakorolt hatásait azonban csak közép- és hosszú távon lehet értékelni.

C.9.2.4. A Modellprogram tapasztalatai a segéd-egészségőrök vonatkozásában: az egészségműveltség vizsgálata

Az egészségműveltség olyan kognitív és szociális készségeket felölelő kompetencia, amely meghatározza az egészségfejlesztés és –megőrzés terén igényelt információk eléréséhez, megértéséhez és alkalmazásához szükséges motivációt és képességet. Az egészségműveltség befolyásolja az egészségmagatartást, az egészségügyi ellátás



igénybevételét, az adherenciát, illetve ezeken keresztül az egyének megbetegedési kockázatait és egészségi állapotát is¹²⁸. Az egészségműveltséget funkcionális és attitűdszempontról is több nemzetközi kutatás vizsgálta, a magyar lakosság körében azonban csak attitűd-vizsgálat történt a közelmúltban¹²⁹, funkcionális egészségműveltségre vonatkozóan sem konkrét vizsgálati eszköz, sem eredmények nem állnak rendelkezésre. A WP6 munkacsomag kísérletet tett e hiány pótlására, és kifejlesztett egy kétrészes, az egészségügyi rendszerben való tájékozódást, illetve a betegmegelőzéssel és egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismereteket felmérő kérdőívet, amelynek tesztelését is elvégezte. Az adatfelvétel a Modellprogram segéd-egészségőrei és egészségfelelősei körében, az egészségfelelős képzés keretében történt, 2016 május-júniusában, illetve 2017. január-februárjában. Jelenleg az első adatfelvételtől tudunk beszámolni, a második adatfelvétel elemzése folyamatban van.

Az eredményeket – a jelen vizsgálathoz hasonló, más vizsgálat híján – a legfrissebb hazai egészségértés-kutatás (egészségműveltséggel kapcsolatos attitűdvizsgálat) eredményeihez (Koltai és Kun, 2016.) hasonlítottuk. A segéd-egészségőrök 53%-a adott helyes választ az összes vizsgált kérdésre; ezen belül 55%-uk válaszolt helyesen az egészségügyi rendszerben való tájékozódásra vonatkozó kérdésekre, és 51% adott helyes választ a betegségmegelőzés és egészségfejlesztés témákhoz kapcsolódó kérdésekre. A segéd-egészségőrök a kérdőív

mindkét, az egészségműveltség különböző tartományait lefedő részében szignifikánsan jobb teljesítményt nyújtottak, mint az egészségfelelősök. A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők szignifikánsan jobb eredményt értek el az alacsonyabb végzettségűekhez képest. A segéd-egészségőrök teljesítménye eléri, sőt meghaladja a referenciaként használt hazai vizsgálatban az átlagpopuláció által elért teljesítményt. Mindazonáltal az egészségműveltség további vizsgálatára és fejlesztésére mind az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban, mind a hazai népességben nagy szükség van.

¹²⁸ Szabó P, Kósa K. (2016) Egészségműveltség a magyar népesség körében. Orvostovábbképző Szemle 23(2):66-72.

¹²⁹ Koltai JA, Kun E. (2016) A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. Egészségfejlesztés 57(3):3-20.

<http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=62>



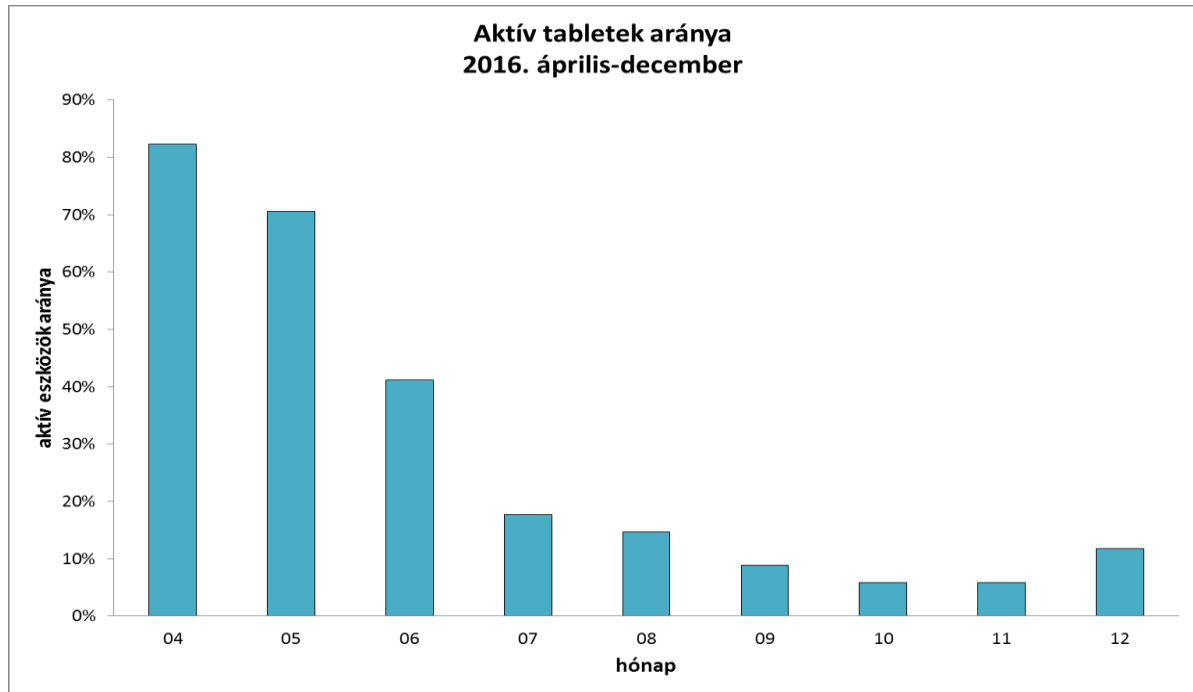
C.9.3. SIKERTÉNYEZŐK

- A munkájuk és az általuk ellátottak iránt elkötelezett, saját határaikat átlépni képes, tanulni vágyó fiatal és középkorú nők és férfiak, akik vállalták az alapellátásban 2013-ban új típusú munkakörként megjelent segéd-egészségőri munka minden kezdeti nehézségét
- A segéd-egészségőrök közösségben végzett munkája, csapattá formálódása, egymás kölcsönös támogatása
- A népegészségügyi koordinátorok támogatása, a velük kiépített szoros együttműködés és bizalmi kapcsolat
- A hagyományos eszközökkel (pl. kiértésítés) nehezen vagy egyáltalán nem mozgósítható rétegek elérése, szociálisan hátrányos helyzetűek, alacsony iskolázottságúak sikeres megszólítása
- A településeken élők, különösen a sérülékeny csoportok és/vagy romák elérésre, társadalmi felzárkózásuk támogatása, elsősorban az egészségkommunikáció és -nevelés eszközein keresztül
- Egészségügyi dolgozók tehermentesítése, segítése mindennapi munkájukban, főleg adminisztratív teendők vonatkozásában

C.9.4. KIAKNÁZATLAN LEHETŐSÉGEK

1. Minden segéd-egészségőr tablet-et kapott munkája megkönnyítésére 2016. áprilisában, azzal a céllal, hogy a lakosság körében végzett egészségnevelési tevékenységhez könnyen hordozható, vizuális demonstrációra alkalmas eszközt tudjon igénybe venni. Az eszközhasználat oktatására egy alkalommal történt képzés, de ez a tapasztalatok alapján nem volt elegendő. Az oktatást követően az eszközhasználat lecsökkent, amint azt a tabletekre telepített „UserObserver” szoftver révén nyert adatok alapján készített 54. ábra mutatja.

F54. A tableteken lévő egészségnevelési segédanyagok igénybevételének időtartama havonként



- A WP6 munkacsomag keretében szűrést végeztünk a Berettyóújfalui Praxisközösség egyik orvosának betegek körében krónikus vesebetegség szempontjából különösen veszélyeztetettek azonosítására. Nefrológus és transzplantációs sebész által előzetesen meghatározott 28 paraméter + hátrányos helyzet alapján történt az ellátottak közül a magas kockázatúak leválogatása. 51 magas kockázatú személy azonosítására került sor, akik közül a szakemberek alkotta csapat 9 személyt javasolt további vizsgálatokra küldeni és nefrológiai gondozásba venni; ezek közül 3 hátrányos helyzetűnek tekinthető. Erre a vizsgálatra 2017. elején került sor, emiatt nem volt mód a szűrés kiterjesztésére más praxisközösségekben is.
- A WP6 munkacsomag keretében biofeedback készülék beszerzésére került sor, melyet a kiszűrt és nefrológiai gondozást igénylő krónikus vesebetegek további ellátásában fogunk alkalmazni. A készülék kiterjedtebb alkalmazása a Program befejeződése miatt nem lehetséges.



C.9.5. MEG NEM VALÓSULT VÁLLALÁSOK ÉS AZOK OKAI

A segéd-egészségőrökkel kapcsolatosan betervezett akciók **maradéktalanul megvalósultak**. Az OKJ képzések az eredeti tervben nem szerepeltek, azok megvalósítására a fenntarthatóság és a segéd-egészségőrök alkalmazhatóságának szempontjait figyelembe véve került sor.

C.9.6. KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ SZAKMAI AJÁNLÁS

C.9.6.1. Létező praxisközösségek tovább működtetése, új praxisközösségek létrehozása elsősorban a leghátrányosabb helyzetű járásokban

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram gyakorlatilag minden, a Társadalmi Felzárkózási Stratégiában az egészségügyi alapellátásban javasolt beavatkozást megvalósított; és mind az egészségi állapot felmérésen való részvétel, mind a szakellátásba történő továbbutalás, mind a hátrányos helyzetűek szolgáltatásokhoz juttatása vonatkozásában kiemelkedő eredményeket ért el. **E modell további működtetése és kiterjesztése további hátrányos helyzetű térségekre¹³⁰ a leghatékonyabb rövidtávú módja annak, hogy a hazai népesség egészségi állapota javuljon.**

C.9.6.2. 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 állapot felmérés, 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 programok tervezni, amelyekbe egyéni irányítással, vagy csoportos behívással, a részvételt is nyilvántartva érdemes a klienseket bevonni.

¹³⁰ 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.



C.9.6.3. 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 végzettség¹³¹, valamint a munkaintenzitás EU által javasolt indikátorainak¹³² 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 célzásához, hanem az elért eredmények követéséhez is nélkülözhetetlen.**

C.9.6.4. 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 praktikusan lehetetlen, holott a sokszor három generációról gondoskodó családayák közül

sokan lennének alkalmasak arra, hogy az **egészségügyben betegápolással kapcsolatos munkakörökben dolgozzanak**. Az Országos Képzési Jegyzékben (OKJ) szereplő, ápolással kapcsolatos szakképesítések közül ugyanis az általános ápolási és egészségügyi asszisztens szakképesítés megszerzéséhez bemeneti kritériumként érettségi vizsga (MKKR 4. szint¹³³); az ápoló, az alapellátási közösségi szakápoló, a csecsemő- és gyermekápoló, a mentőápoló, a perioperatív asszisztens szakképesítés megszerzéséhez felsőoktatási szakképesítés (MKKR 5. szint¹³³) 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**

¹³¹ 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

¹³² Fogalomtár. Központi Statisztikai Hivatal

<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/hazteletszinv/hazteletszinvm.pdf>

¹³³ Farkas É: Módszertani útmutató a szakmai végzettségek (felnőttképzési szakmai programkövetelmények) Magyar Képesítési Keretrendszer szerinti szintjének meghatározására, besorolására. 2016. okt. 7.

http://www.mkik.hu/upload/mkik/felnottkepzes/utmutato_mkk_r_besorolas_vegleges_20161006_fe.pdf



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.

C.9.6.5. „Egészségfejlesztési segítő” munkakör létrehozása az egészségügyi alapellátásban

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban közalkalmazottként működő segéd-egészségőrökkel nyert tapasztalatok alapján javasolt a segéd-egészségőrnek megfelelő „egészségfejlesztési segítő” munkakör létrehozása az egészségügyi alapellátásban. Egy praxisközösségben legalább két segítő alkalmazása célszerű. Ez a munkakör az azonos elnevezésű, az Országos Képzési Jegyzékben 82. sorszámmal szereplő, az egészségügyi szakmacsoporthoz tartozó, 3272001 OKJ számú alsó középfokú szakképesítéssel legyen betölthető¹³⁴.

C.9.6.6. Mediátor továbbképzés kidolgozása és indítása egészségfejlesztési segítőik számára

Az „egészségfejlesztési segítő” munkakört betöltők számára legalább 2 évente elvégzendő, 30 órás „mediátor” továbbképzést javasolt kidolgozni. A képzés kidolgozásával és lebonyolításával olyan szervezetet célszerű megbízni, amely az Európa Tanács ROMED programját ismeri, és annak megvalósításával, illetve mediátorok képzésével és

foglalkoztatásával kapcsolatban rendelkezik tapasztalatokkal. Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban kidolgozott modell az egészség-mediációra Európa-szerte példaértékűnek tekinthető, megoldást kínálva arra a felhívásra, melyben 21 európai roma és népegészségügyi szervezet sürgeti a romák egészségét fenyegető rendszerszintű akadályok elhárítását¹³⁵.

A Modellprogram tapasztalatai alapján állítható, hogy a társadalmilag sérülékeny csoportok egészségi állapotának javítására az egészségügyi ágazatban megvan a modell, amelyet fenn kell tartani és ki kell terjeszteni. A modell lényegi erőforrását képezik a segéd-egészségőrök, akik nemcsak közvetlenül, az alapellátásban végzett munkájuk révén, hanem

¹³⁴ 150/2012. (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

¹³⁵ Remove systemic barriers to tackle the roma public health emergency. Joint statement by 21 European and National Roma, Pro Roma and Public Health organisations. November 2011. http://epha.org/wp-content/uploads/2016/12/Roma-health-joint-NGO-statement_Roma-Platform.pdf

1 HAJDÚ-BIHAR:

- Berettyóújfalú
- Hencida • Komádi
- Magyarhomorog
- Mezőpeterd

2 BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN:

- Borsodnádásd
- Arló
- Járdánháza
- Borsodszentgyörgy

3 HEVES:

- Heves
- Átány
- Kömlő
- Tiszánána

4 JÁSZ- NAGYKUN - SZOLNOK:

- Jászapáti
- Jászkisér
- Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!****277**

mint közösségeik példamutató szereplői, közvetetten is segíthetik a hazai sérülékeny közösségek helyzetének javulását.



D. A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI FÓKUSZÚ ALAPELLÁTÁSFEJLESZTÉSI MODELLPROGRAM HATÁSAINAK ÉRTÉKELÉSE A LAKOSSÁG, A HÁZIORVOSI SZOLGÁLATOK ÉS TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁS OLDALÁRÓL

D.1. A PRAXISKÖZÖSSÉGI SZOLGÁLTATÁSOK HATÉKONYSÁGA AZ ALAP- ÉS VÉGÁLLAPOT FELMÉRÉS EREDMÉNYEI ALAPJÁN

D.1.1. HÁTTÉR

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. Mivel a szolgáltatási protokollokat publikált evidenciák alapján fejlesztették ki, ennek a monitoring ágának az volt a feladata, hogy értékelje, **sikerült-e a praxisközösségi környezethez adaptálni az egyébként bizonyítottan hatásos módszereket.** Ezek a specifikus monitoring elemek a szolgáltatást igénybe vevők közt mutatták meg, hogy **mennyire volt hatékony a ténylegesen nyújtott praxisközösségi szolgáltatás.**

A populációs szintű hatások (amik a specifikus szolgáltatások során elért hatékonyság nagyságán túl a szolgáltatást igénybe vevők teljes populáción belüli részarányától is függenek) monitorozására alap- és végállapot felmérés volt hivatott. Az **alapállapot-felmérés során a praxisközösségi szolgáltatásoktól független helyzetet kellett leírni. A végállapot-felmérés feladata a praxisközösségi szolgáltatásoknak tulajdonítható változások meghatározása volt.** Ez a két felmérés kiegészült kontroll területen (a Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program



házi orvosi hálózata által gondozott felnőtt népességben belül) végzett alap- és végállapot-felméréssel, ami lehetővé tette, hogy a Modellprogram futamideje alatt az országban bekövetkező változásokhoz viszonyítva tudjuk értékelni a Modellprogram hatásait. Végző soron, ennek a négy felmérésnek az eredményei alapján lehet a Modellprogram hasznát, egészségnyereség előállító képességét számszerűsíteni.

A teljesség kedvéért meg kell jegyeznünk, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár praxis elhelyezkedésre (településtípusra, megyére) és az ellátottak szocio-demográfiai helyzetére (életkorára, nemi összetételére, és relatív képezettségére) korigált alapellátási indikátorainak praxisközösségi időtrendjeit is összevetettük a hasonlóan előállított országos trendekkel. Ennek a vizsgálatnak az eredményeit külön jelentésben foglaltuk össze. Továbbá, tekintettel arra, hogy a Modellprogram során az informatikai fejlesztések nem értek el abba a stádiumba, hogy a gondozás során regisztrált vizsgálati 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 területén illetve a Házi orvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program segítségével. Ilyen módon tettük értékelhetővé a célértékek elérése szempontjából is a Modellprogramot. Erről a vizsgálatról is külön jelentést állítottunk össze.

Az alap- és végállapot-felmérés tervezésekor figyelembe kellett venni, hogy:

- a Modellprogram hatékonyságának értékeléséhez szerkesztett logikai keretmátrix indikátorait kellett a felmérések eredményeinek segítségével meghatározni; mindezt olyan módon, hogy sem a kicsi statisztikai hatékonyság, sem a gyűjtött adatok validitási problémái ne akadályozzák a Modellprogram hatékonyságának precíz és egyértelmű értékelését;
- alapvetően **az egészségi állapot felmérésen való részvétel biztosította a praxisközösségi szolgáltatásokhoz való hozzáférést** a Modellprogram protokolljai szerint; emiatt a monitoringnak arra kellett felkészülnie, hogy a Modellprogram első eredménye a szűrő jellegű szolgáltatások gyakoribb igénybevétele lehet, amit követhet a praxisközösségi többlétszolgáltatások hatására bekövetkező ismeret-, attitűd- és életmód-változás; **a krónikus betegségek prognózisának javulása csak mindezeket követően volt várható** a Modellprogram többlétszolgáltatásaitól;
- a Modellprogram viszonylag **rövid futamideje miatt** elsősorban a praxisközösségi **szolgáltatások igénybevételevel kapcsolatos folyamatindikátorokra** koncentrált a



monitoring; néhány eredményindikátort azért kellett a monitoringba integrálni, hogy ha a Modellprogram többlétszolgáltatásának elég ideje lenne a hatások kifejlődésére, akkor azt detektálni lehessen;

- A Modellprogram célkitűzése elsődlegesen a **preventív szolgáltatások minőségének javítása volt**; másodlagos célkitűzés az volt, hogy ennek a szolgáltatásfejlesztésnek a hatására javuljon a **romák egészségi állapota**; emiatt a monitoring részeként egy roma almintában is el kellett végezni a praxisközösségi hatások értékelését.

D.1.2. MÓDSZEREK

D.1.2.1. Mintaválasztás

A **házi orvosi praxislisták** (18 év feletti) felnőttekre vonatkozó részét használtuk mintavételi keretnek. Egyszerű **randomizálással választottuk ki** a felmérésekre behívott praxisonkénti 50 főt az intervenciós területen, és a praxisonkénti 20 főt a kontroll területen. 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 vizsgálatokat az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte.¹³⁶

Az **alapállapot-felmérés** az intervenciós területen 21 praxisra terjedt ki 2012. december – 2013. január időszakban (tervezett mintanagyság 1050 fő), és 131 praxisra a kontroll területen 2013. június – 2013. augusztus időszakban (tervezett mintanagyság 2620 fő). A **végállapot-felmérés** 2016. május–novemberben zajlott az intervenciós terület 20 praxisában (tervezett mintanagyság 1000 fő; 1 praxisban nyugdíjba vonult a házi orvos a Modellprogram futamideje alatt), és a kontroll területen 111 praxisban (tervezett mintanagyság 2220 fő).

¹³⁶ TUKEB 2213/2013/EKU-234/2013; 57096/2012/EKU-857/2012); 19856/2016/EKU-0569/16; 19848/2016/EKU-0568/16

D.1.2.2. Adatgyűjtés

Az adatok gyűjtését a háziorvosok és munkatársaik végezték. Kérdőívek segítségével rögzítették a demográfiai adatok (kor, nem) mellett önbevallás alapján a roma etnicitást, a legfelsőbb iskolai végzettséget, a közgyógyellátási jogosultságot, a dohányzási szokásokat, a problémás alkoholfogyasztást. A testtömeg indexet és a centrális elhízást mérésrel állapították meg.

A táplálkozással kapcsolatos ismeretek megfelelőségét 4, az egészséggel kapcsolatos attitűdöt 25 kérdés segítségével mérték fel. Utóbbiak alapján, faktor-elemzés segítségével 4 egészségattitűd típust határoztunk meg.

A felmérés során éhomi vércukorszint mérésre és vérnyomásmérésre is sor került, a hipertóniás és diabéteszes anamnézis rögzítése mellett. Ezek alapján a felmérés előtt már ismert hipertónia és diabétesz prevalencia, a felmérés előtt nem ismert betegek körében megállapított rejtett morbiditás, valamint a korábban ismert betegek körében a célérték feletti vércukorszinttel illetve vérnyomással rendelkező (rosszul kezelt) betegek részaránya volt megállapítható.

Az 51/1997 NM rendeletben¹³⁷ meghatározott preventív jellegű alapellátási szolgáltatások igénybevételét is kérdőív segítségével regisztráltuk. A rendeletben meghatározott célcsoportokon belül **az ajánlott gyakorisággal igénybe vett szolgáltatások gyakoriságát határoztuk meg.**

Az értékelt szolgáltatások az alábbiak voltak:

családi anamnézis (2 éven belül); méhnyakrák szűrés (3 éven belül, 25-65 éves nők körében); emlőrák szűrés (2 éven belül, 45-65 éves nők körében); prosztatarák szűrés (3 éven belül, 65 év feletti férfiak körében); colorectális carcinoma szűrés (3 éven belül, 50-75 évesek körében); szájüregi inspekción alapuló daganat szűrés (2 éven belül); látásvizsgálat (1 éven belül, 21 évesek és 65 év felettiak körében); hallásvizsgálat (1 éven belül, 21 évesek és 65 év felettiak körében); érlemeszesedés vizsgálata (2 éven belül a 40 évnél idősebbek körében); testsúlymérés (2 éven belül); haskőfogatmérés (2 éven belül); táplálkozás értékelése (2 éven

¹³⁷ 51/1997. NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról



belül); alkoholfogyasztás felmérése (2 éven belül); dohányzás felmérése (2 éven belül); vérnyomásmérés (1 éven belül, 21 éves kortól); koleszterinszint mérés (1 éven belül, 21 éves kortól); vércukorszint mérés (1 éven belül, 21 éves kortól); szérum-kreatininszint mérés (1 éven belül, 21 éves kortól) és vizeletvizsgálat (1 éven belül, 21 éves kortól).

D.1.2.3. Adatfeldolgozás

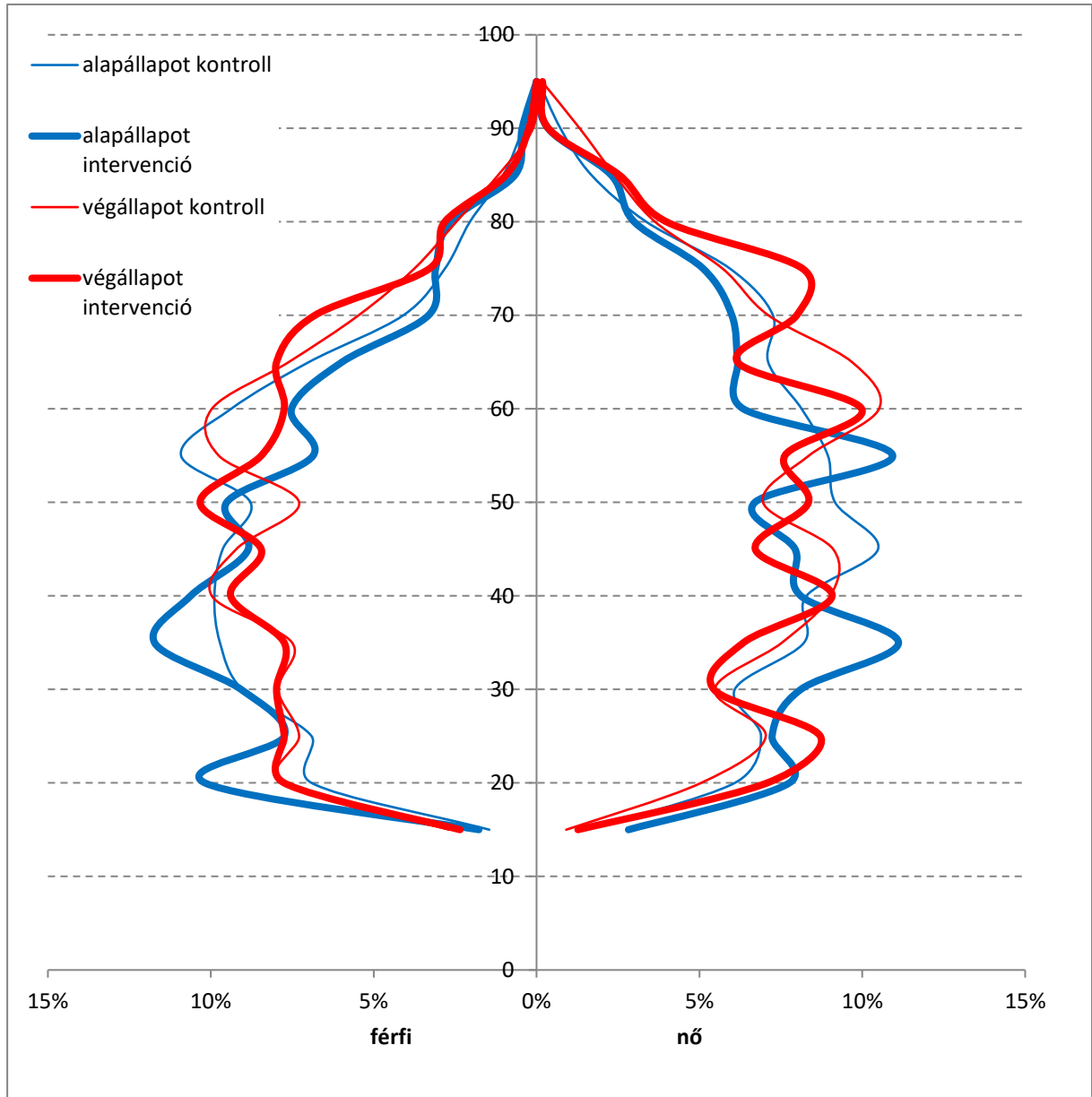
A preventív szolgáltatások megfelelő igénybevételére, az életmódi faktorokra, a táplálkozás-egészségtani ismeretekre, az egészségattitűd típusokra, a hipertónia és diabétesz gondozás indikátoraira nyers gyakoriságokat (nem korrigált prevalenciákat) számítottunk az alap- és a végállapot-felmérés, illetve ezeken belül az intervenciós és a kontroll területek mintáira külön-külön.

A praxisközösségi intervenció hatását többváltozós regressziós modellek segítségével értékeltük. A modellekben zavaró tényezőként a nem, életkor, képzettség, roma etnicitás, közgyógyellátási jogosultság, rendszeres dohányzás, problémás alkoholfogyasztás, testtömeg index és centrális elhízás szerepelt. A modellekben az alapállapot és a végállapot, illetve az intervenciós terület és a kontroll terület is megkülönböztetésre került. A praxisközösségi intervenció specifikus hatását a végállapot és az intervenciós terület interakciójaként definiáltuk a modellekben. A preventív szolgáltatások megfelelő igénybevételét, a táplálkozási ismeretek megfelelőségét, az egyes attitűdelemek előfordulását és a hipertónia/diabétesz gondozás eredményességét logisztikus modellekben vizsgáltuk. A faktor-elemzéssel kialakított 4 attitűdtípus folytonos score értékeit Cox-Box transzformációval normalizáltuk, majd lineáris regressziós modellben teszteltük.

D.1.3. EREDMÉNYEK

A teljes adatgyűjtés 6674 felnőttre terjedt ki. A vizsgálat egészére 96,9% volt a válaszadási arány.

F55. Az alap- és végállapot-felmérésben résztvevő felnőttek korfája az intervenciós és a kontroll területeken



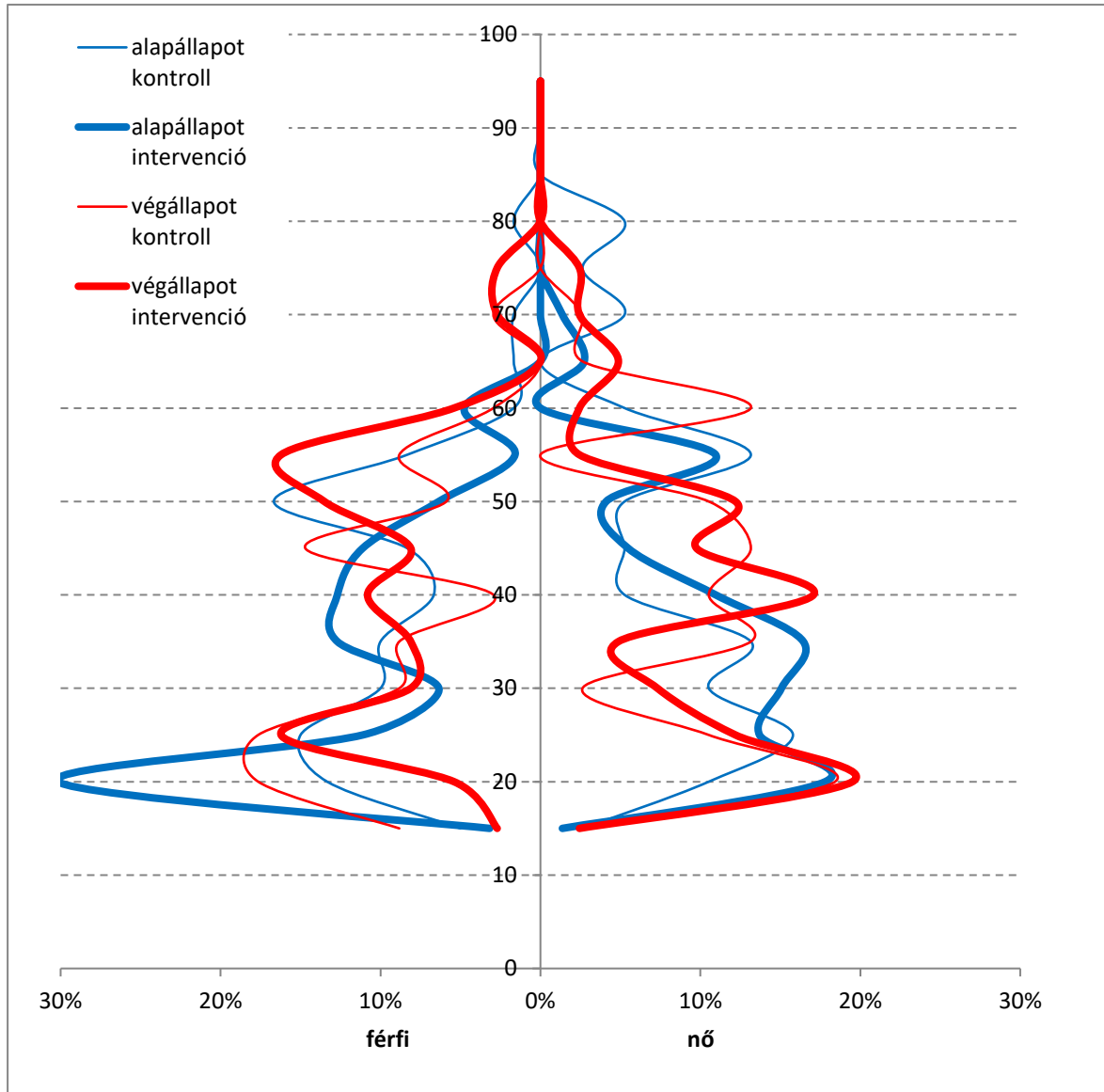


Az alapállapot-felmérés során a részvételt megtagadók száma 114 (intervenciós terület: 31, kontroll terület: 83) fő volt. Összességében 3556 fős (intervenciós terület: 1019; kontroll terület: 2537) volt a vizsgált minta, és 96,9%-os a válaszadási arány (intervenciós terület: 97,0%, kontroll terület: 96,8%). Az intervenciós területen az átlagos (\pm SD) életkor 47,6 év (\pm 18,0) volt. A mintában 452 férfi 46,0 év (\pm 17,1) átlagos életkorral, illetve 567 nő volt 48,9 éves (\pm 18,6) átlagos életkorral. A kontroll területen az átlagos életkor 49,8 év (\pm 17,5) volt, ahol a mintában 1173 férfi 48,1 év (\pm 16,7) átlagos életkorral, illetve 1364 nő volt 51,3 éves (\pm 18,0) átlagos életkorral.

A végállapot-felmérés során a részvételt megtagadók száma 102 (intervenciós terület: 23, kontroll terület: 79) fő volt. Összességében 3118 fős (intervenciós terület: 977; kontroll terület: 2141) volt a vizsgált minta, és 96,8%-os a válaszadási arány (intervenciós terület: 97,7%, kontroll terület: 96,4%). Az intervenciós területen az átlagos életkor 50,6 év volt (\pm 18,6). A mintában 426 férfi 48,5 év (\pm 17,7) átlagos életkorral, illetve 551 nő volt 52,3 éves (\pm 19,2) átlagos életkorral. A kontroll területen az átlagos életkor 51,1 év volt (\pm 18,1), ahol a mintában 933 férfi 48,5 év (\pm 17,6) átlagos életkorral, illetve 1208 nő volt 53,1 éves (\pm 18,3) átlagos életkorral.

A teljes adatgyűjtés során 384-en vallották magukat romának. A vizsgálat egészére a román részaránya 5,8% volt.

F56. Az alap- és végállapot-felmérésben résztvevő roma felnőttek korfája az intervenció és a kontroll területeken



Az **alapállapot-felmérés** során az önmagukat romának vallók száma 234 fő volt. Az adatgyűjtés az intervenció területén 136 főnél volt sikeres, akiknek átlagos életkora 36,1 év ($\pm 12,6$) volt. Közöttük 63 volt férfi 34,9 év ($\pm 12,4$) átlagos életkorral, illetve 37 volt nő 37,2 éves ($\pm 12,9$) átlagos életkorral. Az adatgyűjtés a kontroll területen 98 főnél volt sikeres,



akiknek átlagos életkora 40,8 év ($\pm 16,3$) volt. Közöttük 60 volt férfi 39,4 év ($\pm 15,0$) átlagos életkora, illetve 38 volt nő 42,9 éves ($\pm 18,2$) átlagos életkora.

A **végállapot-felmérés** során az önmagukat romának vallók száma 150 fő volt. Az adatgyűjtés az intervenciós területen 78 főnél volt sikeres, akiknek átlagos életkora 41,7 év ($\pm 15,3$) volt. Közöttük 37 volt férfi 43,5 év ($\pm 14,5$) átlagos életkora, illetve 41 volt nő 40,0 éves ($\pm 15,9$) átlagos életkora. Az adatgyűjtés a kontroll területen 72 főnél volt sikeres, akiknek átlagos életkora 38,9 év ($\pm 14,8$) volt. Közöttük 34 volt férfi 36,4 év ($\pm 14,3$) átlagos életkora, illetve 38 volt nő 41,2 éves ($\pm 15,1$) átlagos életkora.

A kontroll területen végzett alap- és végállapot-felmérések során ugyanolyan volt a romák mintán belüli részaránya összességében és nemenként is. Az intervenciós területen viszont mindkét nem esetében alacsonyabb roma részarányt regisztráltak a végállapot-felmérés során. Az eltérés nemenként nem, de a két nemet együtt értékelve már elérte a szignifikáns mértéket.

T56. A roma felnőttek önbevallás alapján regisztrált részarányai az alap- és végállapot-felmérések részmintáiban

	mindkét nem [95%-os megbízhatósági tartomány]	férfiak	nők
alapállapot-felmérés	6,6% [5,8-7,4]	7,6% [6,3-8,9]	5,7% [4,7-6,8]
végállapot-felmérés	4,8% [4,1-5,6]	5,2% [4-6,4]	4,5% [3,5-5,5]
alapállapot-felmérés intervenciós területen	13,3% [11,3-15,4]	13,9% [10,7-17,1]	12,9% [10,1-15,6]
végállapot-felmérés intervenciós területen	8% [6,3-9,7]	8,7% [6-11,4]	7,4% [5,2-9,6]
alapállapot-felmérés kontroll területen	3,9% [3,1-4,6]	5,1% [3,9-6,4]	2,8% [1,9-3,7]
végállapot-felmérés kontroll területen	3,4% [2,6-4,1]	3,6% [2,4-4,8]	3,1% [2,2-4,1]



D.1.3.1. Preventív szolgáltatások igénybevétele

Az intervenció terület alapállapot-felmérése 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%). Ugyanakkor, az ajánlásnak megfelelő gyakorisággal a célcsoportba tartozó felnőtteknek csak 14,6%-a vett részt colorectális carcinoma szűrésen, ami a spektrum másik végén helyezkedett el. A medián igénybevételi gyakoriság, az összes beavatkozás figyelembe vételével 36% volt. A részvételi gyakoriságok többsége messze elmaradt az ajánlott szinttől.

A Modellprogram többlétszolgáltatásaira támaszkodó praxisközösségek által ellátott felnőttek között **jelentősen emelkedett a háziorvosi preventív szolgáltatások igénybevétele** a végállapot-felmérés eredményei szerint. A szolgáltatásokra kapott medián 59% volt. A legnagyobb gyakorisággal nyújtott szolgáltatás a vérnyomásmérés volt (90%). Legkisebb a colorectális carcinoma szűrésen résztvevők részaránya volt (14,3%).

A többváltozós statisztikai elemzések szerint, a praxisközösségi intervenció nem eredményezte egyik végponton sem a szolgáltatás igénybevételének csökkenését.

Semmilyen változást nem lehetett megfigyelni azoknál a **daganatszűréseknél**, ahol a háziorvos csak a részvételt támogató kommunikációval tud szerepet vállalni. Sem a méhnyakrák szűrésen, sem az emlőrák szűrésen, sem a prosztatatarák szűrésen, sem a már említett colorectális carcinoma szűrésen nem vettek részt többen a Modellprogram végén, mint azt megelőzően.

Ezzel szemben **a szájüregi inspekción átesettek részaránya jelentősen emelkedett** a Modellprogramnak köszönhetően. A 2,672-szeres hatékonyságjavulással elért 23,3%-os igénybevételi gyakoriság azonban nyilván nagyon messze van még a kívánatos szinttől.

A konzultatív, tanácsadás jellegű szolgáltatások igénybevétele jelentős mértékben javult. Az alkoholfogyasztási (EH=5,699), a táplálkozási (EH=4,354) és a dohányzási szokások felmérése (EH=4,129), illetve a családi anamnézis felvétele (EH=2,993) is gyakoribbá vált.

A háziorvos által végezhető fizikális vizsgálatok közül **nem javult a vérnyomásmérés, és a látásélesség vizsgálat gyakorisága**. A többi vizsgálat igénybevétele lényegesen javult. A haskörfogatmérés (EH=4,262), az érelmeszesedés szűrése (EH=3,758), a testsúlymérés (EH=2,443) és a halláskárosodás vizsgálata (EH=2,112) is gyakoribbá vált.



A laboratóriumi vizsgálatot igénylő szolgáltatások igénybevétele nem változott. Csak a vizelet vizsgálatára került sor nagyobb gyakorisággal (EH=1,246).

A roma almintában az idős, 65 év feletti célcsoportú intervenciók értékelésére nem volt lehetőség, mert alig volt néhány tagja ennek a rétegnek. Az intervenció területen az alapállapot-felmérés mintájában 3, a végállapot-felmérés mintájában 6 tagja volt ennek a korcsoportnak.

Romák között a praxisközösségi szolgáltatások hasonló javulást eredményeztek, mint a teljes mintában. Az alkoholfogyasztási (EH=5,927), a táplálkozási (EH=4,635) és a dohányzási szokások felmérése (EH=3,617), továbbá a háskőfogatmérés (EH=4,989) és a testsúlymérés (EH=2,840) is gyakoribbá vált.

T57. Minta táblázat Praxisközösségi szolgáltatások hatása a preventív szolgáltatások igénybevételére felnőttek között általában és a roma felnőttek körében az intervenció és a kontroll területen kivitelezett alap- és végállapot-felmérések alapján

	Kontroll terület		Intervenció terület		Teljes minta		Roma minta	
	alapállapot	végállapot	alapállapot	végállapot	EH*	p	EH*	p
Családi anamnézis	39,6%	39,0%	36,0%	61,5%	2,99 3	<0,00 1	1,72 8	0,24 7
Méhnyakrák szűrés	73,4%	73,0%	63,8%	60,2%	0,77 8	0,215	0,41 1	0,32
Emlőrák szűrés	57,8%	53,5%	51,1%	58,9%	1,57 2	0,084	2,53	0,52 9
Prosztatarák szűrés	51,5%	46,4%	41,1%	34,0%	0,83 4	0,65	né	né
Colorectális carcinoma szűrés	18,1%	14,9%	14,6%	14,3%	1,24 3	0,379	1,65 2	0,73
Szájüregi daganatszűrés	25,5%	17,6%	15,8%	23,3%	2,67 2	<0,00 1	2,84 5	0,06 7
Látásvizsgálat	40,7%	37,3%	27,4%	23,7%	0,94 8	0,836	né	né
Hallásvizsgálat	19,2%	15,1%	13,0%	16,6%	2,11 2	0,022	né	né
Érelmeszesedés vizsgálata	29,6%	24,0%	19,1%	39,2%	3,75 8	<0,00 1	2,84	0,18 4
Testsúlymérés	62,0%	65,2%	49,6%	73,6%	2,44 3	<0,00 1	4,10 4	0,00 4
Háskőfogat mérés	33,1%	40,7%	24,9%	65,8%	4,26 2	<0,00 1	4,98 9	0,00 1

1 HAJDÚ-BIHAR:
• Berettyóújfalu
• Hencsida • Komádi
• Magyarhomorog
• Mezőpéterd

2 BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN:
• Borsodnádasd
• Arló
• Járdánháza
• Borsodszentgyörgy

3 HEVES:
• Heves
• Átány
• Kömlő
• Tiszanána

4 JÁSZ- NAGYHUN - SZOLNOK:
• Jászapáti
• Jászkisér
• Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!**



289

Táplálkozás értékelése	27,9%	33,7%	24,7%	64,8%	4,35 4	<0,00 1	4,63 5	0,00 3
Alkoholfogyasztás felmérése	23,1%	27,7%	16,3%	57,6%	5,69 9	<0,00 1	5,92 7	0,00 1
Dohányzás felmérése	31,1%	34,0%	25,0%	59,5%	4,12 9	<0,00 1	3,61 7	0,00 9
Vérnyomásmérés	90,9%	91,3%	86,3%	90,0%	1,23 2	0,244	0,71 7	0,58 7
Koleszterinszint mérés	59,8%	64,6%	57,6%	64,7%	1,05	0,671	0,65 9	0,38 9
Vércukorszint mérés	68,1%	72,4%	64,0%	70,4%	1,03 8	0,758	0,64 1	0,37 2
Szérum-kreatininszint mérés	41,2%	44,3%	37,1%	44,9%	1,18 8	0,126	1,38 4	0,52
Vizeletvizsgálat	53,3%	52,8%	45,2%	50,6%	1,24 6	0,049	0,94 6	0,91 1

*Nemre, életkorra, képzettségre, roma etnicitásra, közgyógyellátási jogosultságra, dohányzásra, problémás alkoholfogyasztásra, testtömeg indexre és centrális elhízásra korrigált logisztikus regressziós koefficiens.

**Nemre, életkorra, képzettségre, közgyógyellátási jogosultságra, dohányzásra, problémás alkoholfogyasztásra, testtömeg indexre és centrális elhízásra korrigált logisztikus regressziós koefficiens.
né: nem értékelhető a kis esetszámok miatt

D.1.3.2. Életmód- és attitűdváltozás

Emelkedett azok részaránya, akik szerint „A bőséges, kalória-gazdag étrend nem egészséges.” (EH=1,256), és akik szerint „A vegetáriánus étrend nem egészséges” (EH=1,582). Másfelől viszont csökkent azok részaránya, akik szerint „A zsírszegény étrend egészséges.” (32,2%-kal). A roma válaszadók közt csökkent azok részaránya, akik szerint „A vegyes étrend, sok zöldséggel és gyümölcszel egészséges” (EH=0,223). A problémás alkoholfogyasztás prevalenciája szignifikáns csökkenést mutatott (EH=0,412).

1 HAJDÚ-BIHAR:
• Berettyóújfalu
• Hencida • Komádi
• Magyarhomorog
• Mezőpeterd

2 BORSOD-ABÁÚJ-ZEMPLÉN:
• Borsodnádasd
• Arló
• Járdánháza
• Borsodszentgyörgy

3 HEVES:
• Heves
• Átány
• Kömlő
• Tiszánána

4 JÁSZ- NAGYHUN - SZOLNOK:
• Jászapáti
• Jászkesér
• Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!**



290

T58. Praxisközösségi szolgáltatások hatása a táplálkozással összefüggő ismeretekre és az életmódra felnőttek között általában és a roma felnőttek körében az intervenciós és a kontroll területen kivitelezett alap- és végállapot-felmérések alapján

	Kontroll terület		Intervenciós terület		Teljes minta		Roma minta	
	alapállapot	végállapot	alapállapot	végállapot	EH *	p	EH **	p
A bőséges, kalória-gazdag étrend nem egészséges	70,8%	70,7%	64,9%	69,7%	1,2 56	0,06 1	0,4 94	0,1 31
A vegetáriánus étrend nem egészséges	77,5%	75,0%	77,7%	83,1%	1,5 82	0,00 1	0,9 86	0,9 79
A vegyes étrend, sok zöldséggel és gyümölcssel egészséges	92,1%	90,8%	92,0%	87,7%	0,7 45	0,12 1	0,2 23	0,0 17
A zsírszegény étrend egészséges	54,4%	44,5%	55,3%	37,5%	0,7 15	0,00 2	0,5 96	0,2 44
Rendszeres dohányzó	25,5%	25,5%	33,0%	32,0%	1,0 42	0,73 7	0,8 29	0,6 77
Problémás alkoholfogyasztás	7,5%	8,6%	8,9%	5,1%	0,4 12	<0,0 01	0,9 15	0,9 29
Sovány	2,3%	2,8%	3,0%	1,8%	0,5 29	0,07 6	2,0 78	0,5 24
Normál súly	38,2%	35,8%	38,5%	32,9%	0,9 22	0,19 5	1,9 19	0,1 55
Elhízott	34,3%	34,1%	32,1%	33,1%	1,0 17	0,88 5	0,4 24	0,0 98
Kövér	25,1%	27,2%	26,2%	32,0%	1,1 58	0,22 8	0,7 75	0,6 39
Centrális elhízás	70,6%	73,5%	69,2%	75,9%	1,2 18	0,13 4	0,5 35	0,1 95

*Nemre, életkorra, képzettségre, roma etnicitásra, közgyógyellátási jogosultságra, dohányzásra, problémás alkoholfogyasztásra, testtömeg indexre és centrális elhízásra korrigált logisztikus regressziós koefficiens.

**Nemre, életkorra, képzettségre, közgyógyellátási jogosultságra, dohányzásra, problémás alkoholfogyasztásra, testtömeg indexre és centrális elhízásra korrigált logisztikus regressziós koefficiens.



Az egészségattitűd sem az alapkérdésekre adott válaszok eloszlása (T59. táblázat), sem az attitűdtípusok előfordulási gyakorisága (T60. táblázat) alapján nem mutatott változást. Egyetlen szignifikáns változást lehetett megfigyelni: csökkent annak a véleménynek - rossz táplálkozási ismereteken alapuló sztereotípiának - a prevalenciája, hogy „Az egészséges táplálkozás többbe kerül, mint a hagyományos.” (EH=0,733).

T59. Praxisközösségi szolgáltatások hatása az egészségattitűdre felnőttek között általában és a roma felnőttek körében az intervenció és a kontroll területen kivitelezett alap- és végállapot-felmérések alapján

	Kontroll terület		Intervenció terület		Teljes minta		Roma minta	
	alapállapot	végállapot	alapállapot	végállapot	EH*	p	EH**	p
Érdeemes megfogadni az orvosok tanácsait.	75,1%	69,8%	81,6%	78,3%	1,017	0,898	0,539	0,199
Az egészség a legfontosabb a világon.	86,0%	83,3%	88,2%	87,2%	1,079	0,679	0,741	0,595
Az egészség nem szerencse kérdése.	32,9%	32,2%	34,2%	34,0%	1,041	0,729	0,734	0,523
Aki túl sokat foglalkozik az egészség kérdésével könnyebben lesz beteg.	24,0%	18,3%	24,8%	21,4%	1,176	0,216	0,919	0,023
A szenvedésnek nem isteni okai vannak.	42,0%	41,0%	44,0%	44,0%	1,068	0,557	0,317	0,555
Nagyon betegnek kell ahhoz lennem, hogy orvoshoz forduljak.	30,4%	28,8%	35,9%	35,1%	1,045	0,706	0,295	0,594
Az olyan embereknek, mint én, bőven van idejük arra, hogy az egészségükkel törődjenek.	36,2%	31,4%	35,8%	33,2%	1,094	0,434	0,614	0,345
Az egészség szempontjából az a legfontosabb, hogy az ember milyen adottságokkal született.	23,5%	20,2%	25,5%	25,6%	1,191	0,171	0,049	0,928
Az egészséges táplálkozás többbe kerül, mint a hagyományos.	54,2%	50,4%	57,5%	46,6%	0,733	0,004	0,144	0,427
Az egészséges ételek finomak.	45,6%	38,0%	52,4%	46,1%	1,037	0,074	0,552	0,215

1 HAJDÚ-BIHAR:
• Berettyóújfalu
• Hencida • Komádi
• Magyarhomorog
• Mezőpeterd

2 BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:
• Borsodnádásd
• Arló
• Járdánháza
• Borsodszentgyörgy

3 HEVES:
• Heves
• Átány
• Kömlő
• Tiszánána

4 JÁSZ-NAGYKUN - SZOLNOK:
• Jászapáti
• Jásziskér
• Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!**



292

Ha valaki eleget mozog, akkor mindegy, hogy mennyit eszik.	16,5%	12,7%	24,3%	17,5%	0,90	0,47	0,58	0,32
A szakemberek soha nem értenek egyet abban, hogy milyen az egészséges táplálkozás.	20,0%	16,6%	23,7%	23,7%	1,26	0,07	0,80	0,69
Nemcsak az erőteljes testmozgás az, amely javítja az ember egészségét, például a rendszeres sétálásnak, kocogásnak is van kedvező hatása.	69,3%	63,9%	74,4%	68,9%	0,93	0,57	0,59	0,25
Ha valaki nem elhízott, akkor is szüksége van testmozgásra ahhoz, hogy megőrizze az egészségét.	59,0%	52,9%	57,6%	50,5%	0,94	0,57	0,93	0,89
50 éves kor felett a rendszeres testmozgásnak már több a haszna, mint a sérülések megnövekedett kockázata miatti kára.	53,8%	49,5%	56,4%	52,2%	0,98	0,92	0,74	0,51
A dohányzás sok dohányzó esetében okoz súlyos betegséget.	50,4%	44,9%	50,7%	43,1%	0,91	0,40	1,39	0,46
A dohányzásra rászakás az emberek szabad választása.	73,4%	69,9%	80,0%	77,1%	0,97	0,83	1,85	0,22
A dohányzás által okozott betegségek nem jól gyógyíthatók.	29,8%	27,9%	27,7%	24,7%	0,94	0,62	0,40	0,08
A szakemberek nem túlozzák el a dohányzás veszélyeit.	44,8%	40,4%	42,7%	35,4%	0,85	0,16	1,41	0,49
A rendszeresen dohányzók le tudnak szokni a dohányzásról.	38,5%	36,1%	39,8%	36,8%	0,97	0,78	0,40	0,07
Sok ember fogyaszt annyi alkoholt, amely már ártalmas az egészségre.	41,4%	39,8%	45,4%	41,2%	0,89	0,32	1,53	0,37
Az alkohol okozta betegségeket könnyű idejekorán észrevenni és ekkor még jól gyógyíthatók.	26,1%	20,6%	29,6%	26,6%	1,18	0,17	0,98	0,97
A szakemberek nem túlozzák el az alkoholfogyasztás veszélyeit.	47,9%	45,1%	48,9%	42,6%	0,84	0,13	2,74	0,03
Csak az ember akaraterején múlik, hogy abba tudja hagyni a mértéktelen alkoholfogyasztást.	60,5%	54,1%	70,1%	68,1%	1,19	0,12	0,99	0,98

*Nemre, életkorra, képzettségre, roma etnicitásra, közgyógyellátási jogosultságra, dohányzásra, problémás alkoholfogyasztásra, testtömeg indexre és centrális elhízásra korrigált logisztikus regressziós koefficiens.

**Nemre, életkorra, képzettségre, közgyógyellátási jogosultságra, dohányzásra, problémás alkoholfogyasztásra, testtömeg indexre és centrális elhízásra korrigált logisztikus regressziós koefficiens.

T60. Minta táblázat Praxisközösségi szolgáltatások hatása az egészségattitűdre felnőttek között általában és a roma felnőttek körében az intervenciós és a kontroll területen kivitelezett alap- és végállapot-felmérések alapján

	Kontroll terület		Intervenciós terület		Teljes minta		Roma minta	
	alapállapot	végállapot	alapállapot	végállapot	b*	p	b**	p
tájékozott	0,054	-0,136	0,175	-0,025	0,017	0,749	0,062	0,769
saját felelősség hárító	-0,012	-0,124	0,174	0,122	0,035	0,495	0,021	0,922
egészségüggyel szemben elutasító	0,017	0,051	-0,053	-0,100	-0,07	0,188	0,331	0,107
fatalizmust elutasító	-0,037	-0,016	0,019	0,112	0,085	0,108	0,075	0,733

*Nemre, életkorra, képzettségre, roma etnicitásra, közgyógyellátási jogosultságra, dohányzásra, problémás alkoholfogyasztásra, testtömeg indexre és centrális elhízásra korrigált lineáris regressziós koefficiens.

**Nemre, életkorra, képzettségre, közgyógyellátási jogosultságra, dohányzásra, problémás alkoholfogyasztásra, testtömeg indexre és centrális elhízásra korrigált lineáris regressziós koefficiens.

A roma almintában is csak két kérdés esetén regisztráltuk a válaszok eloszlásának változását. Emelkedett azok szám, akik szerint „Aki túl sokat foglalkozik az egészség kérdésével könnyebben lesz beteg.” (EH=3,919), és akik szerint „A szakemberek nem túlozzák el az alkoholfogyasztás veszélyeit.” (EH=2,749).

D.1.3.3. Gondozási hatékonyság

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 (rejtett morbiditás), akik nem tudtak betegségükről (hipertónia, vagy diabétesz), de akiknél a felmérés alkalmával emelkedett vérnyomást vagy vércukorszintet találtak. A végállapot-felmérés során viszont **nem lehetett csökkent rejtett morbiditást detektálni.**



A gondozott hipertóniás és diabéteszes betegek teljes népesség belüli részaránya sem változott. 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 vércukorszint gyakorisága nem változott. Az ismert hipertóniás betegek között viszont szignifikáns mértékben csökkent a célérték feletti betegek részaránya (EH=0,740).

A roma almintában a kis esetszámok miatt a rejtett diabétesz nem volt vizsgálható indikátor. A többi végponton nem találtunk szignifikáns praxisközösségi hatást.

T61. Minta táblázat Praxisközösségi szolgáltatások hatása a hipertónia és a diabétesz gondozására felnőttek között általában és a roma felnőttek körében az intervenció és a kontroll területen kivitelezett alap- és végállapot-felmérések alapján

	Kontroll terület		Intervenció terület		Teljes minta		Roma minta	
	alapállapot	végállapot	alapállapot	végállapot	EH*	p	EH**	p
Ismert hipertónia	39,5%	42,6%	34,8%	40,0%	0,88 9	0,41 6	0,33 9	0,14 3
Rosszul kezelt hipertónia	51,6%	54,8%	62,3%	57,0%	0,74	0,04	0,47 3	0,34 2
Rejtett hipertónia	10,2%	10,9%	16,7%	14,8%	0,78 2	0,12 1	0,30 7	0,11 4
Ismert diabétesz	10,4%	12,0%	9,6%	11,0%	0,81 9	0,29 5	0,13 8	0,11 5
Rosszul kezelt diabétesz	35,8%	39,3%	27,6%	36,4%	0,98	0,94 7	0,41 1	0,66 1
Rejtett diabétesz	1,3%	1,3%	1,5%	2,3%	1,42 5	0,41 5	---	---

*Nemre, életkorra, képzettségre, roma etnicitásra, közgyógyellátási jogosultságra, dohányzásra, problémás alkoholfogyasztásra, testtömeg indexre és centrális elhízásra korrigált logisztikus regressziós koefficiens.

**Nemre, életkorra, képzettségre, közgyógyellátási jogosultságra, dohányzásra, problémás alkoholfogyasztásra, testtömeg indexre és centrális elhízásra korrigált logisztikus regressziós koefficiens.

D.1.4. MEGBESZÉLÉS

D.1.4.1. Gyengeségek és erősségek

A felmérések során random mintavételezéssel és magas válaszadási arány mellett vizsgáltunk nagy mintákat¹³⁸. Alapvetően torzításoktól mentes és jelentős statisztikai erőt adó adatbázist lehetett felépíteni a felmérések során.

A roma alminta nagysága eleve nem volt nagy. A besorolás kritériuma az önbevallás volt, ami biztosan csak a romák egy részét teszi láthatóvá a vizsgálat számára. Ráadásul az intervenció területén jelentős mértékben csökkent az alapállapot-felméréshez képest a végállapot-felmérés során detektált roma részarány. Utóbbit biztosan nem az elvándorlás okozta. Emiatt **a roma alminta elemzési eredményei viszonylag alacsony statisztikai hatékonyságot alapoztak meg**, és a validitással is lehettek problémák - annak ellenére, hogy az adatgyűjtés módja teljesen megegyezett az alap- és a végállapot-felmérés során.

D.1.4.2. Főbb megállapítások

A házi orvos fizikális vizsgálatain alapuló szolgáltatások gyakoribbá váltak a vérnyomásméréstől és a zömmel 65 év felettek körében végzendő látásélesség romlás vizsgálatától eltekintve. Előbbi esetében az emelkedés nem is volt várható, hiszen eleve nagyon magas volt a kellő gyakorisággal vérnyomásmérésen résztvevők prevalenciája. Utóbbi arra hívja fel a figyelmet, hogy nyilvánvalóan nem tartották fontosnak a vízvesztés felmérését a házi orvosok az idősek körében.

A tanácsadás jellegű **szolgáltatások/felmérések** a praxisközösségek többlétszolgáltatásai nélkül lényegében hiányoztak az alapellátás szolgáltatási közül; eleve lehetetlenné téve, hogy az alapellátás szintjén is hatékonyan nyújtható dohányzás leszokási támogatás, táplálkozásracionalizálást célzó tanácsadás, támogatás az alkoholfogyasztási problémáktól szenvedők megfelelő ellátásának megszervezéséhez, és a metabolikus szindrómához kapcsolódó tanácsadás (esetleg gyógyszeres támogatás megszervezése)

¹³⁸ az adatgyűjtés nagyságrendje megegyezett az OLEF2000, OLEF2003, ELE2009 és ELEF2014 országos felmérésekével



1 HAJDÚ-BIHAR:
• Berettyóújfalu
• Hencida • Komádi
• Magyarhomorog
• Mezőpeterd

2 BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:
• Borsodnádasd
• Arló
• Járdánháza
• Borsodszentgyörgy

3 HEVES:
• Heves
• Átány
• Kömlő
• Tiszánána

4 JÁSZ-NAGYKUN - SZOLNOK:
• Jászapáti
• Jászkisér
• Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!**

296

megtörténjen, ami pedig nyilvánvalóan fontos lenne a hazai népegészségügyi problémák ismeretében. Ez a szolgáltatásfejlesztés hosszú távú érvényesülése esetén jelentős egészségnyereséget hozhat.

A laboratóriumi közreműködést igénylő szolgáltatások igénybevételét nem tudta jelentős mértékben javítani a Modellprogram. Ennek hátterében az állhat, hogy a szakellátói oldalon nem történt meg a célzott protokollok kialakítása és a megfelelő kapacitások felépítése.

Romák között a praxisközösségi preventív szolgáltatások igénybevétele hasonló módon változott, mint a teljes mintában. Néhány végponton nem lehetett a teljes mintán megfigyelt szignifikáns változásokat detektálni a roma almintában, de ezt az eltérést a kis elemszám miatti kisebb statisztikai hatékonyság elvileg magyarázhatja. Amelyik végpontonál mindkét minta elemzése alapján megfigyelhető volt szignifikáns praxisközösségi hatás, ott a teljes mintán és a roma almintában megfigyelt változásokat számszerűsítő mérőszámok nem tértek el egymástól.

A praxisközösségekben a Modellprogram protokolljai alapján közösségi egészségfejlesztő, és egyéni illetve csoportos programokat szerveztek. Ezek a felnőtt népet 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 háziorvosok a felnőtt népesség túlnyomó többsége számára személyes tapasztalatot biztosítottak arról, 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. **A felmérések adatai alapján a kedvező eredőjű tapasztalatok még nem érték el a kritikus szintet, és jelentős attitűdváltozást az általános felnőtt mintán nem lehetett megfigyelni.** Ez nem zárja ki annak a lehetőségét, hogy a praxisközösségi szolgáltatásokat ténylegesen igénybe vevők közt javult az attitűd. Ennek a részletes ételkezésre szolgálnak a Modellprogram szolgáltatás-specifikus monitoring elemei, illetve egy célzott attitűd-elégedettség felmérés, amelyek eredményeit más tanulmányok foglalják össze.

A táplálkozással kapcsolatos ismeretek esetében általában kedvező irányú változások voltak megfigyelhetők. Részletesebb táplálkozás-egészségügyi adatgyűjtést nem tudtunk a monitoringba illeszteni, mert a tényleges táplálkozási szokások felméréséhez

validált, elérhető technika nem állt rendelkezésünkre. Az ismeretek változása terén a romák közt csak kedvezőtlen változást tudtunk leírni.

A rendszeresen dohányzók és a túlsúly/elhízás gyakorisága nem változott szignifikáns mértékben a praxisközösségi szolgáltatások hatására. Viszont **a problémás alkoholfogyasztás prevalenciája szignifikáns csökkenést mutatott** (EH=0,412). 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.)

Az alapállapot-felmérés és a végállapot-felmérés során gyűjtött adatok nem adtak arra bizonyítékot, hogy kimutatható mértékben javult általában a diabétesz szűrés-gondozás hatékonysága a praxisközösségekben, de a hipertóniás betegek közt szignifikáns mértékben javult a célérték-elérés; ebből a szempontból már eredményes volt a Modellprogram.

D.1.5. KÖVETKEZTETÉSEK

Az intervenció területén végzett alapállapot-felmérés és végállapot-felmérés eredményei alapján úgy tűnik, hogy **a preventív szolgáltatások elindítása a praxisközösségekben sikeres volt**. Az egészségi állapot felméréshez, illetve a háziorvos 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, és amik nem igényelték a szolgáltatások hatékonyabb nyújtásához a szakellátói támogatást.

A praxisközösségekben ellátott felnőttek tapasztalatai még nem érték el azt a kritikus mennyiséget, illetve még **nem telt el elég idő a hatások kifejlődéséhez, hogy a felnőttek ismeretei és attitűdje a kívánatos irányba változzon**. A detektált változások részlegesnek mutatkoztak. A táplálkozási ismeretek teljes mintán megfigyelt pozitív irányú változása mellett romák körében észlelt kedvezőtlen változás volt az egyetlen végpont, ahol eltérő volt általában a felnőttek és a roma felnőttek vizsgálati eredménye. Hasonlóan 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) prognóza, eredmény jellegű gondozási alapindikátorai közül **a hipertóniás betegek célérték alatti részaránya már növekedést mutatott. A többi végponton még nem lehetett változást kimutatni.** De ezeken a végpontokon várható legkésőbb a preventív szolgáltatások pozitív hatásának megnyilvánulása; azaz a praxisközösségi tevékenység egyik legfontosabb céljának elérése, az egészségveszteségek kimutatható csökkentése.

Az alap- és végállapot-felmérés alapján **populációs szintű egészségnyereség még csak néhány ponton volt kimutatható**, de a háziorvos által nyújtható preventív szolgáltatások igénybevételének jelentős javulása már általános nyereségnek mutatkozott. A fejlődés nem volt diszkriminatív: **majdnem minden vonatkozásban ugyanolyan trendek érvényesültek a romák között, mint az ellátott populációban általában.** Mivel az ellátási protokollok mögött tudományos bizonyítékok állnak, az intenzívebb prevenciós szolgáltatások miatt az egészségi állapot szintjén is meg fog jelenni a praxisközösség tevékenységének a haszna, ha a praxisközösségi működési forma a továbbiakban is fennmarad; ha lesz idő a hatások kifejlődéséhez. Azaz a monitorozási eredmények ismeretében felülvizsgált protokollok mentén érdemes volna folytatni a praxisközösségek munkáját.



D.2. LAKOSSÁGI ELÉGEDETTSÉG ÉS ATTITÚD VÁLTOZÁS A VÉGÁLLAPOT-FELMÉRÉS ALAPJÁN AZ INTERVENCIÓS TERÜLETEN A KONTROLL POPULÁCIÓHOZ KÉPEST

D.2.1. AZ ELÉGEDETTSÉG ÉS ATTITÚD MÉRÉSE

A fejezet célja áttekinteni a modellprogram eredményeit a klienseknek az egészségügyi ellátással és a többlétszolgáltatásokkal kapcsolatos elégedettségének, valamint az attitűdjeinek vonatkozásában. A modellprogram zárásaként a praxisközösségek ellátási területén, és a lakosság szocio-demográfiai jellemzői szempontjából az intervenciós településekhez hasonló területen 2000 fő körében **kérdőíves adatfelvételre** került sor. A kvantitatív vizsgálat fő célkitűzése az volt, hogy kiderüljön, az intervenciós területen élő kliensek érzékelték-e, hogy a program keretében megvalósuló többlet szolgáltatások eredményeképpen **javult az egészségügyi ellátás a településen?** A másik tisztázandó kérdés az volt, hogy az intervenciós településeken élő populációt **jobban jellemzi-e az egészségtudatos magatartás és tájékozottabbak-e** a krónikus betegségükkel kapcsolatban, mint a kontroll területen élők?

D.2.2. A ZÁRÓÉRTÉKELÉS

A záróértékelésben részt vett a modellprogramban érintett négy praxisközösség valamennyi felnőtt háziorvosa, összesen 21 fő. A kontroll települések a KSH adatai alapján lettek kiválasztva oly módon, hogy településtípus és a népesség száma alapján minél inkább megfeleljenek az intervenciós területnek. A háziorvosokat az OEP/NEAK-tól kapott elérhetőségeken kerestük meg, a jelentkezés önkéntes volt. Húsz Praxis került kiválasztásra, ezek közül többen lemorzsolódtak különféle okokból, végül 14 praxisból kerültek ki a felkért kliensek.

D.2.2.1. A célpopuláció

A záróértékeléshez kapcsolódó felmérésben két célpopuláció azonosítható: **intervenciós- illetve kontroll csoport.** Az intervenciós csoport a projektben részt vevő praxisok által lefedett, azaz intervenciós településeken élő felnőtt lakosság esetdefiníciók szerint kiválasztott mintája. A kontroll csoport a projekt által nem érintett településen élő, de azonos



esetdefinícióba tartozó lakosság, azonos méretű mintája. A kontroll csoport bevonása biztosítja, hogy az intervenció eredményességét megbízhatóan lehet megítélni.

Az esetdefiníciós lista alkalmazása lehetővé tette, hogy a Mintaprogram által megcélzott, ismert betegség nélküli **átlagpopulációra és - népegészségügyi szempontból kiemelt- betegségekre, illetve rizikó állapotokra vonatkozóan is lehessen összehasonlítást** végezni az intervenció és a kontroll csoport attitűdje és elégedettsége között.

D.2.2.2. Alkalmazott módszertan

A kliensek megkeresése a kérdezőbiztosok által mind az intervenció területén, mind a kontroll területén a közreműködő **házi orvosok és praxis szakdolgozók** segítségével történt. Ők kérték meg előzetesen az **OEP/NEAK által leválogatott TAJ**-okra vonatkozóan a kliensek beleegyezését a kérdőíves felmérésben való részvételre. Az intervenció praxisok és a közreműködő kontroll praxisok TAJ-körének célzott leválogatását az OEP/NEAK végezte el a kontroll praxisok közreműködési nyilatkozatának birtokában, az ún. **szűrő BNO kódokra**. Ezt követően a BNO szűrés eredményeként kapott klienskör sorrendbe rendezése következett (szintén az OEP/NEAK által) esetdefiníciós csoportonként azonos elv szerint. Ennek során a BNO diagnózis dátuma szerint kerülnek sorba rendezésre az egyes kliens csoportok esetdefiníciós csoportonként. Tehát valamennyi esetdefiníciós csoportban aszerint lettek sorba állítva a kliensek, hogy a betegségük mikor lett diagnosztizálva. A lista elejére kerültek azok a kliensek, akik betegségére a Modellprogram futamideje alatt derült fény.

A közreműködő házi orvosok feladata volt, hogy az OEP/NEAK által összeállított listán szereplő, különböző esetdefiníciós csoportokba sorolt pácienseket felkérje a kutatásban való részvételre. A házi orvosi megkeresések a listán meghatározott sorrend szerint történtek, mivel elsősorban azon személyek megkeresésére törekedtünk mind az intervenció, mind a kontroll területén, akiknél **a diagnózis és terápia indítása újonnan, illetve a Program futamideje alatt történt**. Attól függően, hogy a különböző esetdefiníciós csoportokba sorolás alapját képező diagnózis mikor került felállításra, megkülönböztettünk **1. és 2. klienskört**. A két klienskörbe tartozó páciensek számát előzetesen meghatároztuk a házi orvosok számára.

Az OEP/NEAK által összeállított listán a páciensek TAJ-száma mellé adatvédelmi okból az adatfeldolgozás során használt sorszámot, ún. **pszeudo-TAJ**-t rendeltek.

D.2.2.3. A minta összetétele

A kutatás során alkalmazott esetdefiníciós csoportok kiválasztásakor az adott betegség népegészségügyi jelentősége volt meghatározó. Ennek megfelelően, a jól definiálható és nagy prevalenciájú kardio-metabolikus csoportban volt a legmagasabb a kliensek száma. Kisebbsúllyal kerültek a mintába a népegészségügyi szempontból fontos, de az OEP/NEAK adatai által nehezebben behatárolható betegségekben szenvedő páciensek. Utóbbi esetdefiníciós csoport esetében az elemszám meghatározásánál az elemezhetőség volt az elsődleges szempont. Az **intervenciós területen 1022 fő, kontroll területen 1004 fő** bevonásával zajlott a kérdőíves adatfelvétel. A praxisok az észak-alföldi és az észak-magyarországi régióból kerültek kiválasztásra, Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar, Heves és Jász-Nagykun-Szolnok megyében, néhány kliens Csongrád megyében él. **A releváns változók tekintetében a két minta között nem volt szignifikáns eltérés**, így az eredmények alfejezetben ismertetett mutatóknál mért különbségek nem magyarázhatóak az intervenciós- és a kontroll minta eltérő sajátosságaival. Az intervenciós területen kérdezett kliensek közül minden ötödik roma származású, a kérdezőbiztos megítélése szerint. Ez az arány a kontroll praxisokban 12% volt. Az átlagos életkor az intervenciós területen 51,3 év volt (SD=15,4), a kontroll mintában 51,9 év (SD=15,68).

T62. Az intervenciós- és kontroll terület klienseinek megoszlása esetdefiníciós csoportonként és klienskörönként

EDCS száma	Esetdefiníciós csoport	INTERVENCIÓS			KONTROLL		
		Klienskör - Fő (%)		Fő (%)	Klienskör - Fő (%)		Fő (%)
		1.	2.		1.	2.	
1	Átlagpopuláció	100 (100,0)		100 (9,8)	112 (100,0)		112 (11,3)
2	Cukorbeteg	173 (64,8)	94 (35,2)	267 (26,1)	100 (42,6)	135 (57,4)	235 (23,5)
3	Hypertóniások	167 (63,7)	95 (36,3)	262 (25,6)	129 (49,8)	130 (50,2)	259 (25,9)
5	Degeneratív mozgásszervi	46 (31,9)	98 (68,1)	144 (14,1)	40 (32,2)	84 (67,8)	124 (11,7)
8	Depressziósok	46 (46,0)	54 (54,0)	100 (9,8)	47 (39,8)	71 (60,2)	118 (11,9)
9	Krónikus vesebeteg	28 (70,0)	12 (30,0)	40 (3,9)	25 (61,0)	16 (39,0)	41 (4,2)
10	Hyperlipidaemiások	49 (45,0)	60 (55,0)	109 (10,7)	57 (49,6)	58 (50,4)	115 (11,5)
Össz.		509 (55,2)	413 (44,8)	1022 (100)	469 (46,7)	535 (53,3)	1004 (100)



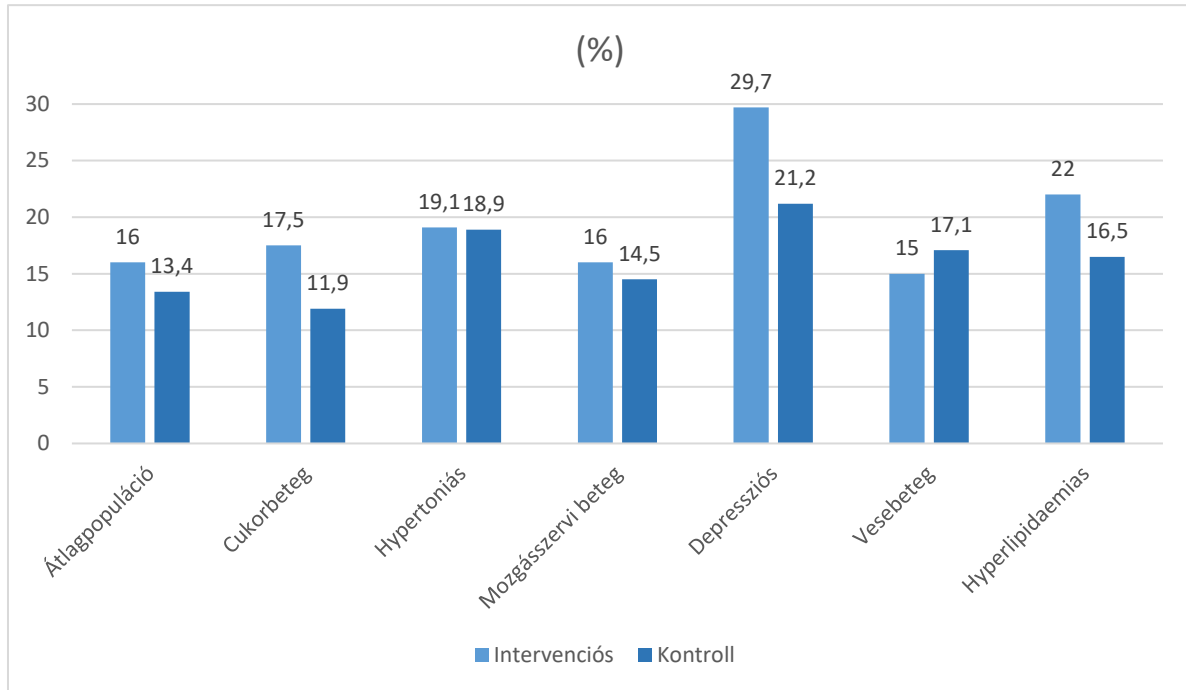
Adatok forrása: Lakossági attitűd kérdőív

D.2.2.4. Az egészségi állapot önértékelése

Mind a modellprogram által érintett területen, mind a kontroll területen a kliensek **szubjektív egészségi állapota közepesnek mondható**, ez nem meglepő, tekintettel arra, hogy a vizsgálatba főként krónikus betegek kerültek be. Esetdefiníciós csoportok szerinti bontásban vizsgálva az adatokat megállapítható, hogy a várakozásoknak megfelelően **az ismert betegség nélküli átlagpopuláció értékeli a legpozitívabban a saját egészségi állapotát**. Ettől valamelyest elmarad a magas vérnyomás betegségben szenvedők és a hyperlipidaemiások értékelése. Feltehetőleg azért ezek a kliensek értékelték a legpozitívabban a saját egészségi állapotukat, mert ezek a betegségek korlátozzák legkevésbé a mindennapi életüket. A legalacsonyabb átlagot a krónikus vesebetegek között mértük, aminek magyarázata a komorbiditás lehet. Utóbbiak között volt legmagasabb azok aránya, akik úgy vélik, az elmúlt három év során romlott az egészségük.

A krónikus vesebetegek kivételével **valamennyi esetdefiníciós csoportban az intervenciós területen volt magasabb azoknak az aránya, akik úgy érzik, hogy az elmúlt három év során javult az egészségi állapotuk**. A legnagyobb eltérést a depressziósok között mértük (8,5%). A vesebetegek körében a kontroll területen 2,1%-kal többen mondták azt, hogy úgy érzik, javult az állapotuk. Ez utóbbi betegkörben sem mondhatjuk azt, hogy a modellprogram által érintett területen rosszabb eredmények születtek volna, mivel az intervenciós praxisokban többen vélik úgy, hogy stagnál az állapotuk, míg a kontroll területen hat százalékpontnyival magasabb azoknak a klienseknek az aránya, akik állapot romlásról számoltak be.

F57. Azon kliensek aránya, akiknek az önértékelt egészségi állapota javult a Program ideje alatt



Adatok forrása: Lakossági attitűd kérdőív

Az intervenció területén élők kedvezőbb helyzete még egyértelműbben kirajzolódik akkor, ha csak azokat a pácienseket vizsgáljuk, akiknél a krónikus betegséget a program kezdete előtt diagnosztizálták. Mindez vélhetően a Modellprogram hatékony működésével magyarázható. Mivel azonban a vizsgálat elsősorban a modellprogram segítségével kiszűrt betegekre fókuszált, ezért a kettes klienskörben alacsonyok az elemszámok ahhoz, hogy messzemenő következtetéseket vonhassunk le.

D.2.2.5. A modellprogram ismertsége

A modellprogram által érintett településeken a válaszadók **89%-ának van tudomása arról, hogy lakóhelyén szervezett egészségügyi szűrés zajlik**, 5,3% szerint nincsen ilyen, a fennmaradó 5,7% nem tudott válaszolni a kérdésre. Valamivel kevesebben, 78,7%-nyian tudtak arról, hogy a településen van lehetőség részt venni **gyógytornán**, 13,6% határozott nemmel válaszolt a kérdésre. Hasonló arányban tudtak arról, hogy van a helységben **diétás tanácsadás** (75,8% és 14,2%). Tízből csak heten válaszoltak igennel arra a kérdésre, hogy



vannak-e a lakóhelyén **egészségfejlesztő rendezvények**, a bizonytalanok és a nemmel válaszolók aránya közel azonos volt. Még alacsonyabb, 64,2% volt azok aránya, akiknek tudomása van **egészséges életmóddal kapcsolatos csoportfoglalkozásokról**, vagy klubok működéséről. Az utóbbi kérdésre majdnem minden ötödik kérdezett nemmel válaszolt, és 16,1%-nyian nem tudtak határozottan válaszolni.

A modellprogramhoz kapcsolódó többlet szolgáltatások és a kérdezett egészségi állapota között nem találtunk szignifikáns kapcsolatot. Sem a válaszadó szubjektív egészségi állapota, sem pedig az nem befolyásolta a válaszadást, hogy van-e a kérdezettnek valamilyen diagnosztizált krónikus betegsége, vagy az ismert betegség nélküli átlagpopulációhoz tartozik. A χ^2 -próba egyik változó tekintetében sem volt szignifikáns.

D.2.2.6. Szűrővizsgálaton való részvétel

Az elmúlt három évben a projekt során érintett településeken a kérdezettek túlnyomó többsége, 855 fő (83,6%) részt vett olyan szűrővizsgálaton, amelyre a háziorvosi rendelőn kívül került sor. Ez mindenképp a program sikereként értékelhető, a kontroll mintában ez az arány mindössze **38,1%** volt.

A kliensek mozgósításában a háziorvosok jártak az élen. 622 fő (a szűrővizsgálaton megjelent kliensek 81,7%-a) említette a háziorvost, de nem elhanyagolható a **segéd-egészségőrök** szerepe sem, 158 beteg (20,8%) az ő ajánlásukra ment el szűrésre.

A kontroll területen nem csupán a szűrővizsgálaton részt vett kliensek aránya volt jelentősen alacsonyabb, de a háziorvost is alig több, mint a betegek fele említette. Viszonylag sokan (44,6%) nyilatkoztak úgy, hogy a szűrés lehetőségéről az alapellátástól független forrásból értesültek.

D.2.2.7. A szolgáltatások igénybevétele és elégedettség

Az egészségügyi szolgáltatások közül a praxisközösségekben a kliensek legtöbben a **háziorvosi rendelésen és a járóbeteg szakrendelésen** jelentek meg. Előbbit szinte kivétel nélkül mindenki, míg utóbbit tízből heten vették igénybe. Azok között, akik jártak már szakrendelésen, százból csupán három olyan beteg volt a mintában, aki három évnél régebben



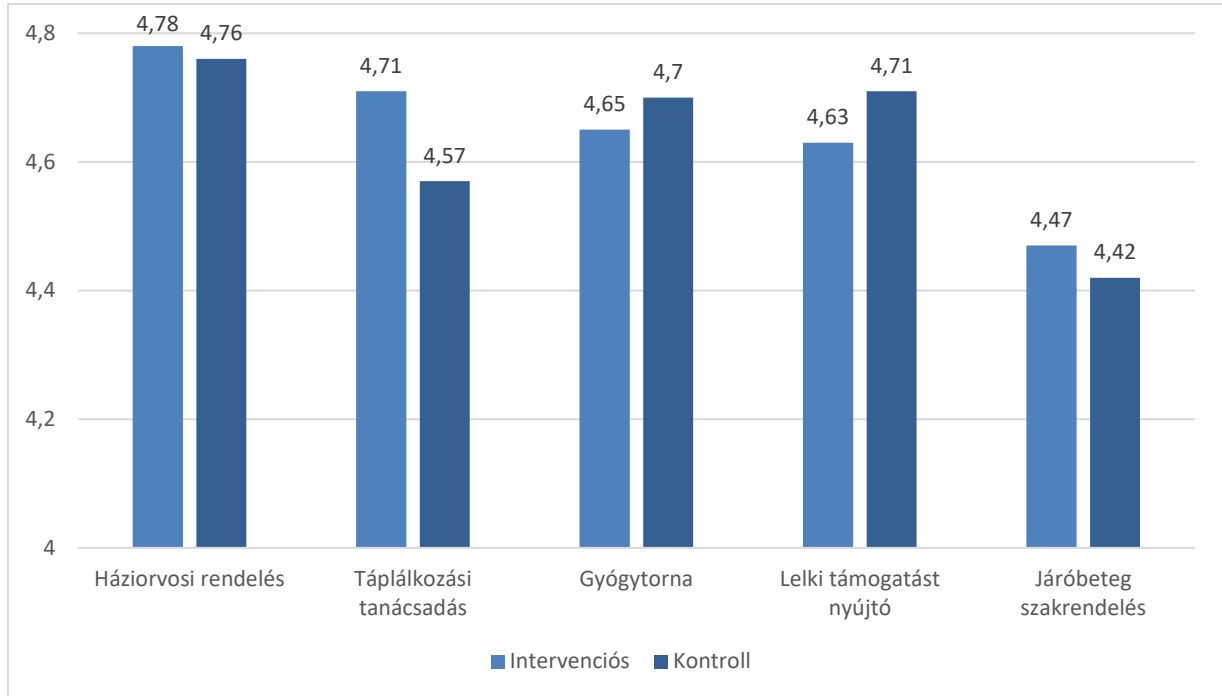
vette igénybe a szolgáltatást, a háziorvosát mindenki felkereste a program ideje alatt. A modellprogram által nyújtott **többszörös szolgáltatások** közül a betegek valamivel több, mint negyede vette igénybe a táplálkozási tanácsadást, valamivel kevesebben vettek részt mozgásjavító foglalkozáson vagy gyógytornán. Minden tízedik beteg részesült lelki támogatást nyújtó, stresszkezelő vagy életmódváltást elősegítő programban. Utóbbi három szolgáltatást szintén az elmúlt három évben vették igénybe jellemzően a kliensek (pszichológus: 84,5%; gyógytorna: 86,3%; dietetikus: 90,7%).

A kontroll-csoportban a praxisközösségekhez hasonlóan szinte minden beteg járt már a háziorvosánál, és többségük a járóbeteg szakrendelést is igénybe vette már. A többszörös szolgáltatások közül a leginkább a dietetikai tanácsadásnál volt kimutatható az intervenciós területen élők kedvezőbb helyzete, a praxisközösségek betegei közül majdnem háromszor annyian vettek részt táplálkozási tanácsadáson. (27,3% és 9,4%) A mozgásjavító foglalkozáson vagy gyógytornán, illetve lelki támogatást nyújtó programon valaha részt vettek aránya között a két almintában nem volt számottevő különbség.

Ha a projekt futamidejére leszűkítjük a vizsgálatot, akkor megállapítható, hogy az intervenciós területen **szignifikánsan magasabb azoknak a klienseknek az aránya, akik az elmúlt három évben vettek részt a vizsgált foglalkozásokon.**

A kliensek a háziorvosi rendeléssel voltak leginkább elégedettek, öt fokozatú skálán az átlag 4,78 volt. Ettől alig maradt el a dietetikai tanácsadás 4,71-es átlaggal. Valamivel alacsonyabbra értékelték a gyógytornát (4,65) és a pszichológiai programot. A legkevésbé a járóbeteg szakrendeléssel voltak elégedettek a válaszadók, bár a 4,47-es átlag kifejezetten magasnak mondható.

F58. Az egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettség átlagai (1-5) területenként



Adatok forrása: Lakossági attitűd kérdőív

A **házi orvosi rendelésen** megfelelő időpontot találni nem okozott gondot a betegek háromnegyedének, 94%-uknak nem jelentett problémát az utazási költségek kifizetése sem. A házi orvos és a betegek bizalmi kapcsolatára utal, hogy a kérdezettek túlnyomó része őszintén meg tudta beszélni a problémáit az orvossal, kérdéseire kielégítő és laikusok számára is érthető válaszokat kapott. A házi orvosok leterheltsége ellenére, a betegek 87%-a úgy nyilatkozott, hogy elegendő volt a rendelésen rendelkezésre álló idő. 81,3% szerint javult az állapota vagy megoldódott a problémája a rendelésen való megjelenése után. Az egyéb szolgáltatásokkal is jellemzően elégedettek voltak a kliensek, a járóbeteg **szakrendelésre** megfelelő időpontot találni a betegek közel ötödének problémát jelentett, és hasonló arányban voltak olyanok, akik úgy érezték, hogy nem kaptak minden kérdésükre kielégítő választ.

A **dietetikai** tanácsadáson részt vett kliensek elégedettebbek voltak a szolgáltatással az intervenció területén, mint a kontroll paxisokban. Kevésbé okozott nehézséget megfelelő időpontot találniuk, az alkalmakra való eljutás költségei sem jelentettek problémát, szemben



a kontroll területen élőkkel, ahol minden tízedik válaszadó számára komoly anyagi terhet jelentett a foglalkozásra való eljutás. Az **egészségpszichológus** és a **gyógytornász** által vezetett foglalkozások esetében hasonlóan pozitívan ítélték meg a kliensek a foglalkozások megközelíthetőségét, a rendelkezésre álló időt, és a szakemberektől kapott tájékoztatás részletességét és érthetőségét. A foglalkozásoknak helyet biztosító rendelő vagy egyéb helyiség minőségét a kontroll mintában szereplők pozitívabbnak ítélték meg.

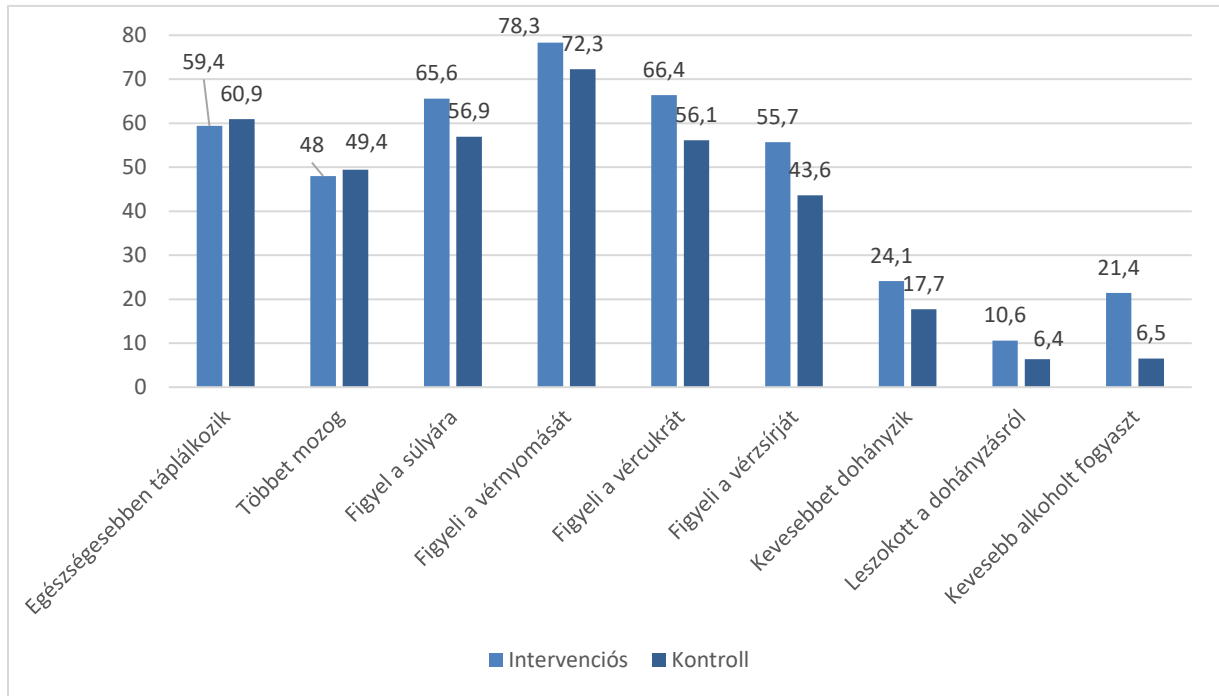
A krónikus betegektől megkérdeztük, hogy mennyire elégedettek a betegségük **felfedezésének és a figyelem felkeltésének idejével, az állapotukról kapott tájékoztatással, az ellátó személyzettől kapott figyelemmel, valamint az elérhető szolgáltatásokkal?** Mind a négy kérdésben elégedettnek mondhatók a kliensek, egyik kérdésre adott válasz esetében sem volt az átlag négy alatt (1-5-ig terjedő skálán kellett értékelni.). Ha az intervenciós és a kontroll csoportot összehasonlítjuk, akkor ezekre a kérdésekre adott válaszok tekintetében **nem látszik számottevő eltérés** a két minta között.

D.2.2.8. A kliensek attitűdjei

A program ideje alatt a válaszadók többsége **saját megítélése szerint egészségtudatosabbá vált.** Az intervenciós almintában a kliensek 33,8 %-a ötfokú Likert-skálán négyes pontszámot adott arra a kérdésre, hogy mennyivel többet foglalkozik az elmúlt három évben az egészségével. További 45,1% ötös osztályzatot adott. Ezek az arányok a kontroll-csoportban 17,9% és 50,9%.

A két minta összevetéséből megállapítható, hogy azokon a településeken, ahol a program működött, **a kliensek nagyobb arányban változtattak korábbi attitűdjeiken.** Ez még akkor is pozitív eredmény, ha egyes kérdéseknél a válaszok valamelyest szubjektívek. Különösen örömteli, hogy olyan ellenőrző vizsgálatok esetében, mint a vérnyomás ellenőrzés, vércukor- vagy vérsír mérésében szignifikáns különbség volt a két csoport között. Olyan rizikómagatartások tekintetében, mint a dohányzás vagy az alkohol fogyasztás, szintén jelentős különbség volt a minták között.

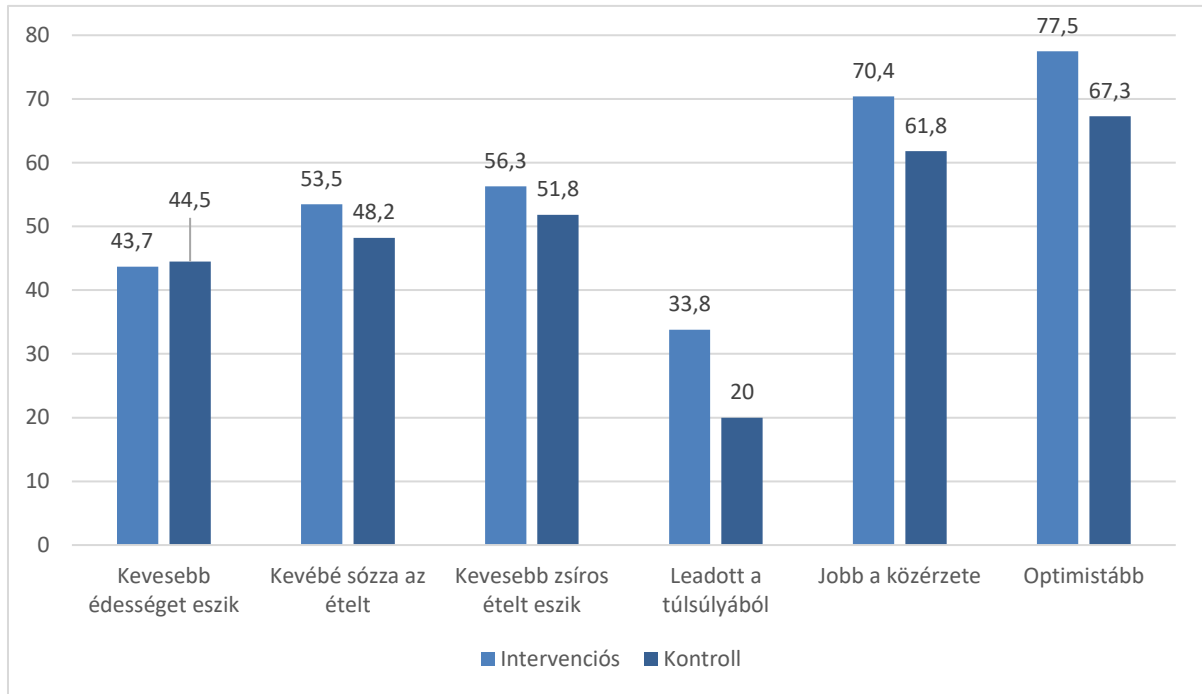
F59. Az életmóddal kapcsolatos attitűdök változásai a Program futamideje alatt



Adatok forrása: Lakossági attitűd kérdőív

A kérdezettek krónikus betegségéhez közvetlenül nem köthető attitűdjeire rákérdezve is az látható, hogy az **intervenciós területen élők tudatosabbak**. Ez kulcsfontosságú lehet az állapotromlás és további krónikus betegségek kialakulásának megelőzésében.

F60. Az ismert krónikus betegségben nem szenvedők attitűdjeinek változása területenként



Adatok forrása: Lakossági attitűd kérdőív

Az intervenció területén a válaszadók 70,4%-a úgy vélte, hogy az elmúlt három év során **pozitív irányban változtatott az életmódján**, egészsége megőrzése érdekében. Ez az arány a kontroll mintában 58% volt. Azoknak az aránya, akik nem is próbáltak egészségesebben élni a vizsgált időszakban, 15,5% volt, míg a kontroll csoportban minden negyedik kliens ezt a választ adta.

A kliensek attitűdjeinek vizsgálatakor arra is kíváncsiak voltunk, hogy mennyire bíznak meg az egészségügyi szakemberekben, és melyek azok a problémák, amelyek megoldásához professzionális segítséget is igénybe vennének. Az olyan betegségek esetében, amelyek **közismerten súlyos problémát jelentenek**, mint a magas vérnyomás vagy a magas vércukorszint, **nincsen számottevő eltérés** a két csoport között. Szinte kivétel nélkül mindenki úgy nyilatkozott, hogy orvoshoz fordulna, ha ezzel a problémával szembesülne. Olyan betegségek esetén, amelyek megoldásához **kevésbé evidens** a szakemberek segítségének igénybevétele, **az intervenció mintában szignifikánsan többen mondták azt, hogy segítséget**



kérnének. Ilyen problémák voltak a túlsúly, a dohányzásról való leszokás, vagy a túlzott alkohol fogyasztás.

Amikor általánosságban kérdeztünk arra rá, hogy a válaszadók milyen mértékben tartják azt fontosnak, hogy a különböző egészségügyi kockázatokat rejtő dolgokkal foglalkozzanak az emberek, akkor mindkét csoportban magas értékeket kaptunk. Ezzel együtt elmondható, hogy az **intervenciós mintában még inkább tisztában voltak a felvetett problémák jelentőségével.**

D.2.3. ÖSSZEGZÉS

A Modellprogram zárásaként lebonyolított kérdőíves adatfelvétel eredményeiből megállapítható, hogy az érintett praxisközösségekhez tartozó páciensek **általánosságban valamivel elégedettebbek**, mint azok a hasonló szocio-demográfiai háttérű betegek, akiknek lakóhelyén nem voltak elérhetőek azok a többlet szolgáltatások, amelyeket a program nyújtott. Emellett a betegséggel kapcsolatos **ismereteik is szignifikánsan jobbak voltak** az intervenciós területen élőknek. Az egészségügyi kockázatot jelentő magatartás gyakrabban fordult elő a kontroll-csoport tagjai között, akik kevésbé voltak motiváltak az életmód váltásban is. A keresztmetszeti vizsgálat nem alkalmas arra, hogy minden kétséget kizáróan bizonyítottnak tekintsük a kauzális kapcsolatot a Modellprogram és az érintett betegek pozitívabb attitűdjei között, de az adatok alapján feltételezhető, hogy a programban részt vevő szakdolgozók elkötelezettsége, az elérhető szolgáltatások, valamint a szűrővizsgálatok is hozzájárultak a lakosság szemléletének pozitívabbá válásához.



D.3. A PRAXISKÖZÖSSÉGI SZOLGÁLTATÁSOK HATÉKONYSÁGA A PRAXISOK ELHELYEZKEDÉSÉRE ÉS AZ ELLÁTOTTAK SZOCIO-DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐIRE KORRIGÁLT INDIKÁTOROK ALAPJÁN

D.3.1. HÁTTÉR

A háziiorvosi szolgálatok által végzett tevékenység minőségének és hatékonyságának javítása érdekében 2009 első félévében országosan egységes indikátorrendszert vezetett be az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP/NEAK), ami azóta több módosításon esett át. **A jelenleg működő indikátorrendszer szakmai alapját a 11/2011 NEFMI rendelet a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok értékelésének egyes szabályairól adja.** Az indikátorrendszerhez kapcsolódó finanszírozási szabályokat, az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999 kormányrendelet tartalmazza. A jogszabály 11. § (2) bekezdése értelmében „A háziiorvosi szolgálat a díjazás ellenében köteles a jogszabályokban előírt feladatokat ellátni, így különösen a dokumentált és havonta összesített gyógyítási munkát, gondozási feladatokat, megelőzési és szűrési tevékenységet. A finanszírozó a háziiorvosi szolgálat típusának megfelelő gyógyító-megelőző tevékenysége és adatszolgáltatása alapján havi rendszerességgel értékeli az indikátorok szerinti teljesítést, és erről értesíti az adott szolgálat működtetőjét.”

Ennek az egész országot lefedő monitoring rendszernek a lehetőségeit nyilvánvalóan ki kellett használni a Svájci Hozzájárulás SH/8/1 Alapellátás-fejlesztési Modellprogram által felépített praxisközösségek hatékonyságának értékelése során. A hatékonyság javulás értékelése szempontjából viszont problémát jelentett, hogy **a Modellprogram futamideje alatt bekövetkeztek olyan változások, amik az alapellátás hatékonyságát, és az indikátorok regisztrált értékeit befolyásolták.** Emiatt a praxisközösségekben megfigyelt változásokat csak akkor lehetett a Modellprogram többlétszolgáltatásainak a hasznaként értékelni, ha a praxisközösségi változásokat az országos trendekhez viszonyítva értékeltük. Ennek az intervenciós és kontroll populációk összehasonlításán alapuló megközelítésnek viszont olyan statisztikai rendszert kellett alkalmaznia, ami képes a praxisok teljesítményét jelentős mértékben meghatározó, de a háziorvos által nem befolyásolható tényezőktől minél inkább függetlenül, pusztán a háziiorvosi tevékenység minőségét elemezni.



A Debreceni Egyetem (DE) és az OEP/NEAK együttműködése keretében dolgozták ki azt a **továbbfejlesztett indikátorkészletet, ami a jogszabályban előírt indikátorok mellett a praxis-elhelyezkedésre (megyére, településtípusra) és az ellátottak szocio-demográfiai státuszára (életkori és nemi összetételére, képzettségére) korrigált, statisztikai teszttel értékelt indikátorváltozatokat is tartalmazta.** Mindezt annak érdekében, hogy (1) általában a háziorsvosi praxisokban folyó munka hatékonysága minél egyértelműbben megítélhető legyen, és hogy ennek az új indikátorrendszernek a segítségével (2) a praxisközösségek által nyújtott szolgáltatás haszna minél pontosabban értékelhető legyen.

D.3.2. MÓDSZEREK

Az elemzés teljes országot lefedő adatbázisát az OEP/NEAK-ban állították össze. A felnőtt és vegyes háziorsvosi szolgálatok indikátorképzéséhez használt alapadatbázist **5 éves korcsoportos és nemenkénti bontásban**, a 2012 első negyedével kezdődő (Q1) és 2016 második negyedével végződő (Q18) időszakra vonatkozóan, **negyedévekre vonatkozóan bocsátották rendelkezésünkre.**

Minden indikátor esetében sor került a nyers gyakoriságok és a kor, nem, képzettség, megye és településtípus szerint korrigált relatív gyakoriságok (standardizált prevalencia hányados, SPH) meghatározására. Az indikátorokat a Modellprogram által lefedett területeken működő háziorsvosi szolgálatok egészére (SH/8/1), az egyes praxisközösségekre (Berettyóújfalui, Borsodnádásdi, Hevesi, Jászapáti Praxisközösségek) és a Modellprogramban nem résztvevő szolgálatokra (nem SH/8/1) számítottuk.¹³⁹

A nem korrigált mutatók időtrendjének értékelésekor a negyedévek végén számított indikátorok értékét vettük figyelembe praxisközösségenként és a Modellprogram teljes intervenciós területén összegezve. Viszonyításként az országban regisztrált (nem SH/8/1) trendet használtuk.

¹³⁹ A Modellprogram praxisközösségeihez tartozó felnőtt vagy vegyes háziorsvosi szolgálatok azonosítói az alábbiak voltak:

- **Berettyóújfalui Praxisközösség:** 090090008, 090090009, 090090010, 090090178, 090090187, 090090189
- **Hevesi Praxisközösség:** 100090046, 100090122, 100090128, 100090135, 100090136
- **Jászapáti Praxisközösség:** 160090017, 160090018, 160090020, 160090034, 160090036
- **Borsodnádásdi Praxisközösség:** 050091027, 050091028, 050091079, 050091378, 050091501



Az adatfeldolgozás során meghatározásra került a megfigyelt esetszámok/gyógyszerkiváltások/vizsgálatok nem standardizált gyakorisága. A standardizált mutató előállítására a megyének, településtípusnak és relatív képzettségnek megfelelő korcsoportonkénti és nemenkénti referenciagyakoriság alapján, a várható esetszámok/gyógyszerkiváltások/vizsgálatok számának meghatározásával történt. A megfigyelt és várható esetszámok hányadosaként számított standardizált mutató referenciaértéktől való eltérését (és az átlagnál alacsonyabb, átlagos, vagy átlagnál magasabb kategóriák szerinti besorolását) az egzakt 95%-os megbízhatósági tartományok segítségével értékeltük. Amennyiben a megbízhatósági tartomány alsó és felső határa 1-nél nagyobb volt, úgy a kapott eredmény szignifikánsan kedvezőbb volt és magasabb besorolást kapott, mint az országos referencia érték. Ha a megbízhatósági tartomány alsó és felső határa 1-nél kisebb volt, akkor a kapott eredmény kedvezőtlenebb volt, és alacsonyabb besorolást kapott. (A kor, nem, képzettség, megye és településtípus szerint standardizált relatív gyakoriságot demonstráló ábrákon a referencia szinttől nem szignifikáns mértékben eltérő időszakok adatait szaggatott vonal illetve üres jelölő mutatja az ábrákon. A folyamatos vonal és kitöltött jelölő a szignifikáns eltérésekre utal.)

A jogszabályban meghatározott indikátorokat kiegészítettük a gondozott diabéteszes betegek (40-54 illetve 55-69 évesek körében regisztrált) prevalenciájával, és a 65 alatti krónikus betegségben (hipertónia, diabétesz, COPD, ischaemiás szívbetegség) szenvedők közti influenza átoltottság indikátorokkal.

D.3.3. EREDMÉNYEK¹⁴⁰

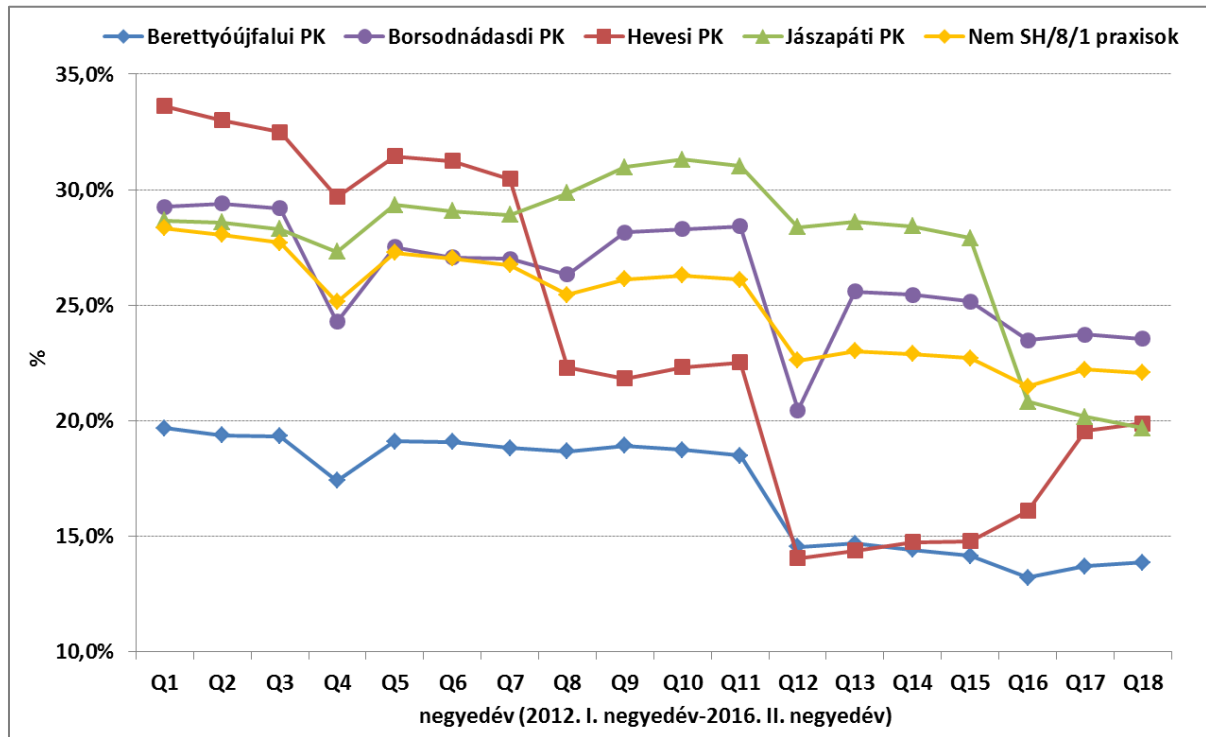
D.3.3.1. Az időskorú (65 ÉV FELETTI) népesség influenza elleni átoltottságának alakulása

A praxisközösségekben az influenza elleni védőoltásban részesülők aránya 2012. I. negyedévéhez képest folyamatosan csökkent. A Hevesi Praxisközösségben 2014. IV. negyedévéig jelentős csökkenés, majd enyhe növekedés volt megfigyelhető. Valamennyi

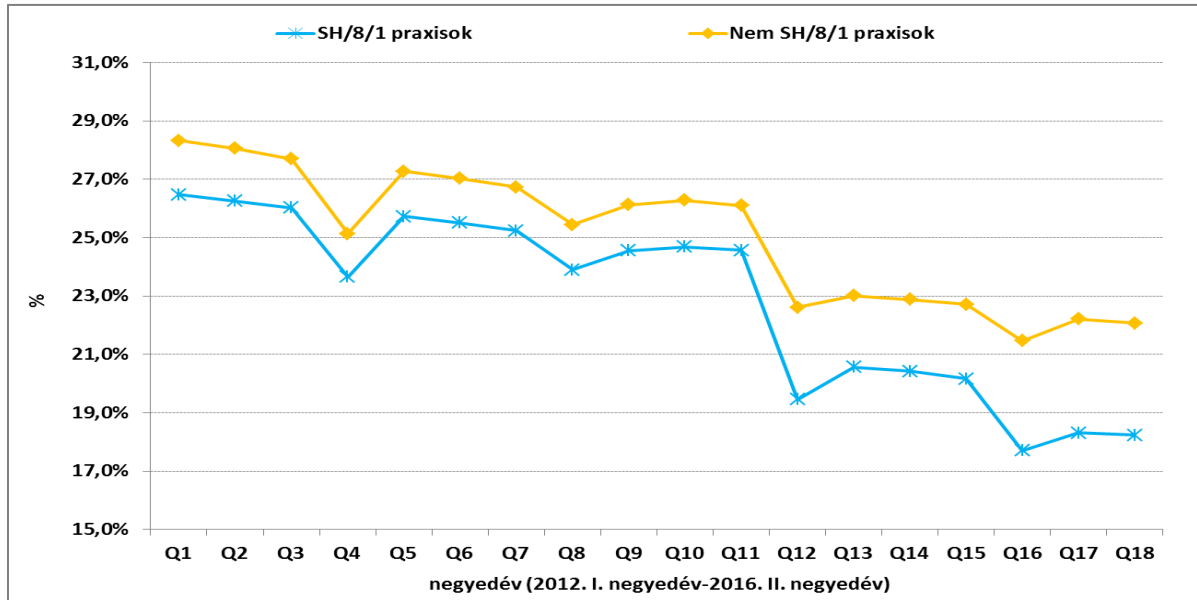
¹⁴⁰ A nyers alapellátási teljesítmény indikátor értékek (%), a szakmai indikátorok kor, nem, képzettség, megye és településtípus szerint korrigált relatív alapellátási teljesítményindikátorai (SPH), a gyógyszer-gazdaságossági indikátorok esetében kor, nem, megye és településtípus szerint korrigált relatív alapellátási teljesítményindikátorai (SPH), a Q1-Q18 időszakban negyedévente értékelve, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben (SH/8/1) valamint az ország összes többi felnőtt illetve vegyes házi orvosi szolgálatában (nem SH/8/1) mutatták a változásokat

negyedévben a Berettyóújfalui Praxisközösségben volt a legalacsonyabb az átoltottsági arány. F60. ábra) Az SH/8/1 praxisokban és a nem SH/8/1 praxisokban egyaránt csökkent a védőoltásban részesülők aránya. (F61.ábra)

F61. Influenza elleni védőoltásban részesülők arányának alakulása negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben

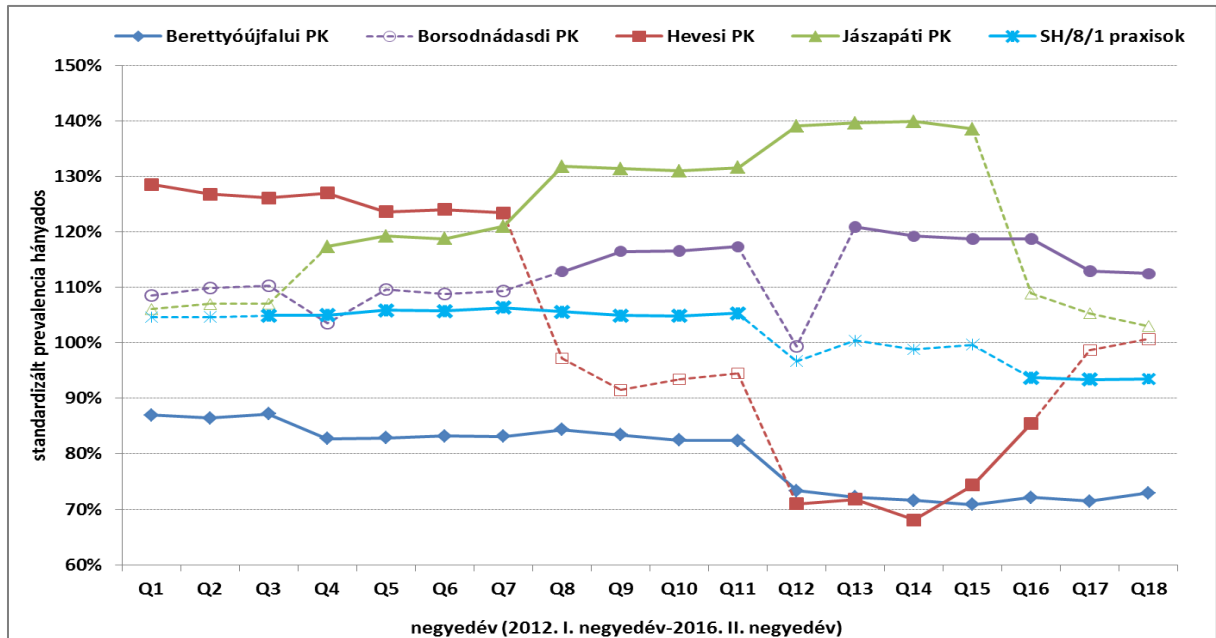


F62. Influenza elleni védőoltásban részesülők arányának alakulása negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



A Berettyóújfalui Praxisközösségben minden negyedévben szignifikánsan alacsonyabb volt az átoltottság, mint a referencia. A Jászapáti Praxisközösségben szignifikánsan javuló oltási arány végül átlagosra változott. A Borsodnádásdi Praxisközösségben 2015. I. negyedévtől szignifikáns emelkedést figyelhetünk meg. A Hevesi Praxisközösségben az oltási arány szignifikánsan magasról alacsonyra változott. Az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve az oltási arány 2015. IV. negyedévére szignifikánsan a referencia szint alá csökkent.

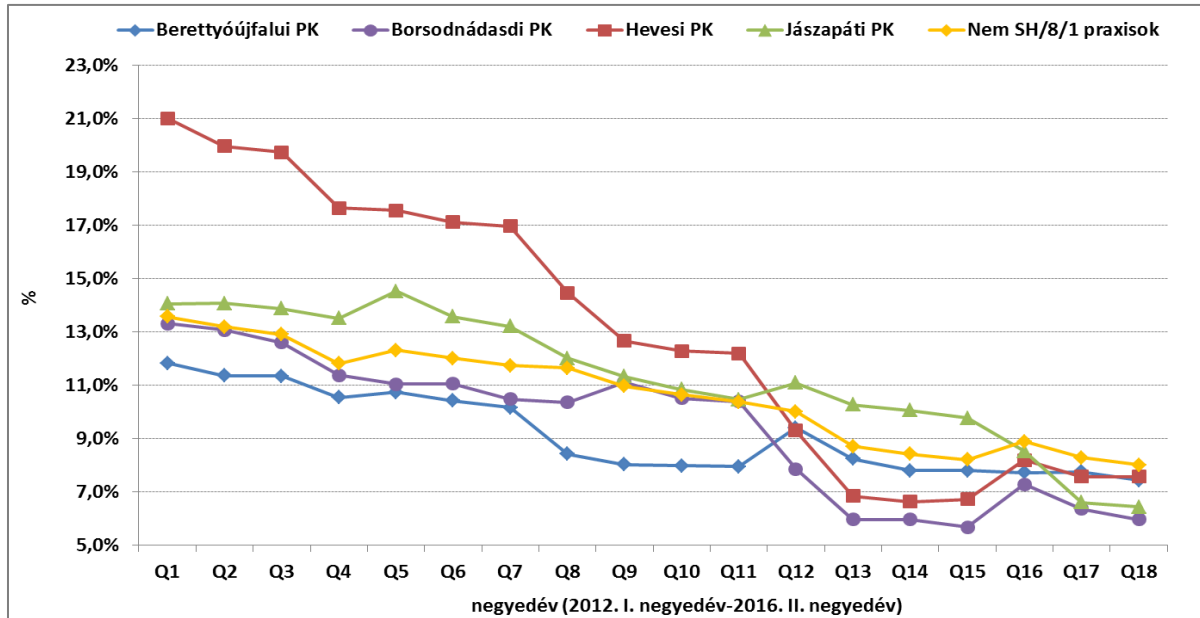
F63. Kor, nem, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív influenza elleni átooltottság negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenciós területen



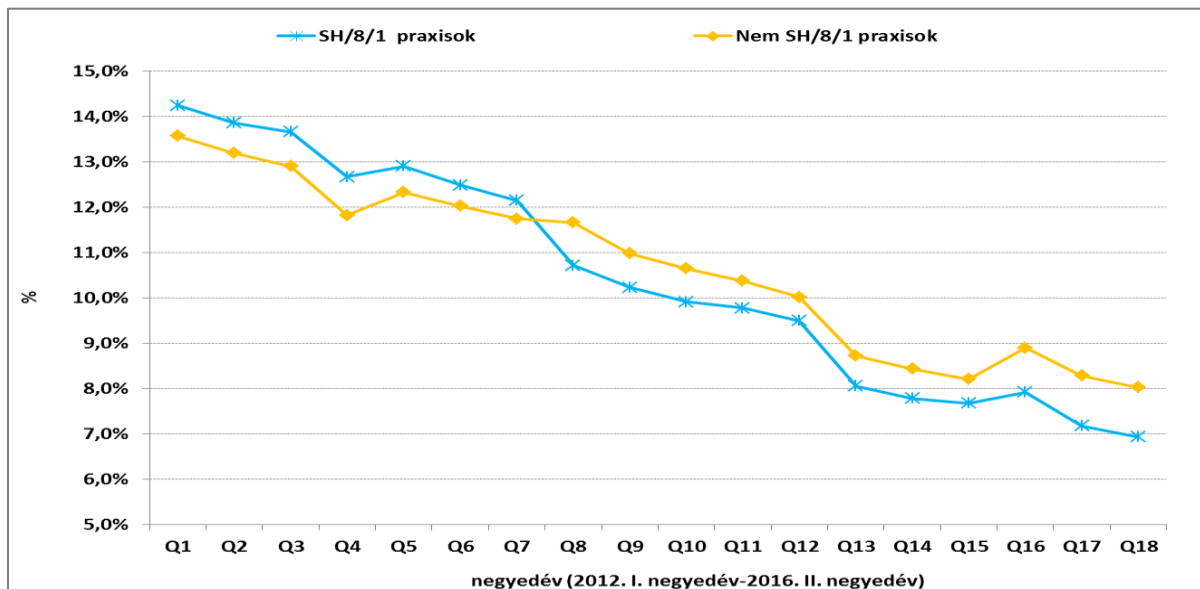
D.3.3.2. A 18 és 65 év közötti krónikus betegségben szenvedők influenza elleni átooltottságának alakulása

A praxisközösségekben az influenza elleni oltási arány csökkent. A Hevesi Praxisközösségben volt a legnagyobb a csökkenés mértéke. A legalacsonyabb átooltottság kezdetben Berettyóújfalu Praxisközösségben volt. (F64. ábra) Az SH/8/1 praxisokban és a nem SH/8/1 praxisokban egyaránt csökkent a védőoltásban részesülők aránya. (F65. ábra)

F64. Influenza elleni védőoltásban részesülő, 18-65 év közötti krónikus betegek aránya negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben

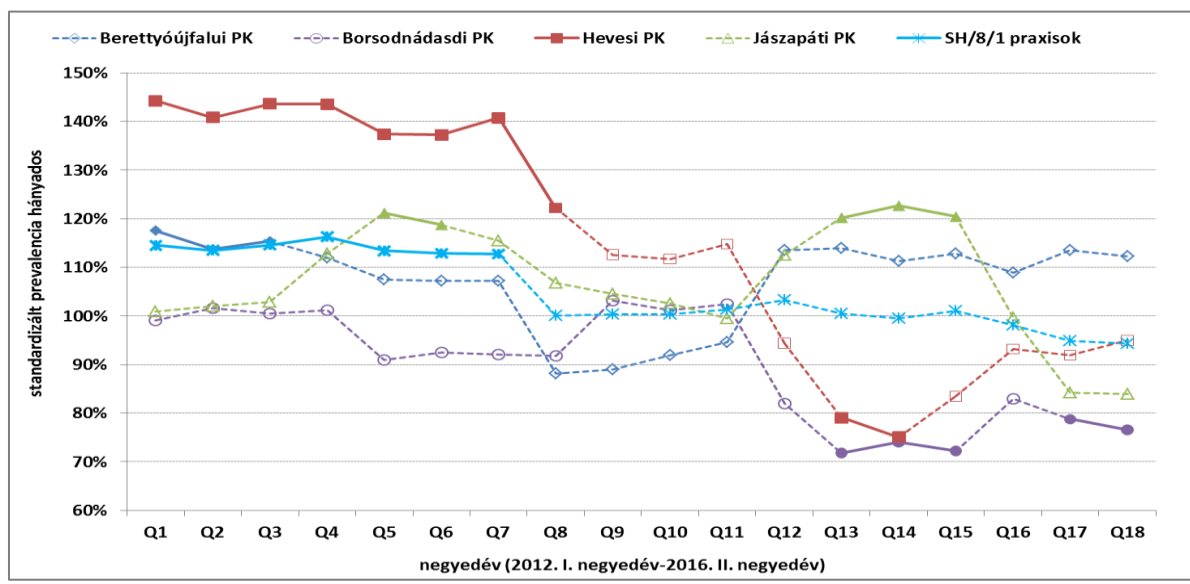


F65. Influenza elleni védőoltásban részesülő, 18-65 év közötti krónikus betegek aránya negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



A Jászapáti Praxisközösségben csak néhány negyedévben tapasztaltunk szignifikáns emelkedést, a Borsodnádásdi Praxisközösségben alacsonyra csökkent az átoltottság. A Hevesi és a Berettyóújfalui Praxisközösségben tapasztalt, kezdetben még a referencia szintnél szignifikánsan magasabb oltási arány csökkent és átlagosra változott. Az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve is hasonló tendenciát figyelhetünk meg.

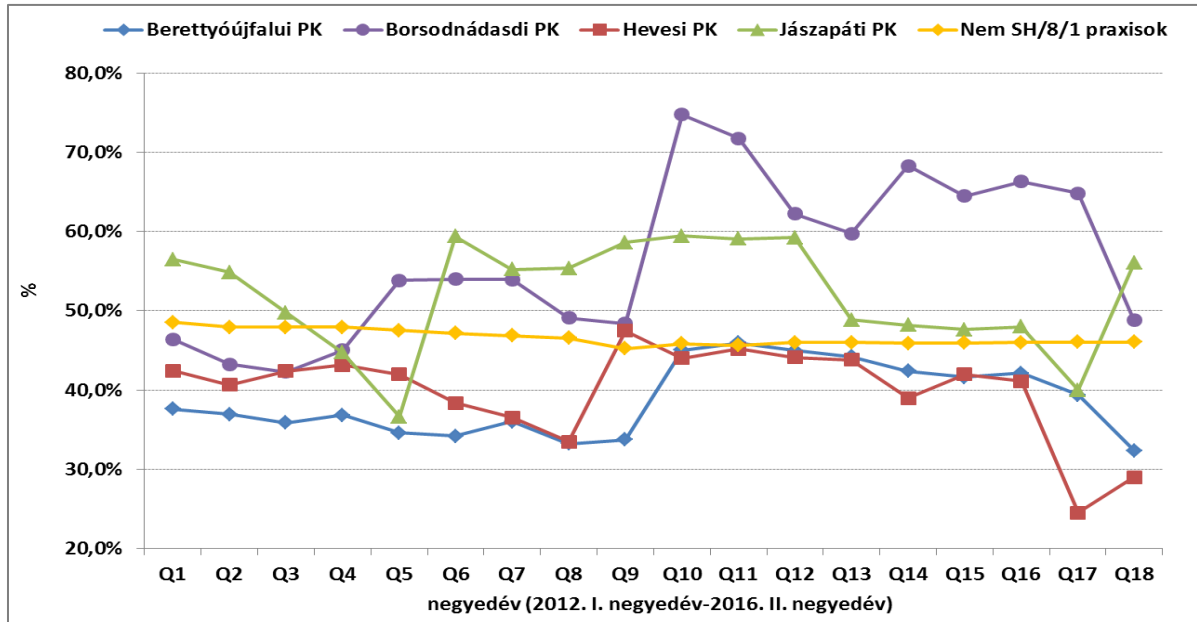
F66. Kor, nem, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív influenza elleni átoltottság negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenciós területen



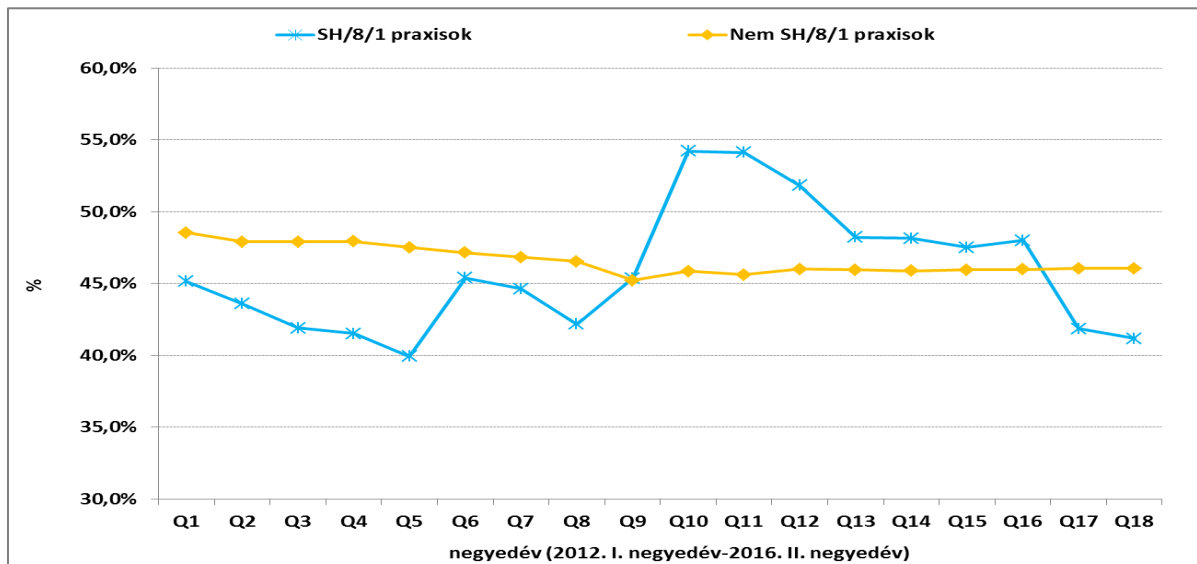
D.3.3.3. A 45-65 éves nők mammográfiás átszűrtségének alakulása

A legtöbb praxisközösségben a szűrésen részt vettek aránya 2016. II. negyedévre csökkent. A Borsodnádásdi Praxisközösségben volt a legmagasabb a megjelenés mértéke. A legalacsonyabb átszűrési arány a Berettyóújfalui és Hevesi Praxisközösségben volt megfigyelhető. (F67. ábra) Az SH/8/1 praxisokban az átmeneti növekedést követően csökkent a szűrésen jelentettek aránya, a nem SH/8/1 praxisokban jelentős változást nem tapasztaltunk. (F68. ábra)

F67. Mammográfias szűrésen részt vettek arányának alakulása negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben

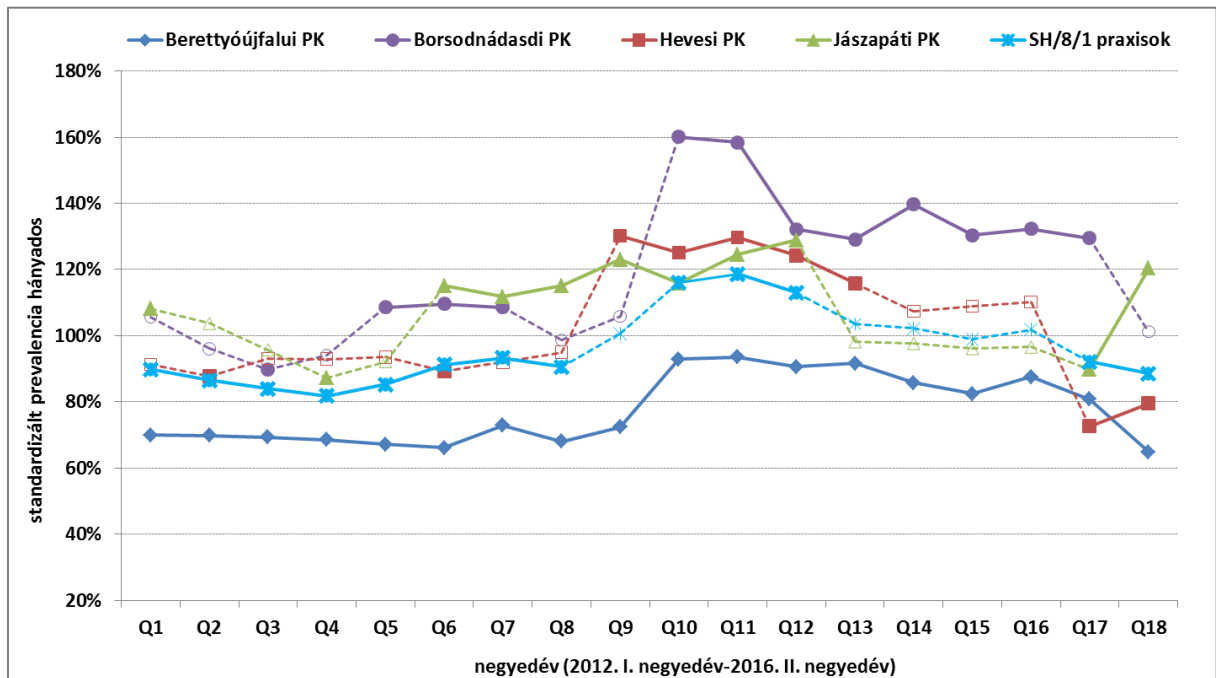


F68. Mammográfias szűrésen részt vettek arányának alakulása negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



Berettyóújfalui Praxisközösségben az átszűrtség minden negyedévben szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a referencia, a javuló tendencia ellenére is. A Borsodnádásdi Praxisközösségben az átszűrtség szignifikánsan magasabbról átlagosra változott. Az SH/8/1 praxisokban és a Hevesi Praxisközösségben a mammográfias átszűrtség szignifikánsan a referencia érték alá csökkent.

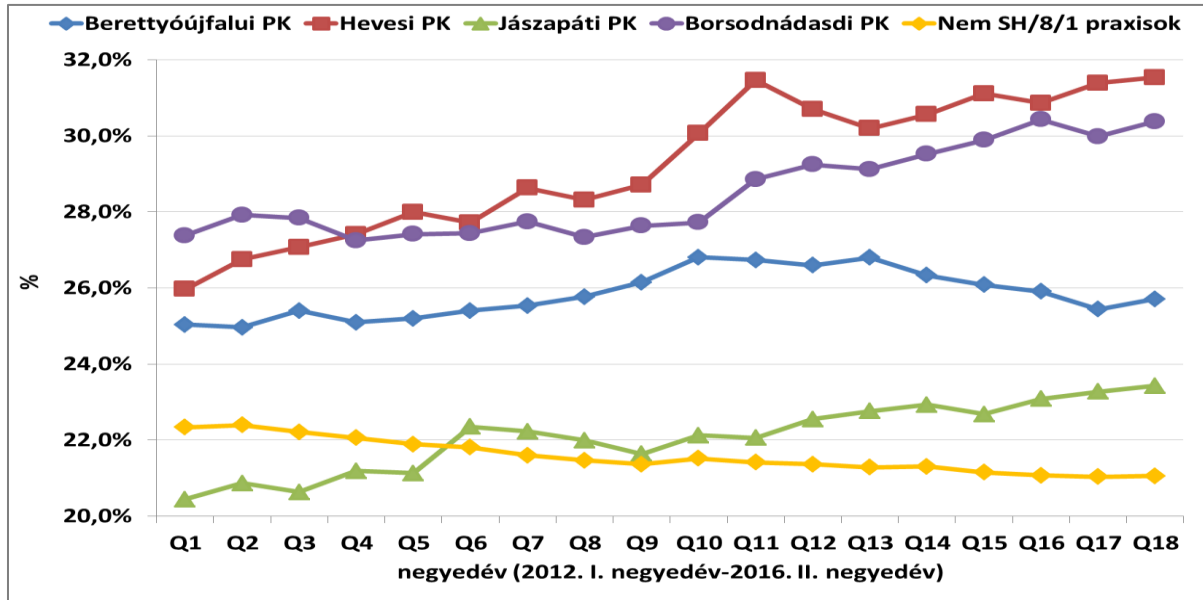
F69. Kor, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív átszűrési arány negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenciós területen.



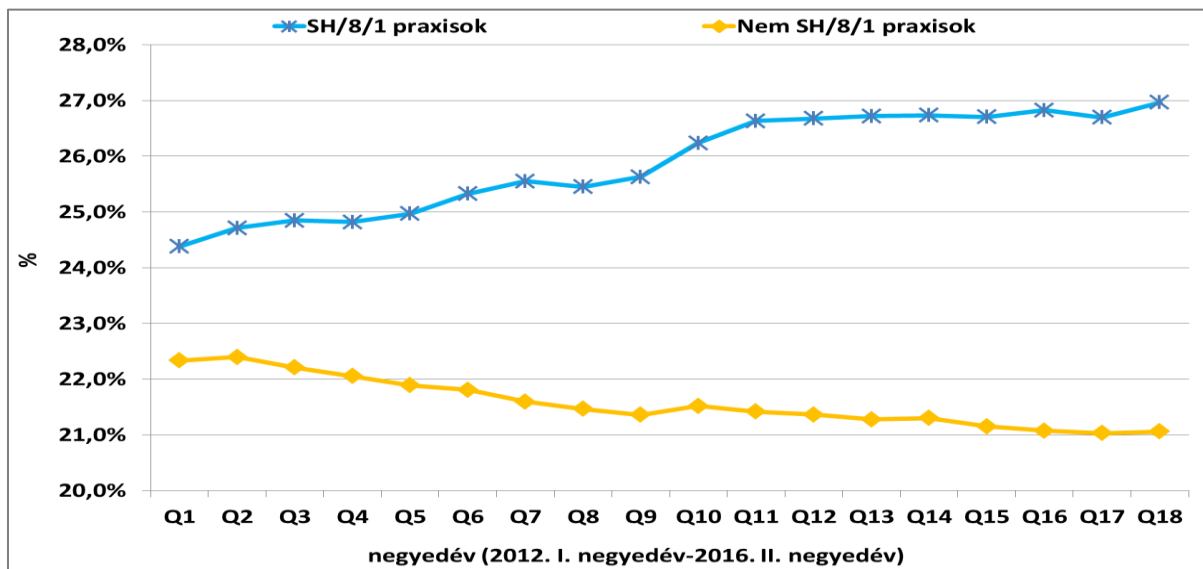
D.3.3.4. Hipertónia gondozási gyakoriság alakulása 40-54 év közötti biztosítottak közt

A praxisközösségekben a vérnyomáscsökkentő gyógyszert kiváltók aránya növekedett. A Hevesi Praxisközösségben volt a legmagasabb a kiváltási arány, míg a legalacsonyabb gyakoriság a Jászapáti Praxisközösségben volt. (F70. ábra) A regisztrált hipertóniások gyakorisága folyamatosan emelkedett az SH/8/1 praxisokban, mialatt folyamatosan csökkent a nem SH/8/1 praxisokban. (F71. ábra)

F70. Gondozási gyakoriság alakulása 40-54 év közötti biztosítottak közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben



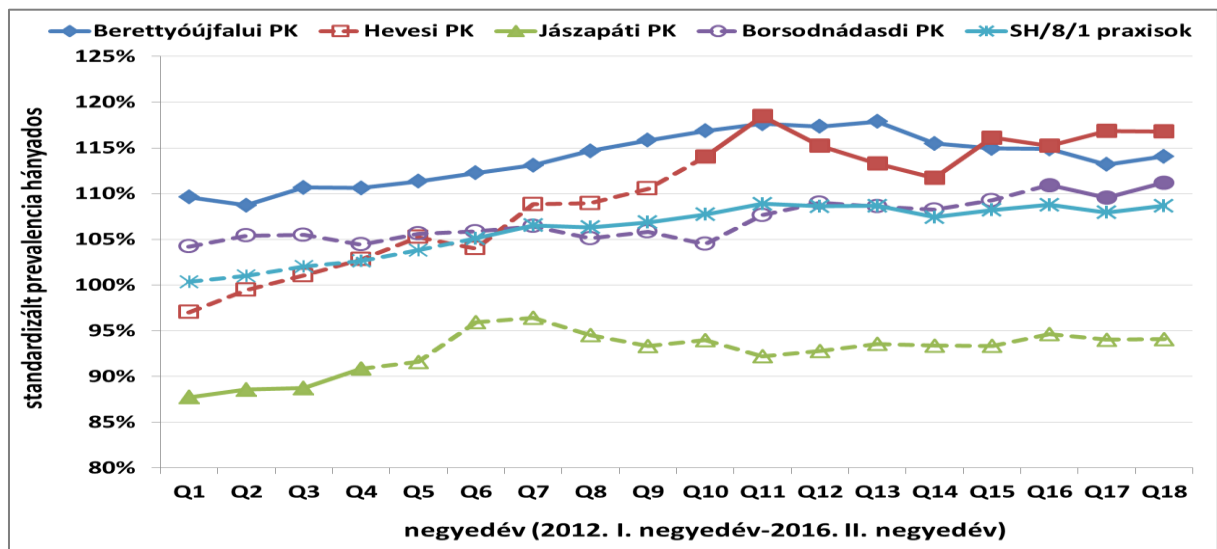
F71. Gondozási gyakoriság alakulása 40-54 év közötti biztosítottak közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



A Berettyóújfalui Praxisközösségben minden negyedévben, a Hevesi Praxisközösségben a 2014. II. – 2016. II. negyedévekben szignifikánsan a referencia érték fölé

emelkedett a gyakoriság. A Jászapáti Praxisközösségben az alacsony prevalencia az átlagnak megfelelő tartományba emelkedett. Az SH/8/1 praxisokban a gyakoriság folyamatosan a referencia érték fölé emelkedett. A Borsodnádásdi Praxisközösségben a gyakoriság csupán az utolsó negyedévekben tért el szignifikánsan a referenciától.

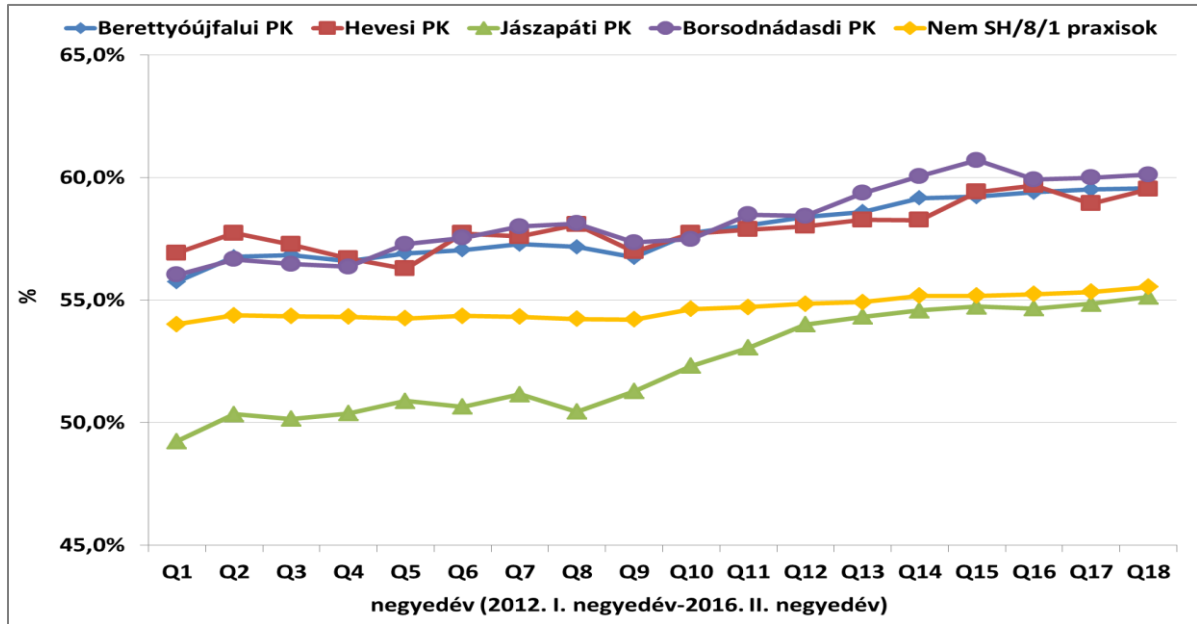
F72. Kor, nem, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív gondozási gyakoriság 40-54 év közötti biztosítottak közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenciós területen



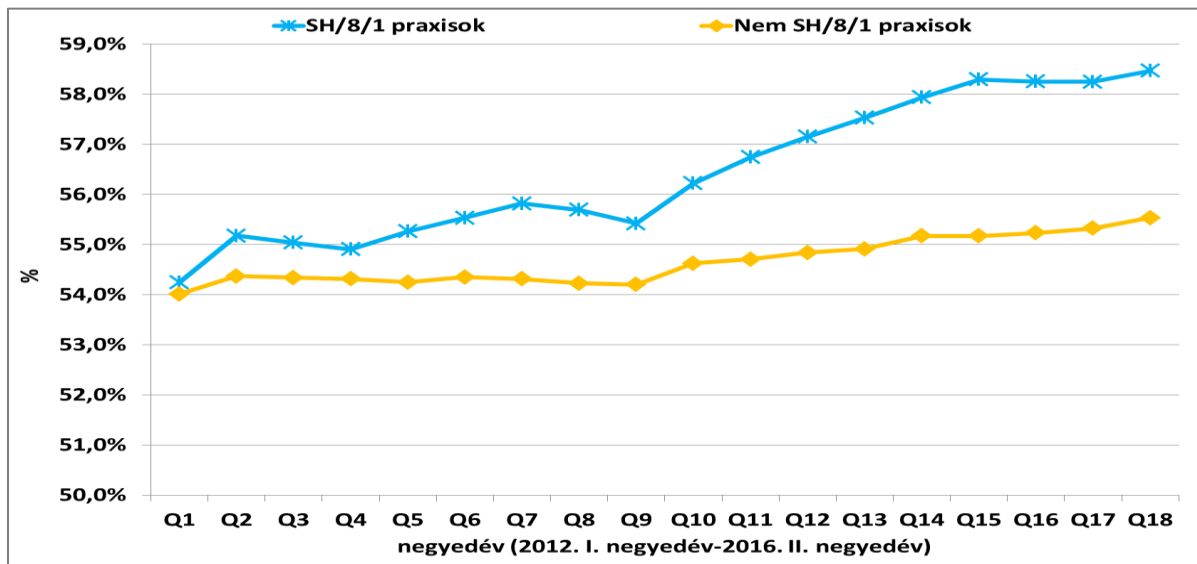
D.3.3.5. Hipertónia gondozási gyakoriság alakulása 55-69 év közötti biztosítottak között

Az SH/8/1 praxisközösségekben összességében a standardizált mutató emelkedett. A legalacsonyabb gyakoriság a Jászapáti Praxisközösségben volt. (F73. ábra) A hipertónia miatt gondozottak gyakorisága jelentősen emelkedett az SH/8/1 praxisokban, mialatt a nem SH/8/1 praxisokban alig mutatott emelkedést. (F74. ábra)

F73. Hipertónia gondozási gyakoriság alakulása 55-69 év közötti biztosítottak közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben



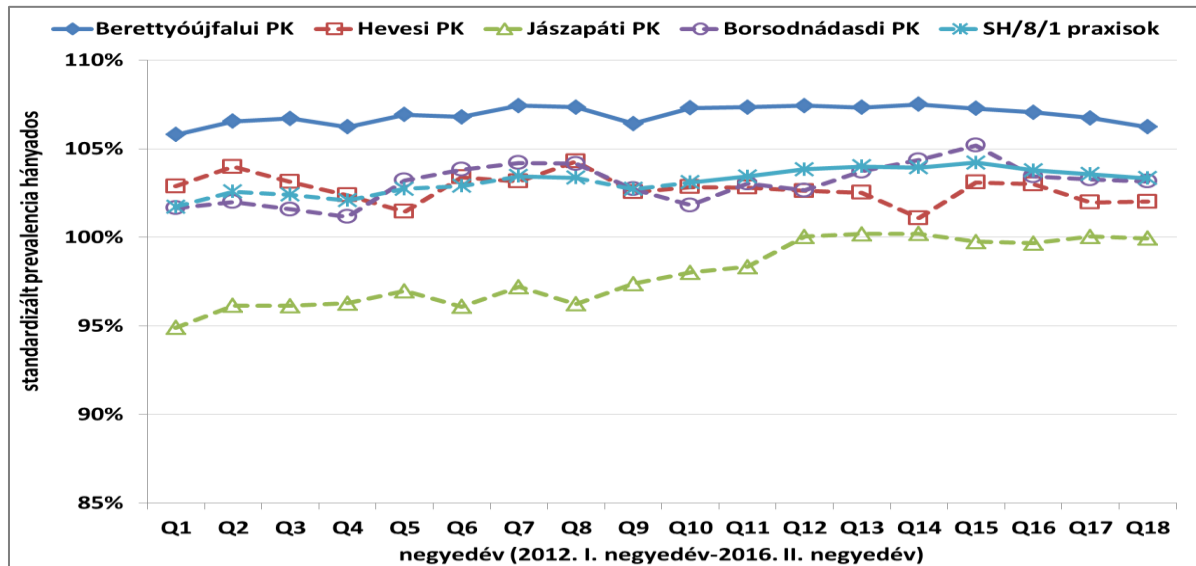
F74. Hipertónia gondozási gyakoriság alakulása 55-69 év közötti biztosítottak közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



Az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve 2014. III. negyedévéétől, a Berettyóújfalu Praxisközösségben folyamatosan a referencia szint fölött volt a gyakoriság. A

többi praxisközösségben a hipertonia miatt gondozottak gyakorisága nem tért el szignifikánsan a vizsgált időszakban a referenciától.

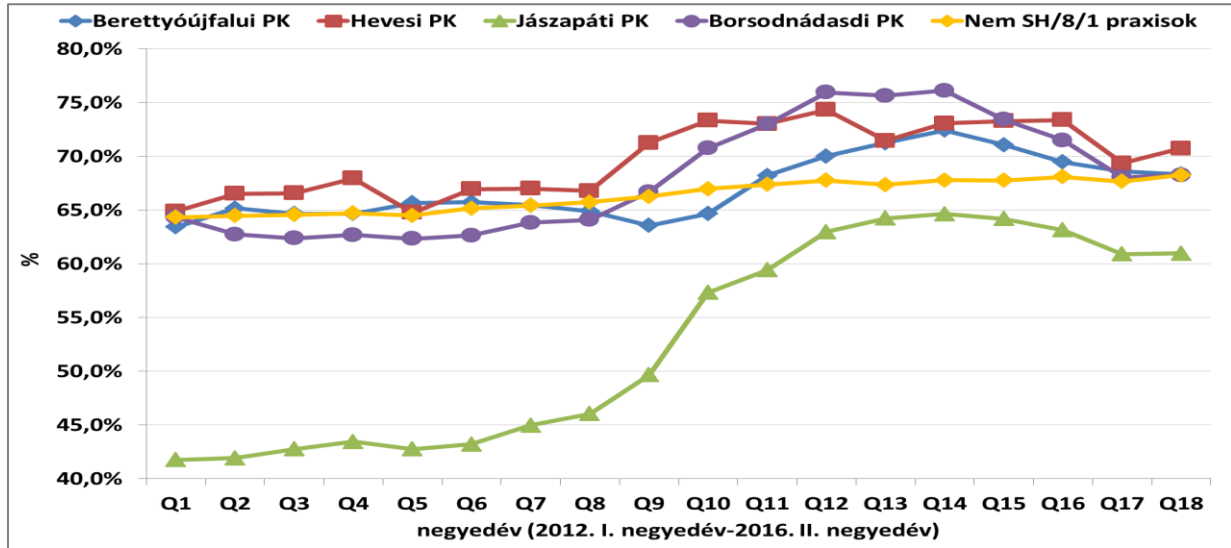
F75. Kor, nem, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív gondozási gyakoriság 55-69 év közötti biztosítottak közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenciós területen



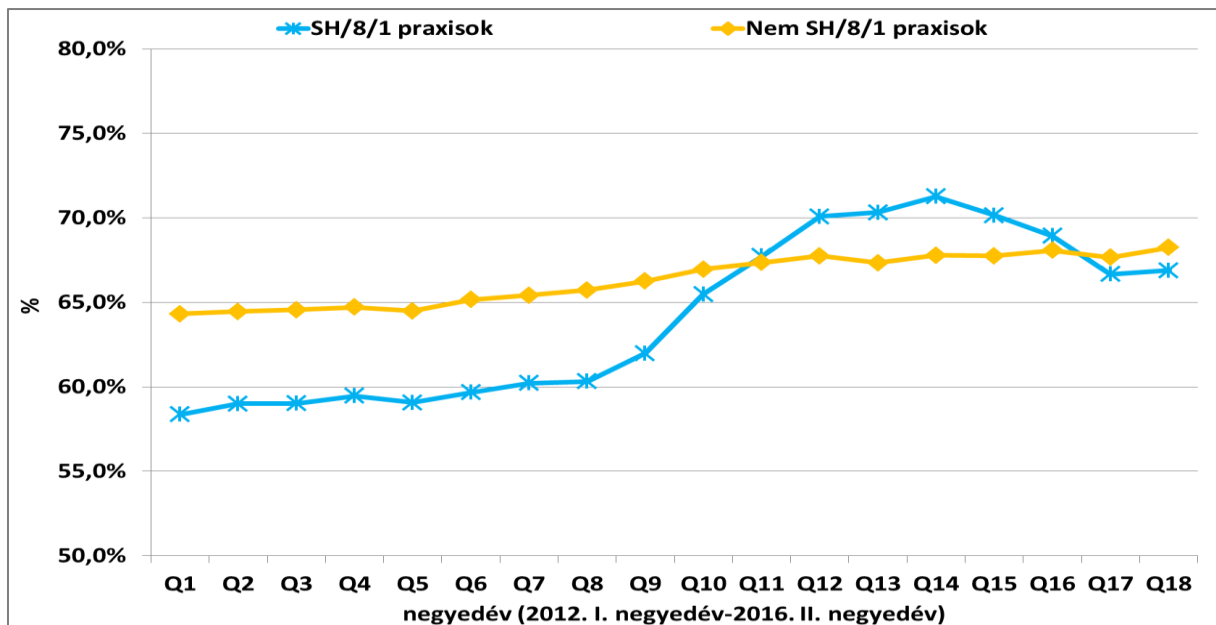
D.3.3.6. Szérum kreatinszint vizsgálat gyakoriság alakulása hipertóniás betegek között

Az SH/8/1 praxisközösségekben összességében a standardizált mutató emelkedett. A legalacsonyabb gyakoriság a Jászapáti Praxisközösségben volt. (F76. ábra) A szérum kreatininszint vizsgálat gyakorisága a nagyon alacsony szintről jelentős mértékben emelkedett az SH/8/1 praxisokban, mialatt a nem SH/8/1 praxisokban minimális emelkedés volt csak megfigyelhető. (F77. ábra)

F76. Szérum kreatininszint vizsgálat gyakoriság alakulása hipertóniás betegek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben

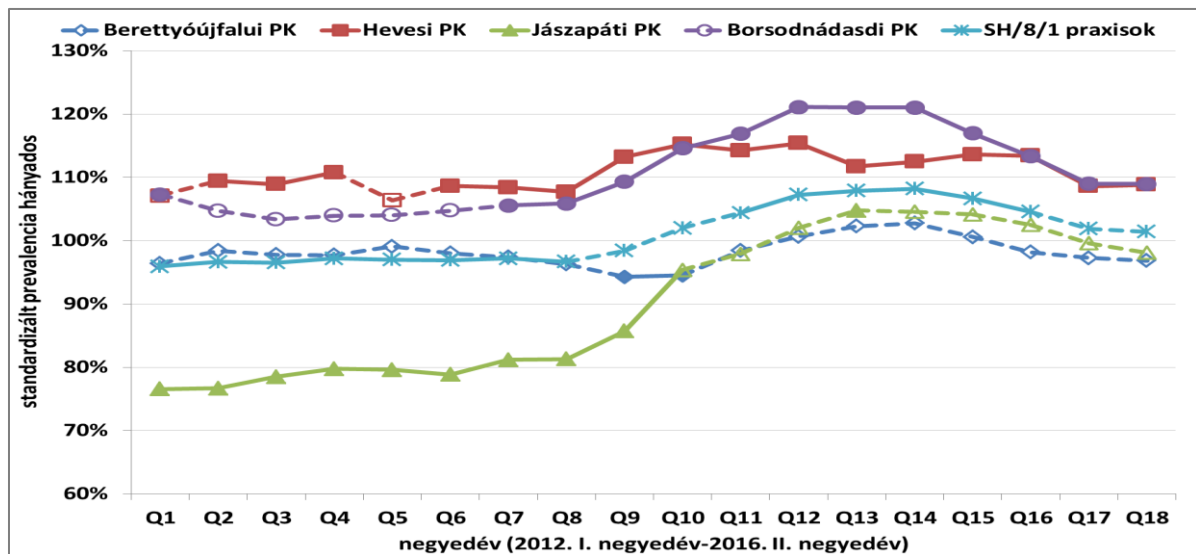


F77. Szérum kreatininszint vizsgálat gyakoriság hipertóniás betegek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



Az alacsony Jászapáti Praxisközösségi indikátor átlagos tartományba emelkedett. A Borsodnádásdi és Hevesi Praxisközösségekben a javulás kisebb mértékű volt, de a kezdetben átlagos indikátor értékek ezeken a területeken a referencia szint fölé emelkedtek. A Berettyóújfalui Praxisközösségben az indikátor lényegében nem tért el szignifikánsan a referenciától. Az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve a serum kreatininszint vizsgálat gyakorisága a referencia érték fölé emelkedett.

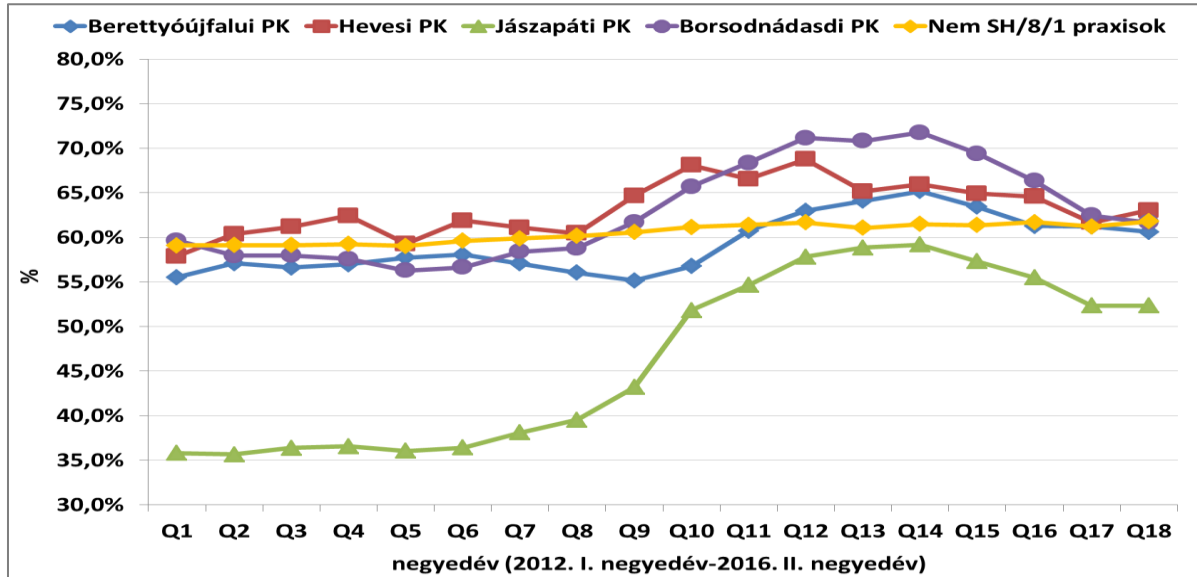
F78. Kor, nem, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív szérum kreatininszint vizsgálat gyakoriság hipertóniás betegek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenciós területen



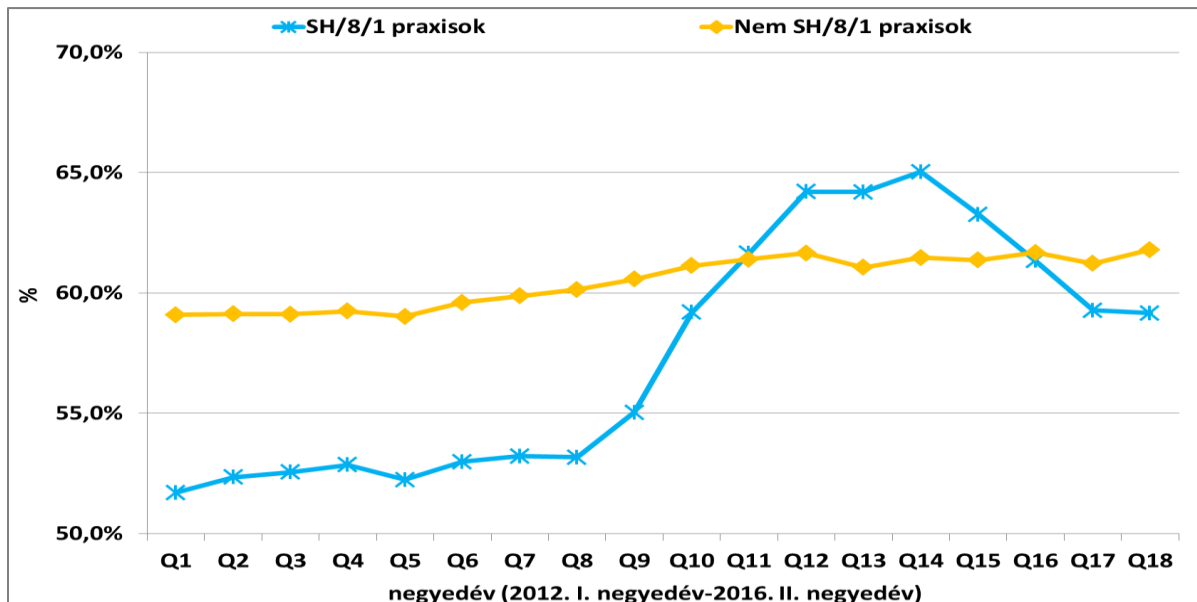
D.3.3.7. Vércsír szint vizsgálat gyakoriság alakulása diabéteses és/vagy hipertóniás betegek közt

Az SH/8/1 praxisközösségekben összességében a standardizált mutató emelkedett. A legalacsonyabb gyakoriság a Jászapáti Praxisközösségben volt. (F79. ábra) A vércsír szint vizsgálat gyakorisága a nagyon alacsony szintről jelentős mértékben emelkedett az SH/8/1 praxisokban, mialatt a nem SH/8/1 praxisokban minimális emelkedés volt csak megfigyelhető. (F80. ábra)

F79. Vércsír szint vizsgálat gyakoriság alakulása diabeteses és/vagy hipertóniás betegek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben

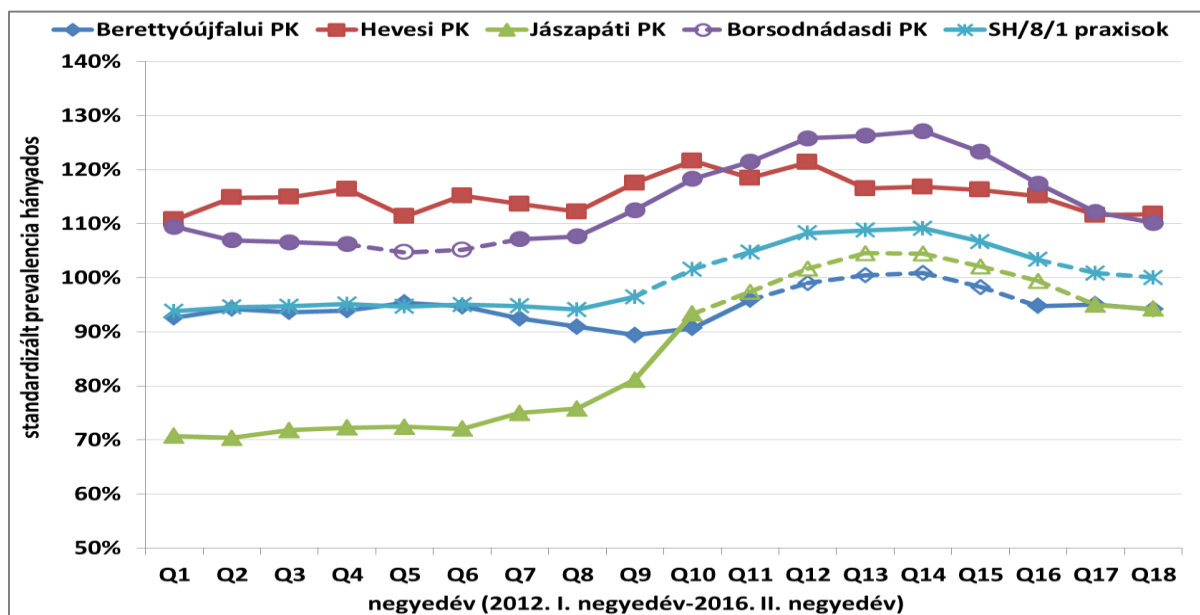


F80. Vércsír szint vizsgálat gyakoriság diabeteses és/vagy hipertóniás betegek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



A Berettyóújfalui és Jászapáti Praxisközösségekben és az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve az átlag alatti mutató átlagos szintre emelkedett. A Hevesi Praxisközösségben az eredetileg is magas mutató további emelkedést mutatott. A Borsodnádasdi Praxisközösségben a vérsírszint vizsgálat gyakorisága a referencia érték fölé emelkedett.

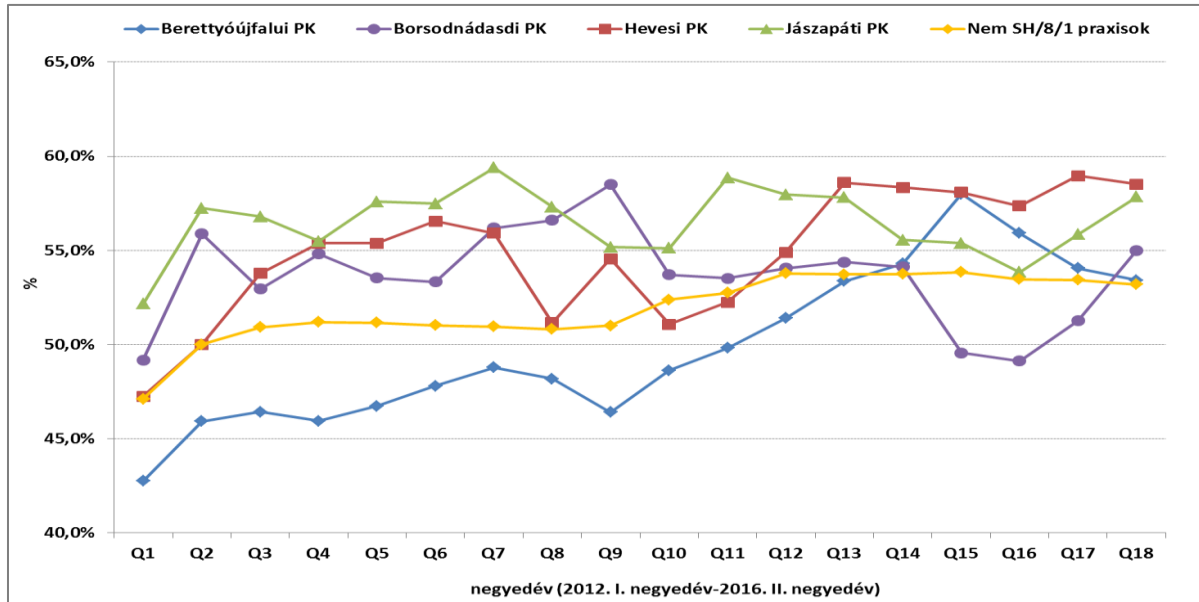
F81. Kor, nem, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív vérsírszint vizsgálat gyakoriság diabetéses és/vagy hipertóniás betegek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenciós területen



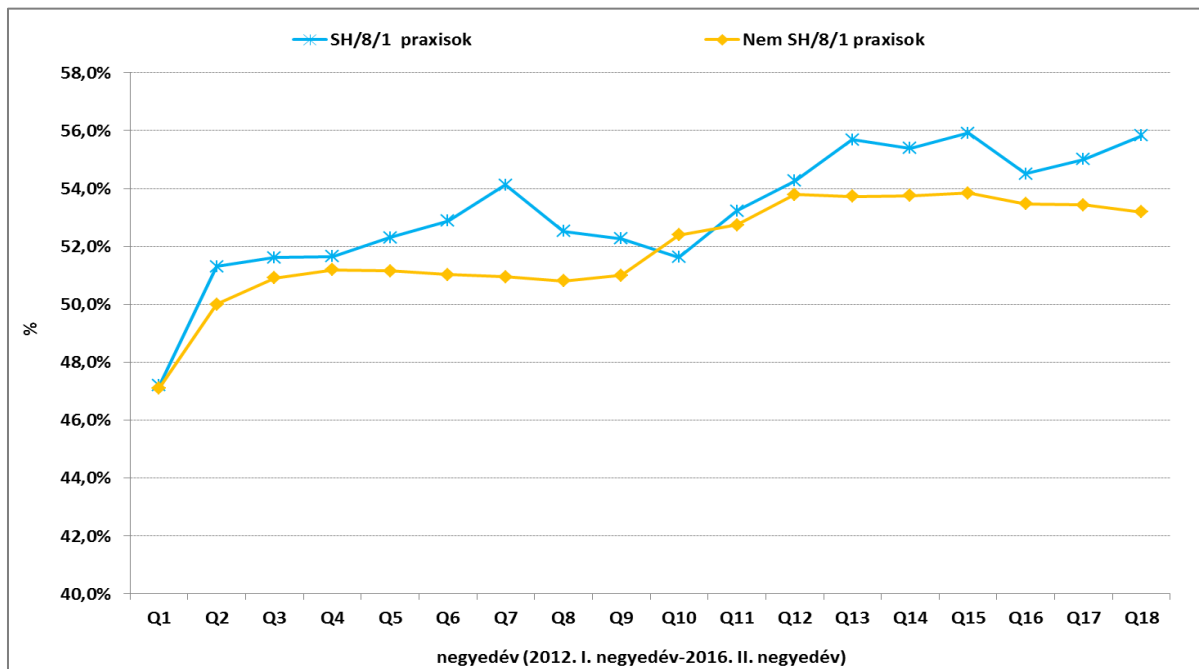
D.3.3.8. Ischaemiás szívbetegek közül rendszeresen béta-blokkolót szedők aránya

A praxisközösségekben a béta-blokkolót kiváltók aránya emelkedett. A legnagyobb növekedést a Berettyóújfalui Praxisközösségben figyelhetjük meg. (F82. ábra) Az SH/8/1 praxisokban és a nem SH/8/1 praxisokban egyaránt növekedett a béta-blokkolót szedők aránya. (F83. ábra)

F82. Ischaemiás szívbetegek közül a rendszeresen béta-blokkolót szedők aránya negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben

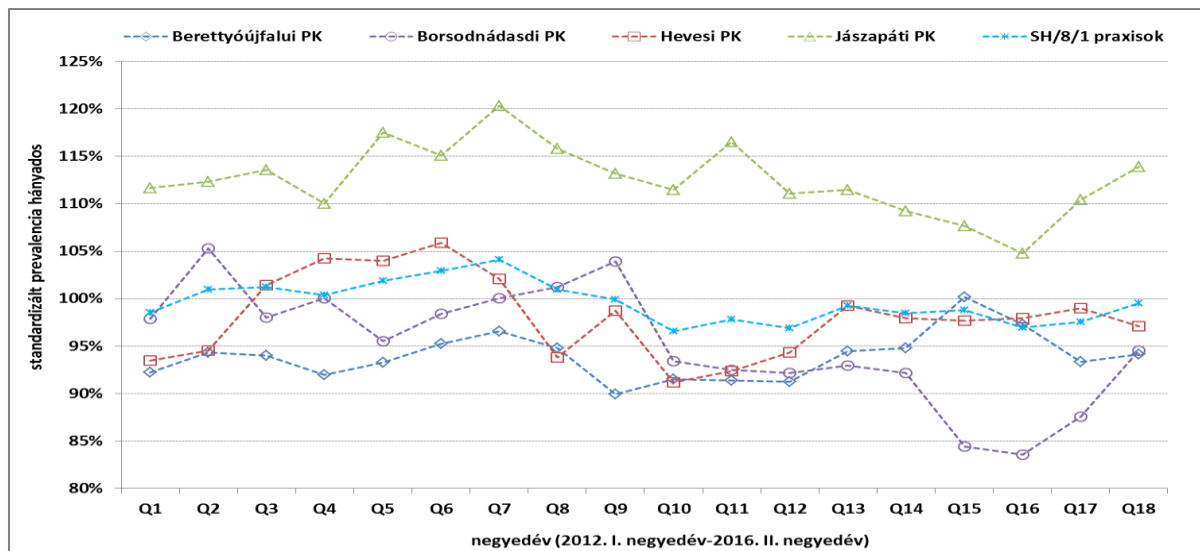


F83. Ischaemiás szívbetegek közül a rendszeresen béta-blokkolót szedők aránya negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



Az ischaemiás szívbetegségben szenvedők gondozási hatékonysága a praxisközösséget külön-külön és az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve nem tért el szignifikánsan a vizsgált időszakban sohasem a referencia átlagtól.

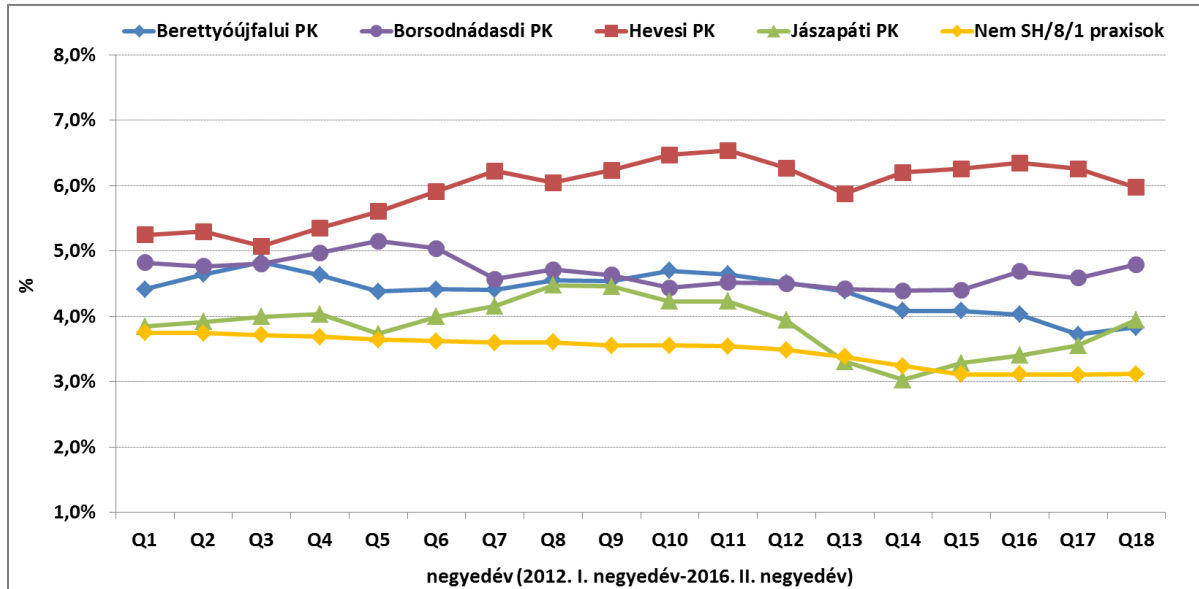
F84. Kor, nem, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív gondozási hatékonyság negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenciós területen



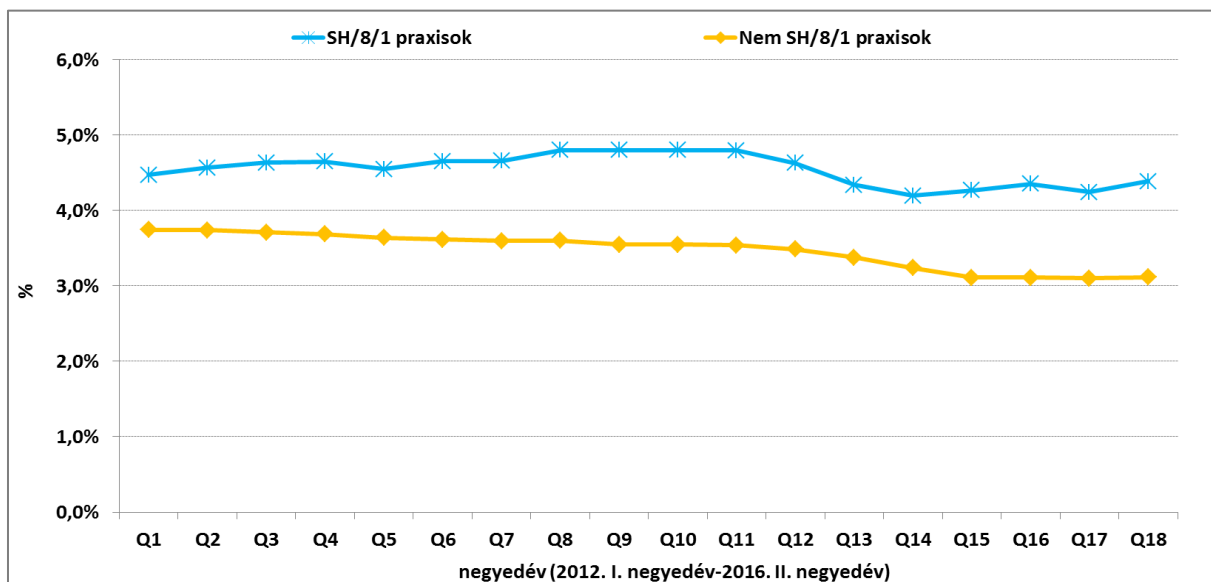
D.3.3.9. Diabéteszes gondozási arány alakulása 40-54 évesek közt

A praxisközösségekben a diabetes gondozási arány növekedett. A Hevesi Praxisközösségben volt a legmagasabb a gondozottak aránya, míg a legalacsonyabb a Jászapáti Praxisközösségben volt. (F85. ábra) Az SH/8/1 praxisokban 2012. I. negyedév - 2014. III. negyedév között növekedett, 2014. IV. negyedévtől csökkent a gondozási arány, mialatt a nem SH/8/1 praxisokban folyamatosan csökkent a gondozási arány. (F86. ábra)

F85. Diabetes mellitusban szenvedők aránya 40-54 évesek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben



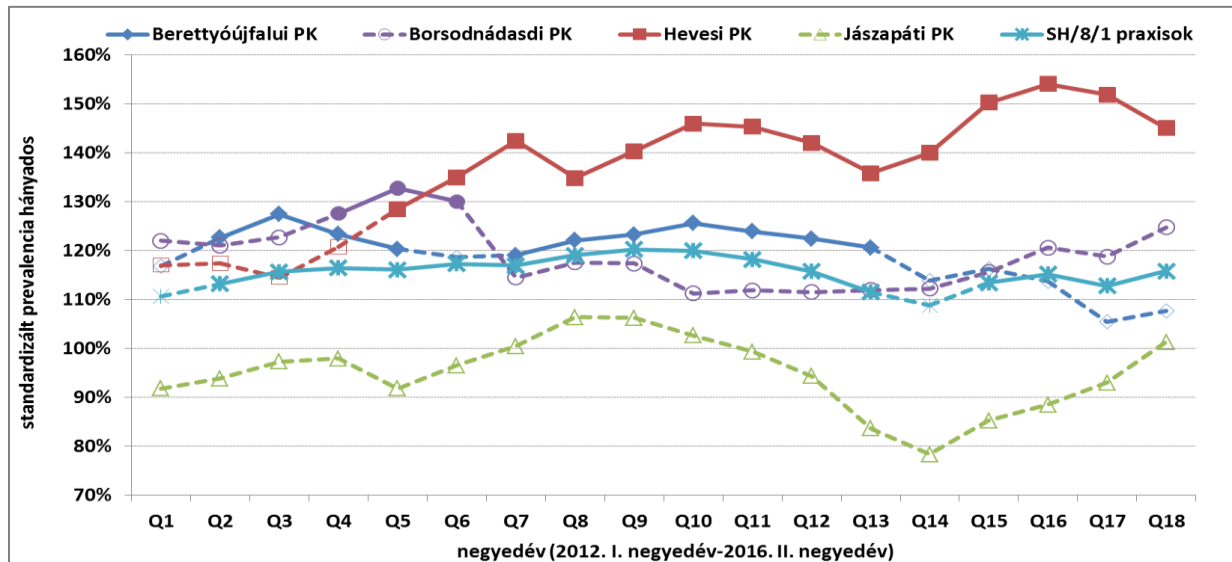
F86. Diabetes mellitusban szenvedők aránya 40-54 évesek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



Az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve a 2012. I. és a 2015. II. negyedév kivételével minden negyedévben szignifikánsan magasabb volt a gondozási arány, mint a

referencia. A szignifikáns eltérést a Berettyóújfalui és a Hevesi Praxisközösségben tapasztalt magasabb gondozási arány magyarázza.

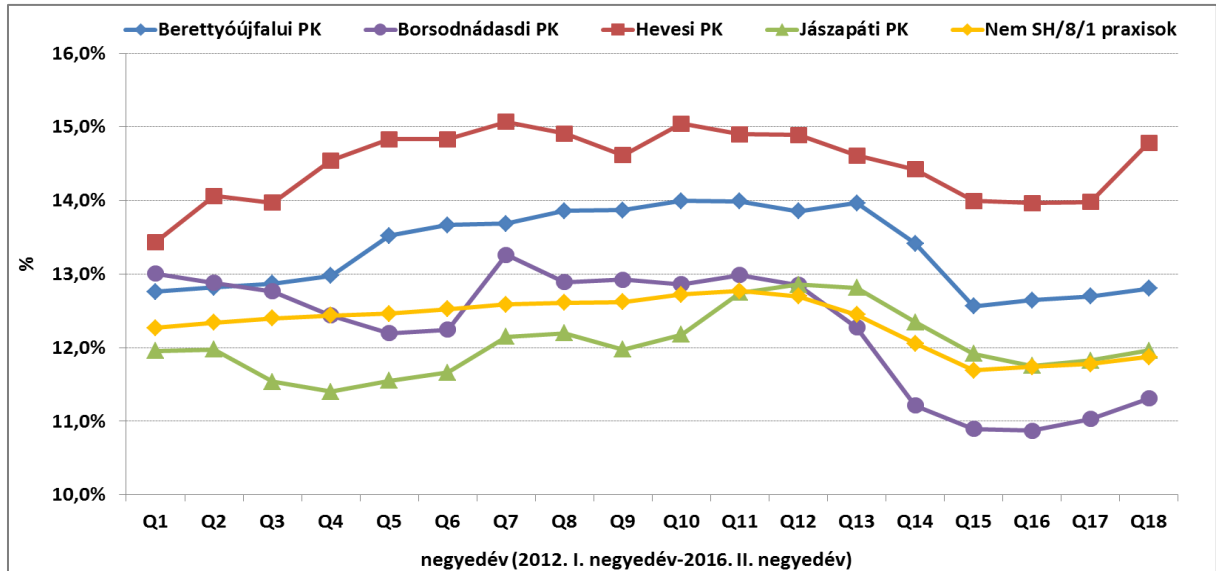
F87. Kor, nem, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív gondozási gyakoriság 40-54 évesek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenció területen



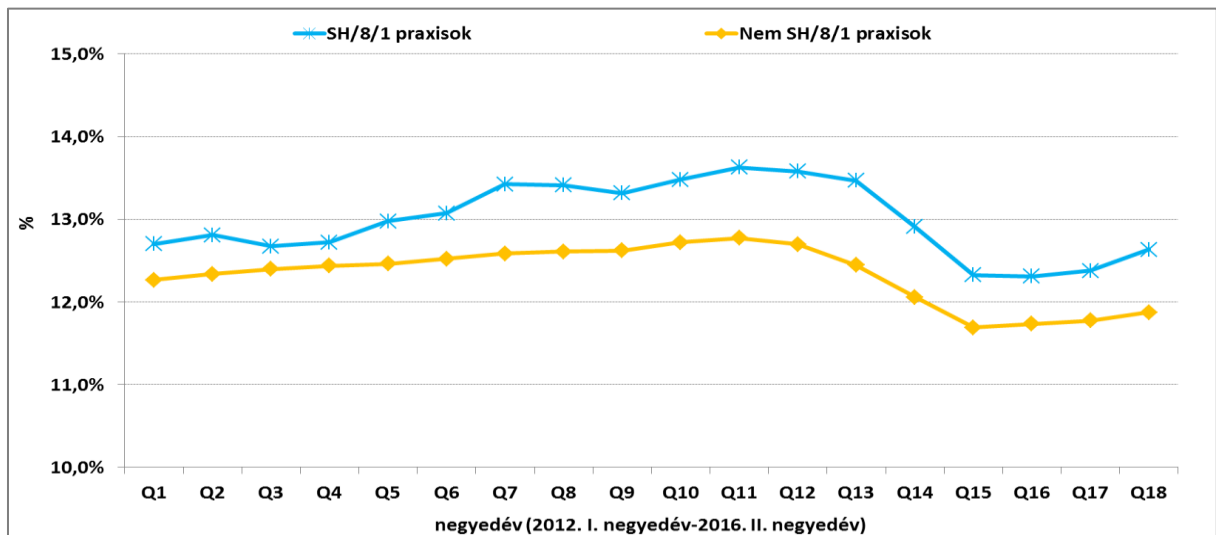
D.3.3.10. Diabéteszes Gondozási arány alakulása 55-69 évesek közt

A praxisközösségekben a diabetes gondozási arány 2014. IV. negyedévig növekedett, 2015. I. negyedév – 2015. III. negyedév között csökkent, 2015. IV. negyedévtől ismét emelkedett a gondozási arány. A Hevesi Praxisközösségben volt a legmagasabb a gondozottak aránya, míg a legalacsonyabb a Jászapáti és a Borsodnádásdi Praxisközösségben volt. (F88. ábra) Az SH/8/1 praxisokban és a nem SH/8/1 praxisokban egyaránt növekedett a gondozási arány 2014. IV. negyedévig, 2015. I. negyedév – 2015. III. negyedév között csökkent majd azt követően ismét növekedett a gondozási arány. Az emelkedés az SH/8/1 praxisokban jelentősebb volt. (F89. ábra)

F88. Diabetes mellitusban szenvedők aránya 55-69 évesek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben



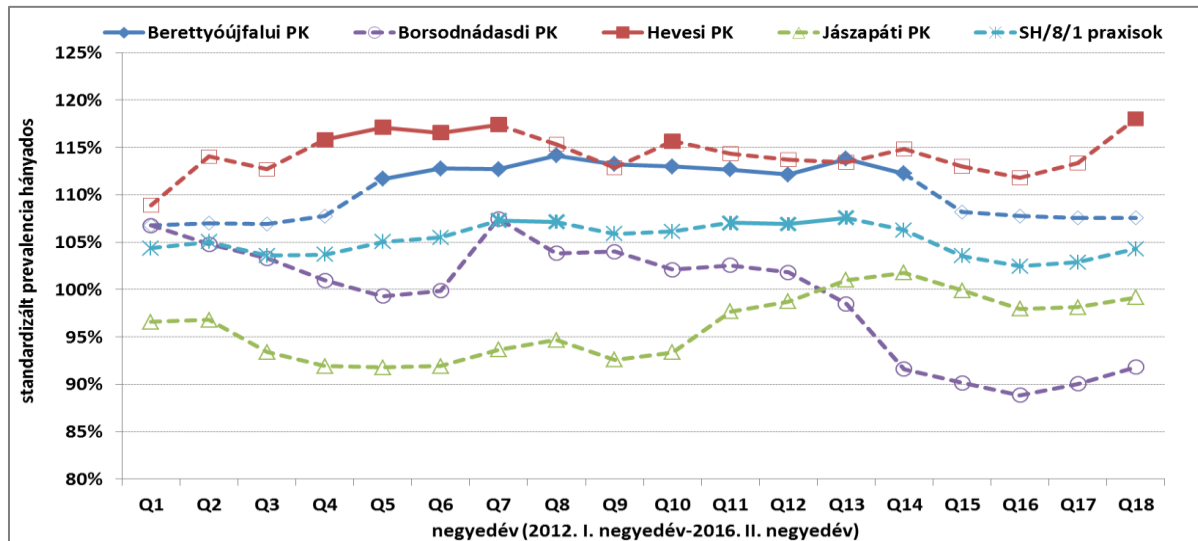
F89. Diabetes mellitusban szenvedők aránya 55-69 évesek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában.



Az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve 5 negyedévben (2013. III. és IV. negyedév, illetve 2014 III. negyedév - 2015. I. negyedév között) szignifikánsan magasabb volt

a gondozási arány, mint a referencia. A szignifikáns eltérést a Berettyóújfalui és a Hevesi Praxisközösségben tapasztalt magasabb gondozási arány magyarázza.

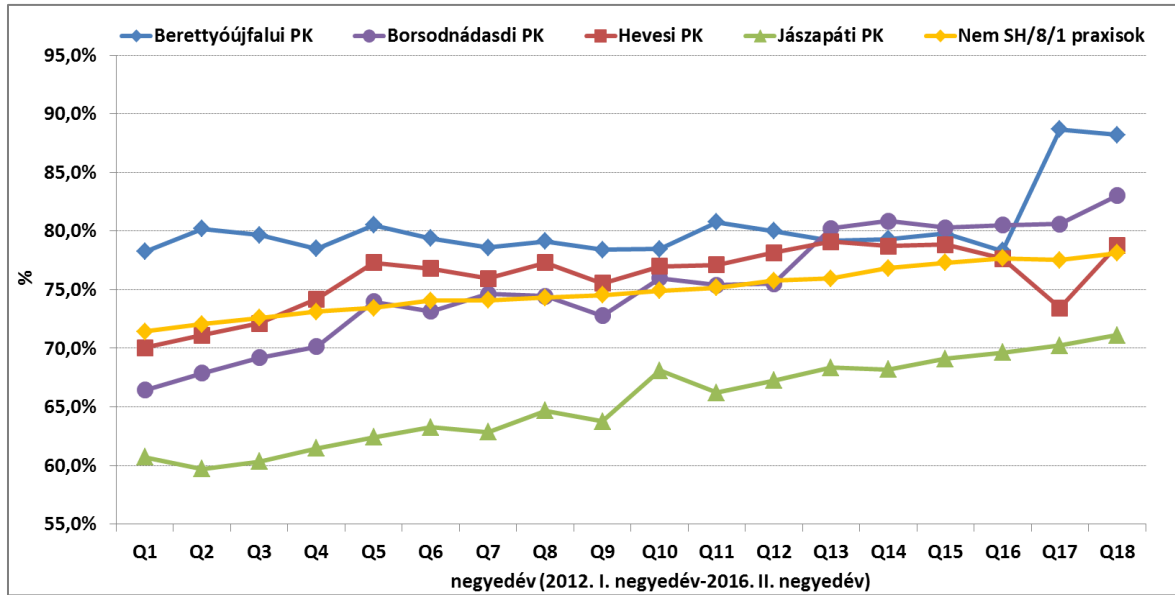
F90. Kor, nem, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív gondozási gyakoriság 55-69 évesek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenció területen



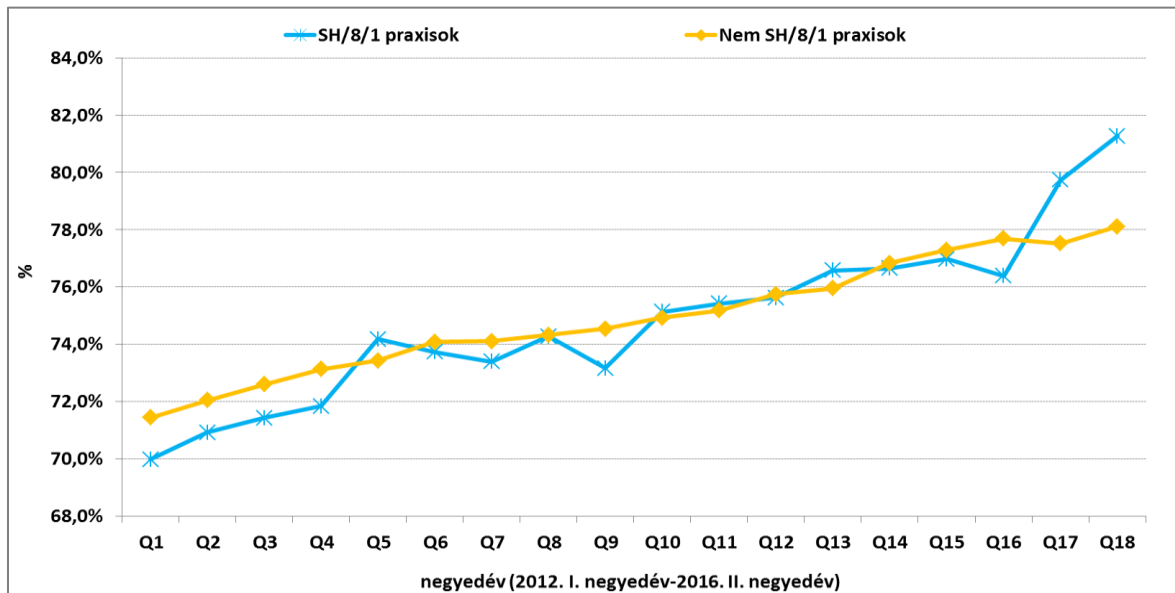
D.3.3.11. Haemoglobin A1C vizsgálat gyakoriság alakulása cukorbetegek közt negyedévente

A praxisközösségekben a haemoglobin A1C vizsgálaton megjelentek aránya növekedett. A Berettyóújfalui Praxisközösségben volt a legmagasabb a megjelenési arány, míg a legalacsonyabb vizsgálat gyakoriság a Jászapáti Praxisközösségben volt. (F91. ábra) Az SH/8/1 praxisokban és a nem SH/8/1 praxisokban egyaránt növekedett a haemoglobin A1C vizsgálaton megjelentek aránya. Az emelkedés az SH/8/1 praxisközösségekben jelentősebb volt. (F92. ábra)

F91. Haemoglobin A1C vizsgálat gyakoriság alakulása cukorbetegek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben



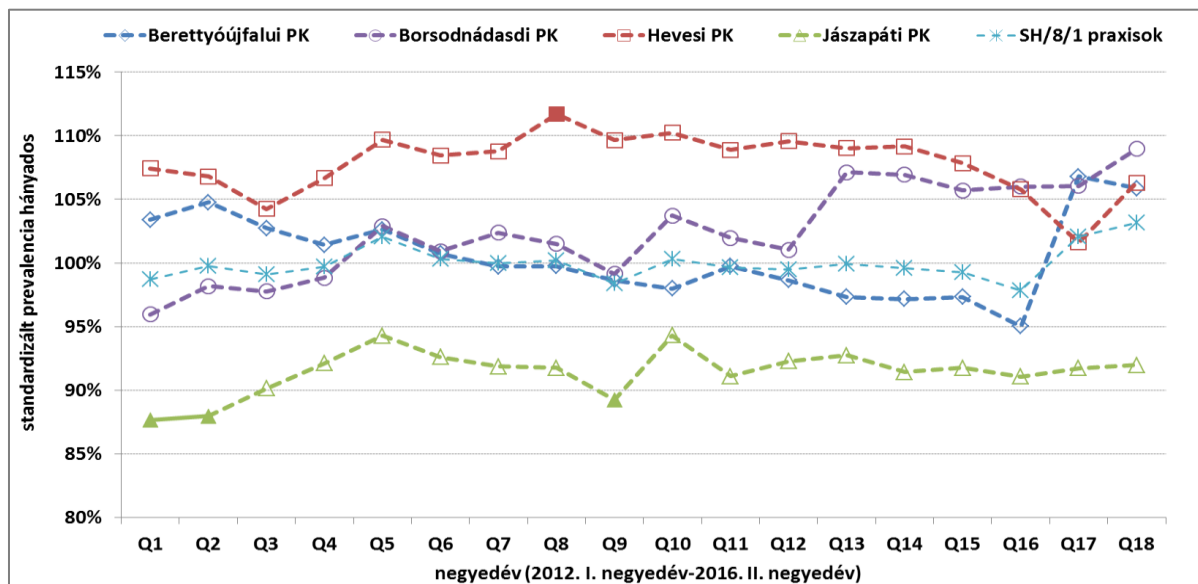
F92. Haemoglobin A1C vizsgálat gyakoriság alakulása cukorbetegek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



A Jászapáti Praxisközösségben 3 negyedévben (2012. I. és II. negyedév, illetve 2014. I. negyedév) szignifikánsan alacsonyabb volt a vizsgálat gyakoriság, mint a referencia a javuló

trend ellenére. A Hevesi Praxisközösségben a 2013. IV. negyedévből szignifikánsan magasabb volt a vizsgálat gyakoriság, mint a referencia. A többi praxisközösségben és az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve a vizsgálat gyakoriság nem tért el szignifikánsan a vizsgált időszakban sohasem a referenciától.

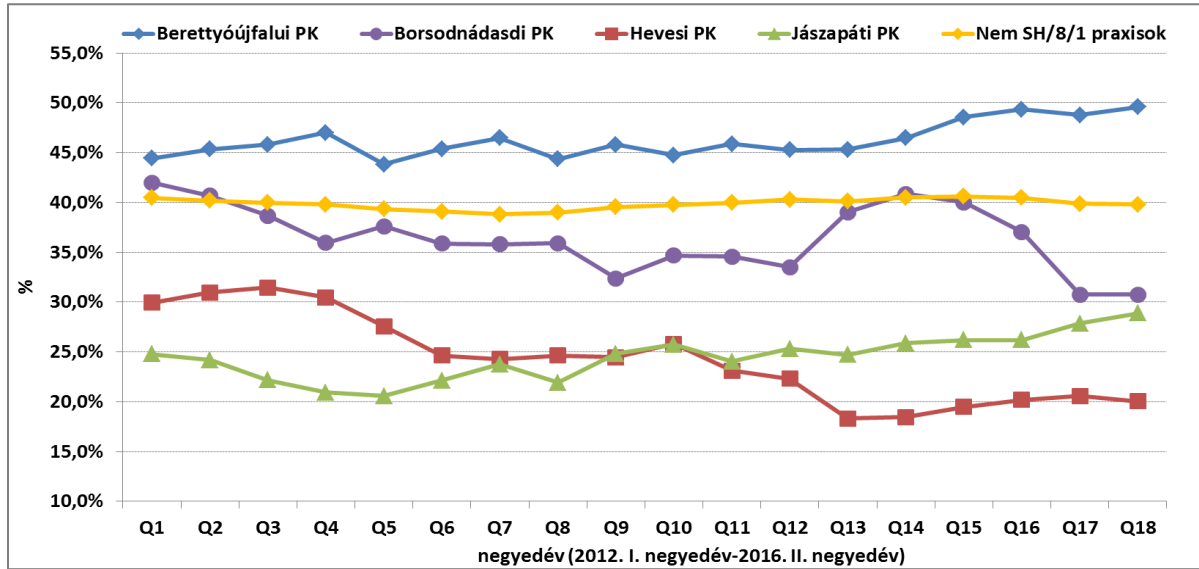
F93. Kor, nem, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív haemoglobin A1C vizsgálat gyakoriság cukorbetegek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenciós területen



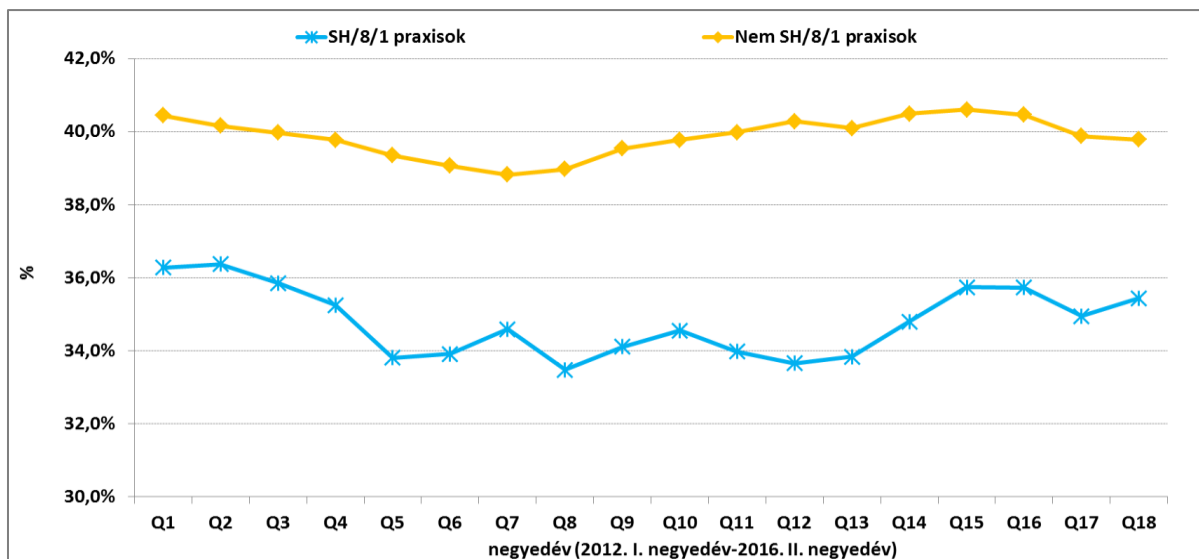
D.3.3.12. Szemészeti vizsgálat gyakoriság alakulása cukorbetegek közt

A szemészeti vizsgálaton megjelentek aránya a Berettyóújfalu Praxisközösségben volt a legmagasabb, míg a legalacsonyabb vizsgálat gyakoriság a Jászapáti és a Hevesi Praxisközösségben volt. (F94. ábra) A nem SH/8/1 praxisokban nem változott a szemészeten megjelentek aránya, míg az SH/8/1 praxisközösségekben 2012-2014 között csökkent, majd 2015 I. negyedévtől emelkedett a vizsgálat gyakoriság. (F95. ábra)

F94. Szemészeti vizsgálat gyakoriság alakulása cukorbetegek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben

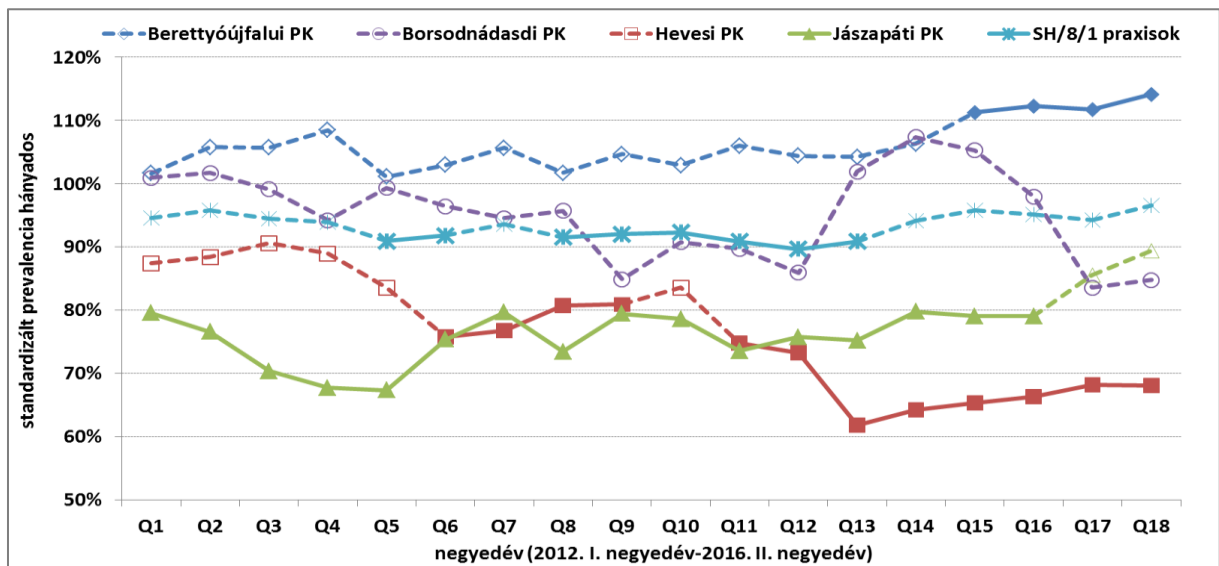


F95. Szemészeti vizsgálat gyakoriság alakulása cukorbetegek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



Az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve 8 negyedévben szignifikánsan alacsonyabb volt a vizsgálat gyakoriság, mint a referencia. A szignifikáns eltérést a Jászapáti és a Hevesi Praxisközösség alacsonyabb vizsgálat gyakoriság magyarázza. A Jászapáti Praxisközösségben 16 negyedévben (2012. I. negyedév – 2015. IV. negyedév között), a Hevesi Praxisközösségben 12 negyedévben (2013. II. negyedév - 2014. I. negyedév között és 2014. III. negyedév – 2016. II. negyedév között) volt szignifikánsan alacsonyabb a vizsgálat gyakoriság, mint a referencia. A Berettyóújfalui Praxisközösségben 4 negyedévben (2015. III. negyedév – 2016. II. negyedév között) szignifikánsan magasabb volt a vizsgálat gyakoriság, mint a referencia. A Borsodnádasi Praxisközösségben a vizsgálat gyakoriság nem tért el szignifikánsan sohasem a referenciától.

F96. Kor, nem, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív személyzeti vizsgálat gyakoriság cukorbetegek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenció területen

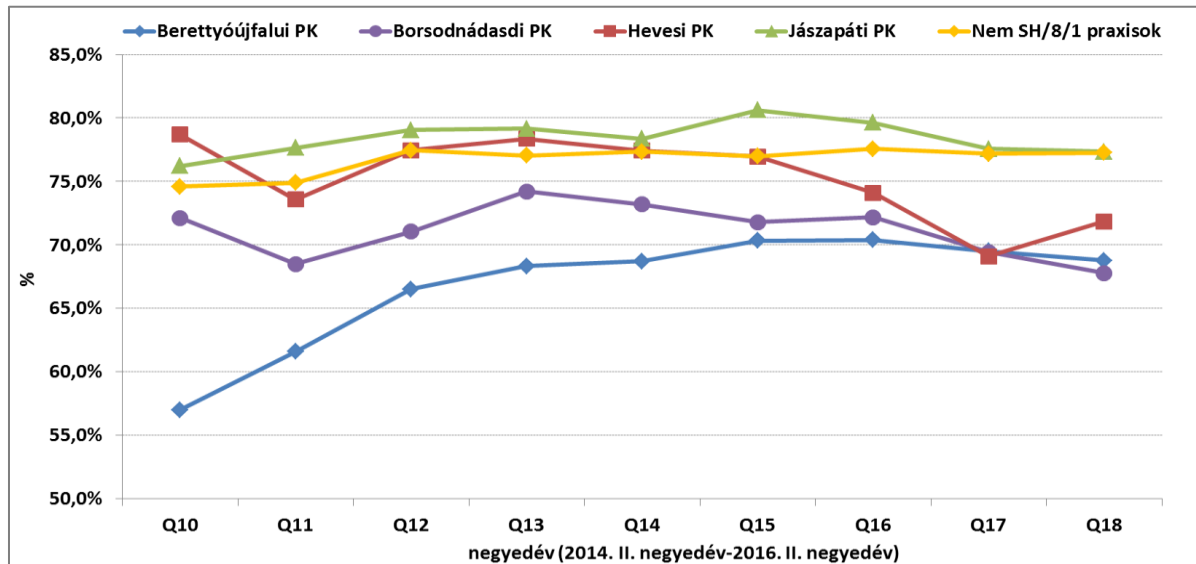


D.3.3.13. Légzésfunkciós vagy teljes test plethysmographia vizsgálat gyakoriság alakulása COPD-s betegek közt

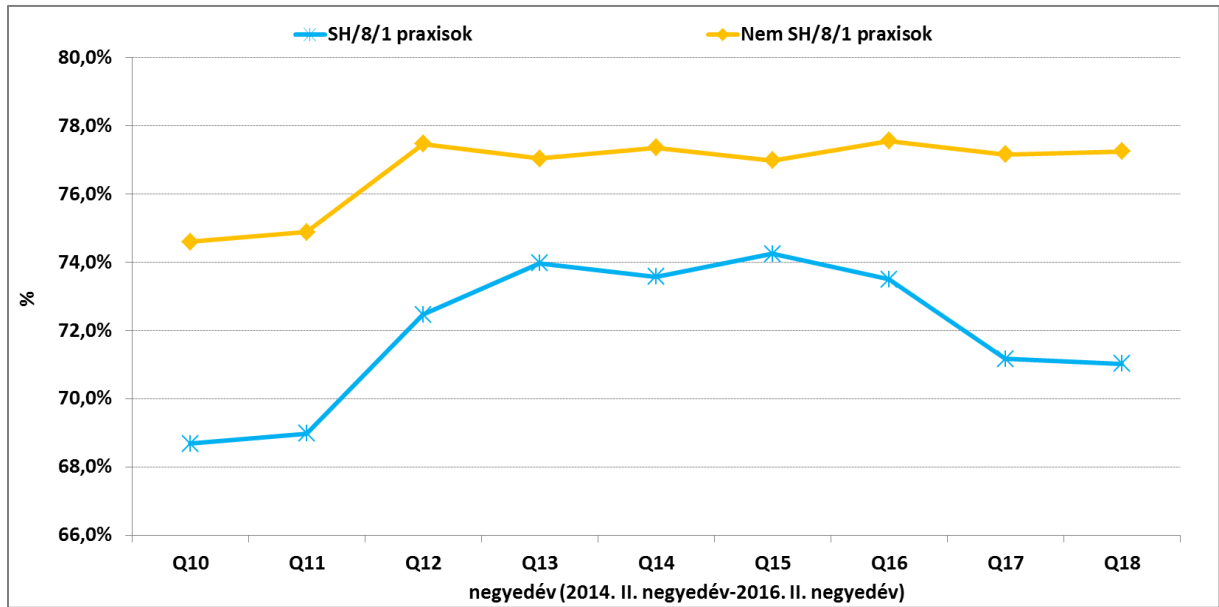
A praxisközösségekben a légzésfunkciós vizsgálaton vagy teljes test plethysmographia vizsgálaton megjelentek aránya a Jászapáti Praxisközösségben volt a legmagasabb, míg a legalacsonyabb vizsgálat gyakoriság a Berettyóújfalui Praxisközösségben volt. (F97. ábra) A

nem SH/8/1 praxisokban folyamatosan az SH/8/1 praxisokban 2015. IV. negyedévig növekedett a légzésfunkciós vagy teljes test plethysmographia vizsgálaton megjelentek aránya. Az emelkedés az SH/8/1 praxisközösségekben jelentősebb volt. (F98. ábra)

F97. Légzésfunkciós vagy teljes test plethysmographia vizsgálat gyakoriság alakulása COPD-s betegek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben



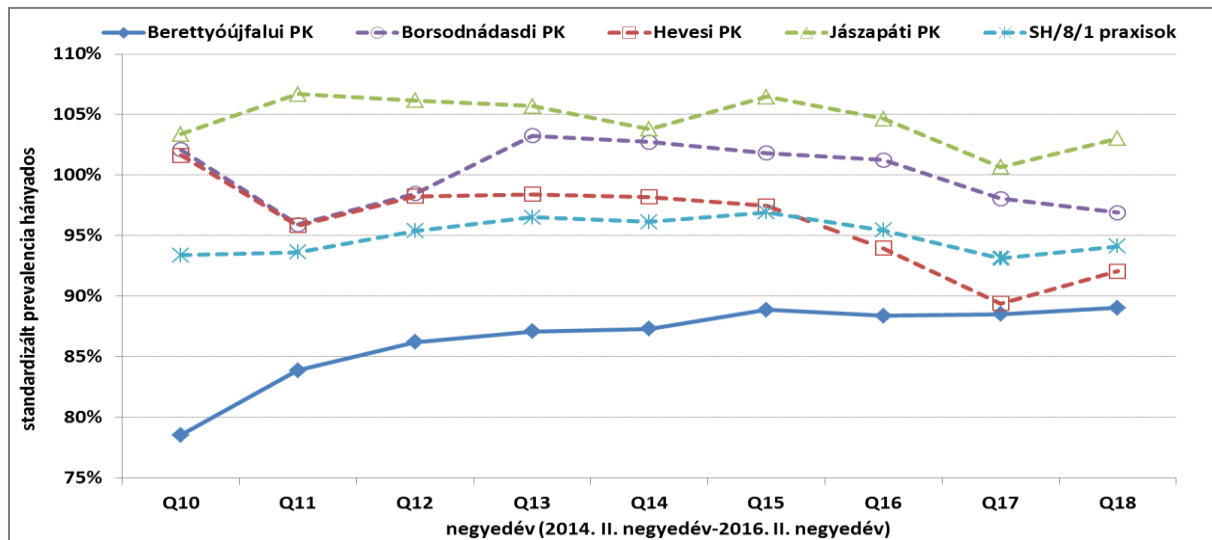
F98. Légzésfunkciós vagy teljes test plethysmographia vizsgálat gyakoriság alakulása COPD-s betegek közt negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



A Berettyóújfalui Praxisközösségben minden negyedévben szignifikánsan alacsonyabb volt a vizsgálat gyakoriság, mint a referencia a javuló trend ellenére. A többi praxisközösségben a vizsgált időszakban sohasem tért el a vizsgálat gyakoriság referenciájától. Az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve 2016. I. negyedévben volt szignifikánsan alacsonyabb a vizsgálat gyakoriság, mint a referencia.

F99. Kor, nem, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív légzésfunkciós vagy teljes test plethysmographia vizsgálat gyakoriság alakulása COPD-s betegek közt

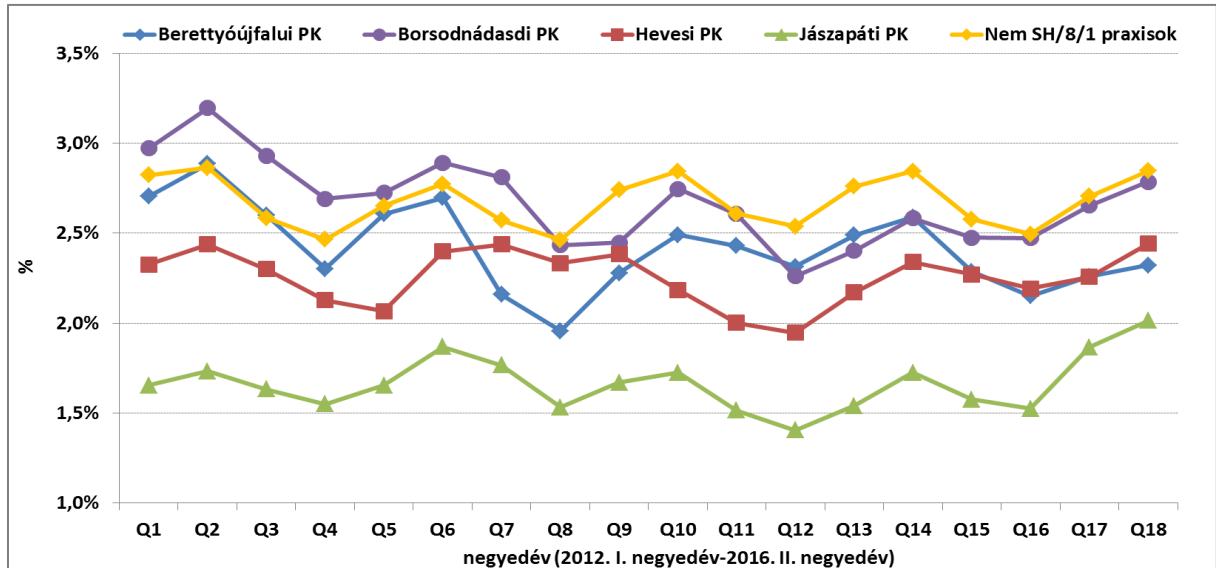
negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenciós területen



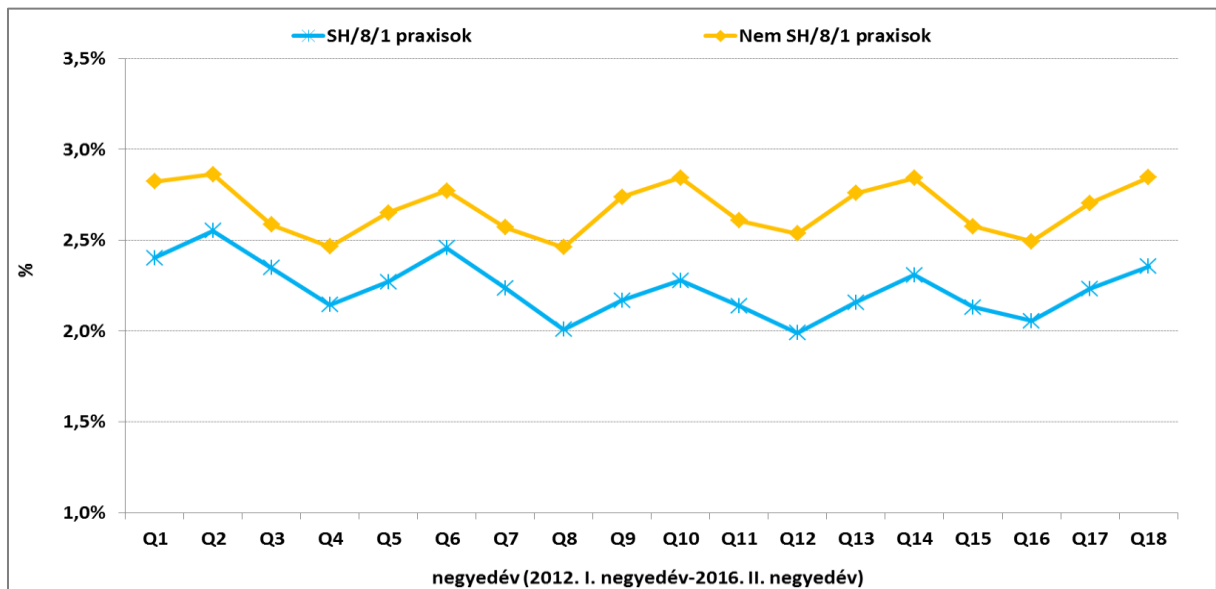
D.3.3.14. Járóbeteg-szakellátásban háziiorvosi beutalóval megjelentek aránya negyedévente

A járóbeteg-szakellátást háziiorvosi beutalóval igénybevevők aránya a Jászapáti Praxisközösségben volt a legalacsonyabb, míg a legmagasabb beutalás a Borsodnádasi Praxisközösségben volt. (F100. ábra) Az SH/8/1 praxisokban minden negyedévben jelentősen alacsonyabb volt a járóbeteg-szakellátásban háziiorvosi beutalóval megjelentek aránya, mint a nem SH/8/1 praxisokban (F101. ábra)

F100. Járóbeteg szakellátásban háziiorvosi beutalóval megjelentek aránya negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben



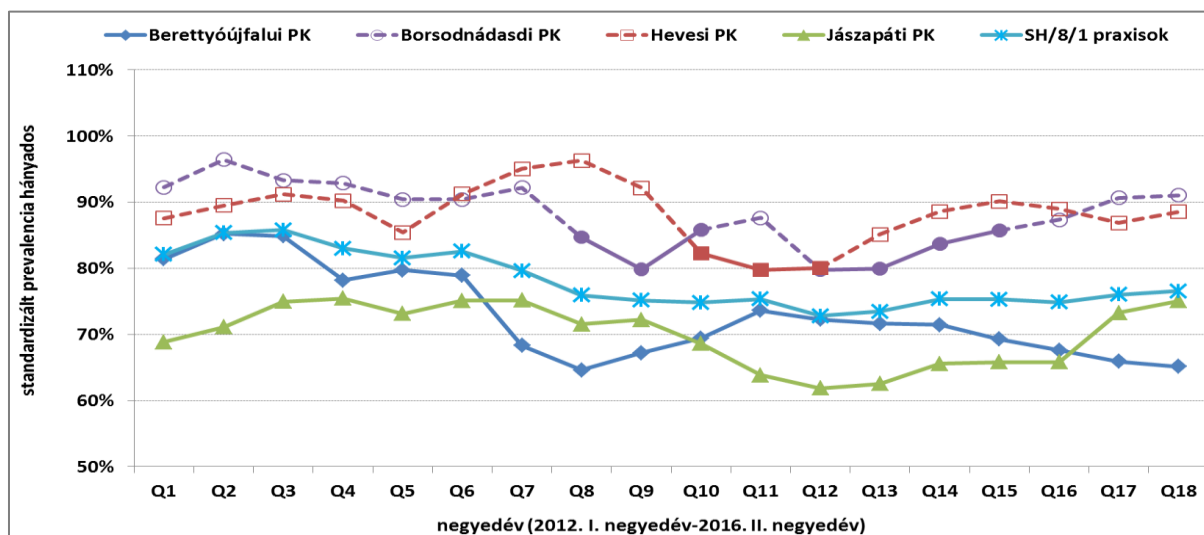
F101. Járóbeteg szakellátásban háziiorvosi beutalóval megjelentek aránya negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



Az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve minden negyedévben szignifikánsan kedvezőbb volt és csökkenő trendet mutatott a beutalási gyakorlat, mint a referencia. A

Jászapáti és a Berettyóújfalui Praxisközösségben minden negyedévben szignifikánsan alacsonyabb volt a beutalási gyakorlat, mint a referencia. A Borsodnádásdi Praxisközösségben 7 negyedévben (2013. IV. negyedév-2014. II. negyedév között és 2014. IV. negyedév és 2015. III. negyedév között), a Hevesi Praxisközösségben 3 negyedévben (2014. II. negyedév-2014. IV. negyedév között) volt a referenciánál szignifikánsan alacsonyabb a beutalási gyakorlat.

F102. Kor, nem, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív beutalási gyakorlat negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenciós területen

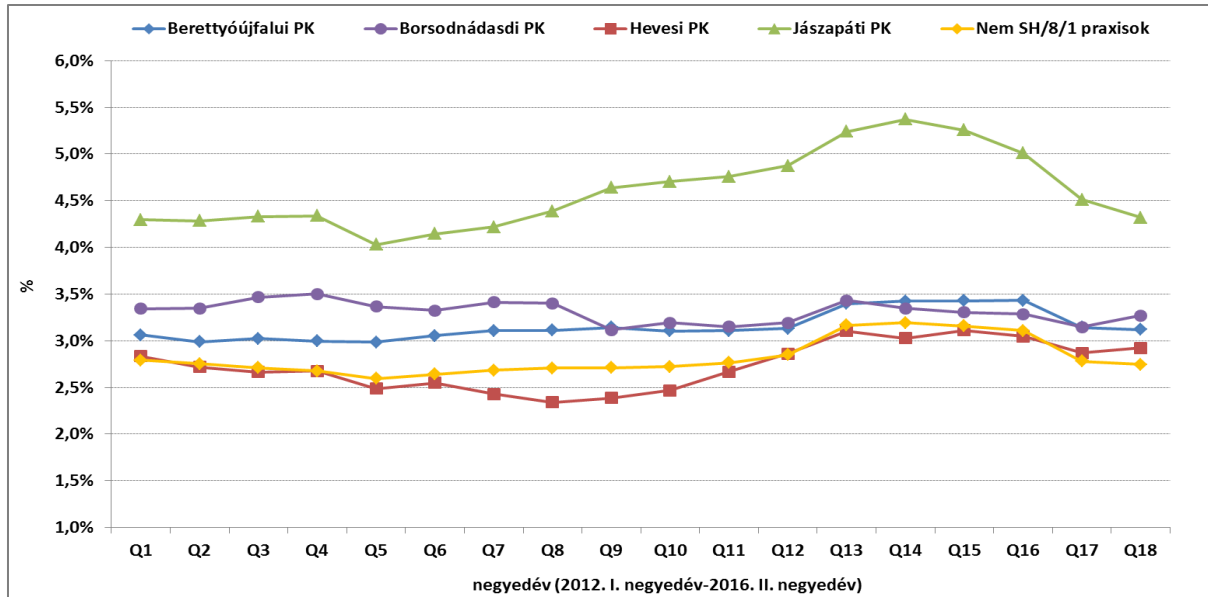


D.3.3.15. Az antibiotikum rendelés gyakoriságának alakulása

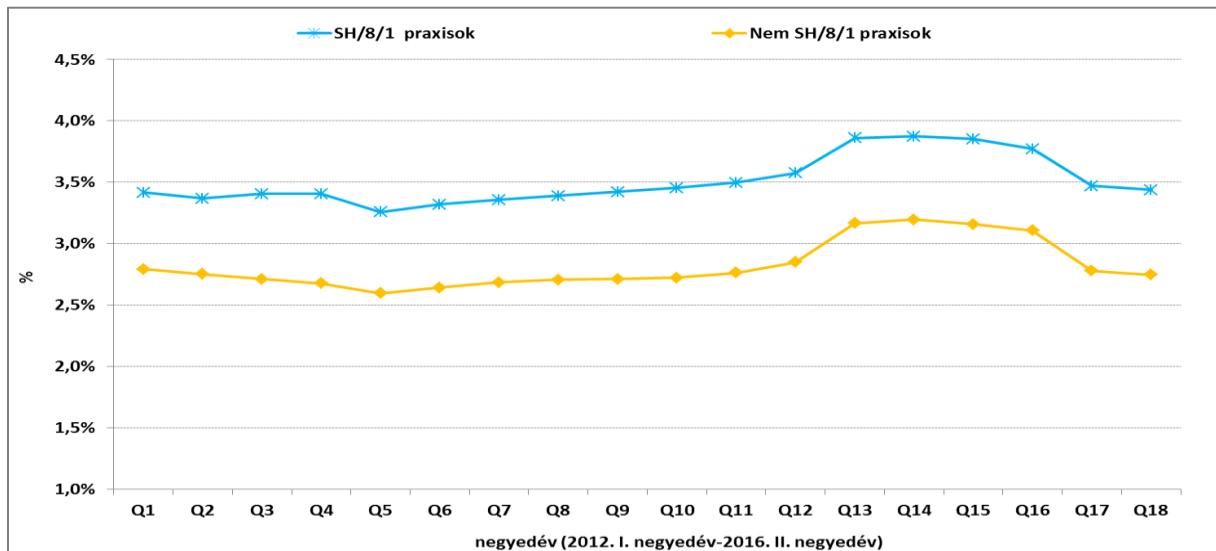
A praxisközösségekben az antibiotikum rendelés gyakorisága a vizsgált években, Jászapáti Praxisközösséget leszámítva jelentősen nem változott. Minden negyedévben Jászapáti Praxisközösségben volt a legmagasabb a kiváltási arány. (F103. ábra) Az antibiotikumot kiváltás

gyakorisága folyamatosan magasabb volt az SH/8/1 praxisokban, mint a nem SH/8/1 praxisokban. (F104. ábra)

F103. Antibiotikum rendelési gyakoriság alakulása negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben

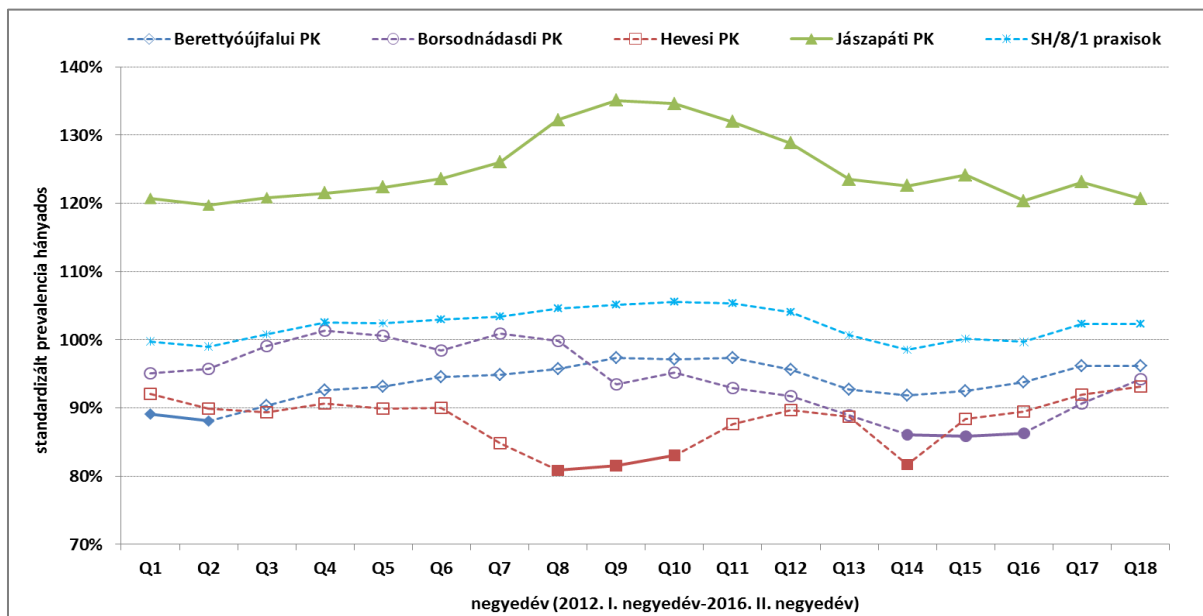


F104. Antibiotikum rendelési gyakoriság alakulása negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



A Jászapáti Praxisközösségben minden negyedévben szignifikánsan magasabb volt az antibiotikum rendelés gyakorisága. Ez a gyakorlat a Berettyóújfalui Praxisközösségben alacsonyról átlagosra változott. A Borsodnádásdi Praxisközösségben 3, a Hevesi Praxisközösségben 4 negyedévben volt alacsony az indikátor érték, mely az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve minden negyedévben átlagosnak mutatkozott.

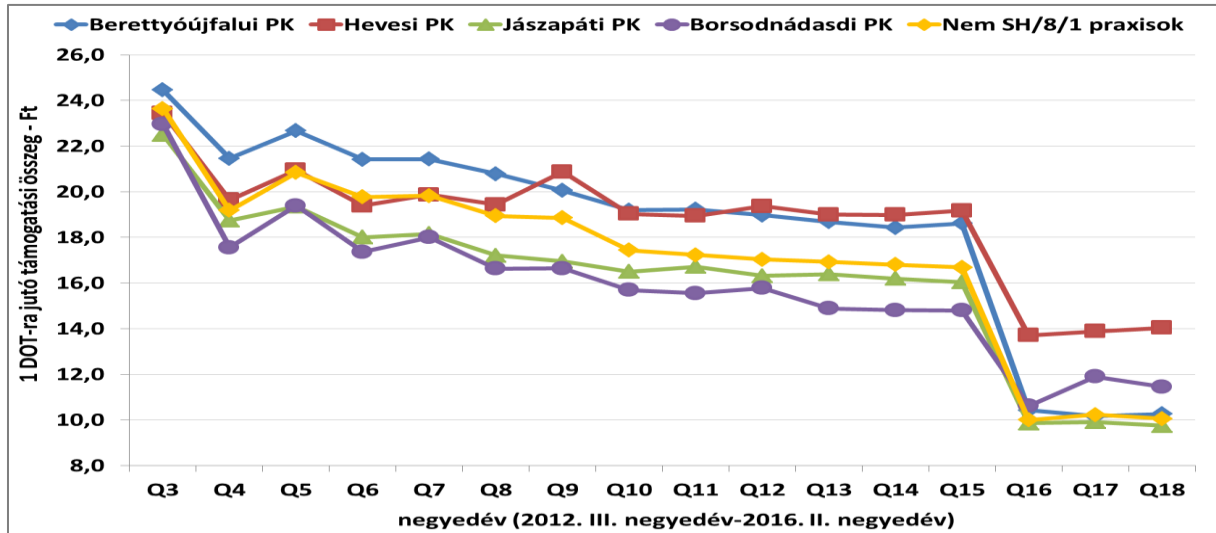
F105. Kor, nem, megye, településtípus és képzettség szerinti standardizált relatív antibiotikum felírási gyakorlat negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenció területen



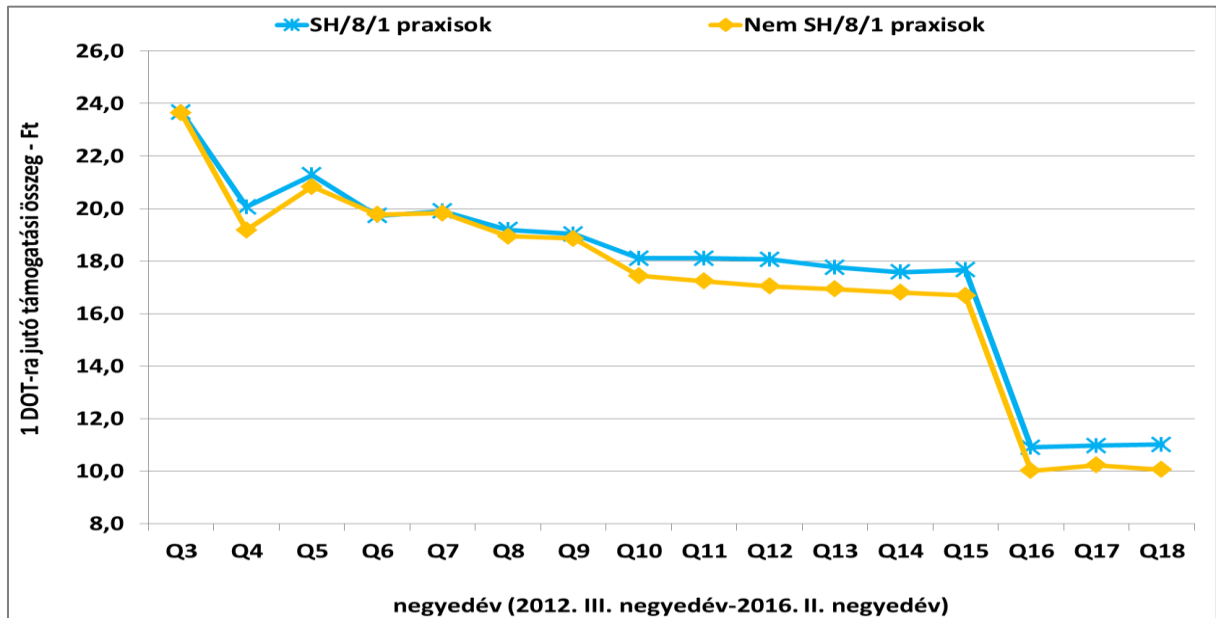
D.3.3.16. A gyomorbántalmak kezelésében alkalmazott szerek napi dózisára jutó támogatási összegek alakulása

A praxisközösségekben a gyomorbántalmak kezelésében alkalmazott szerek napi dózisára jutó támogatási összeg csökkent. A Borsodnádásdi Praxisközösségben volt a legalacsonyabb a támogatás összege, míg a legmagasabb érték a Berettyóújfalui és Hevesi Praxisközösségekben volt megfigyelhető. (F106. ábra) A gyógyszerrendelési támogatás összege kismértékben magasabb volt az SH/8/1 praxisokban, mint a nem SH/8/1 praxisokban. (F105. ábra)

F106. Gyomorbántalmak kezelésében alkalmazott szerek napi dózisára jutó támogatási összegek alakulása negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben



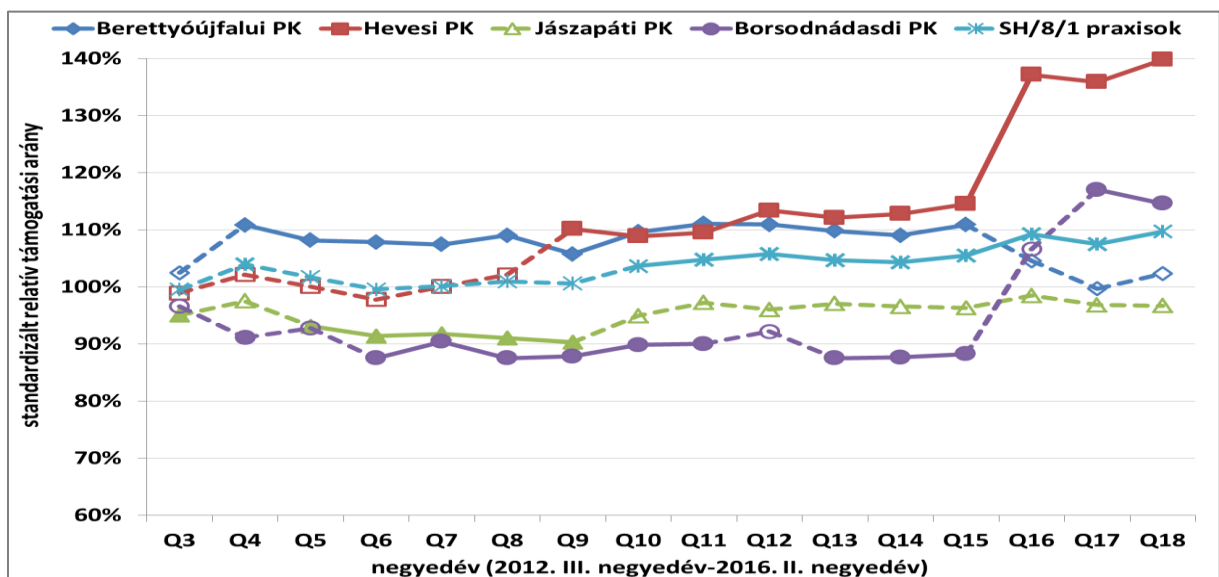
F107. Gyomorbántalmak kezelésében alkalmazott szerek napi dózisára jutó támogatási összegek alakulása negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



A Jászapáti Praxisközösségben szignifikánsan alacsonyról átlagosra változott a támogatási arány. A Hevesi Praxisközösségben az átlagosról szignifikánsan a referencia érték

főlé növekedett, míg a Berettyóújfalui Praxisközösségben szignifikánsan magasabb volt a gyógyszerrendelési támogatás a referencia értékhez képest. A Borsodnádásdi Praxisközösségben a szignifikánsan alacsonyról átlagosra, majd szignifikánsan magasra emelkedett a támogatási arány. Az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve a gyógyszerrendelési támogatás mértéke az átlagosról szignifikánsan magasra változott.

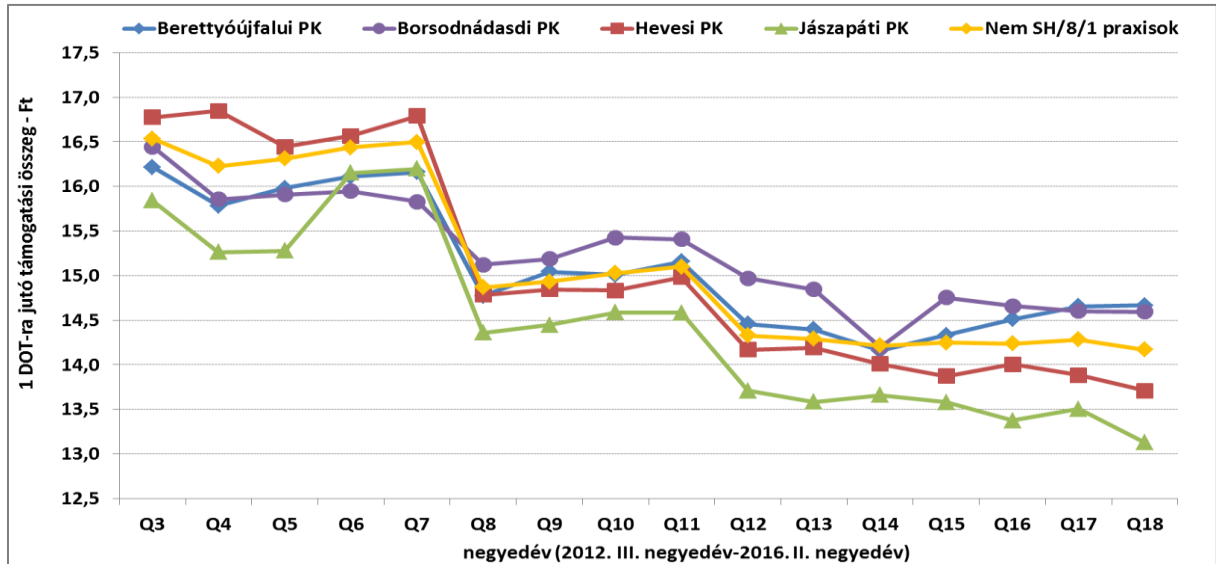
F108. Kor és nem szerint standardizált gyomorbántalmak kezelésében alkalmazott szerek napi dózisára jutó relatív támogatási arány negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenció területen



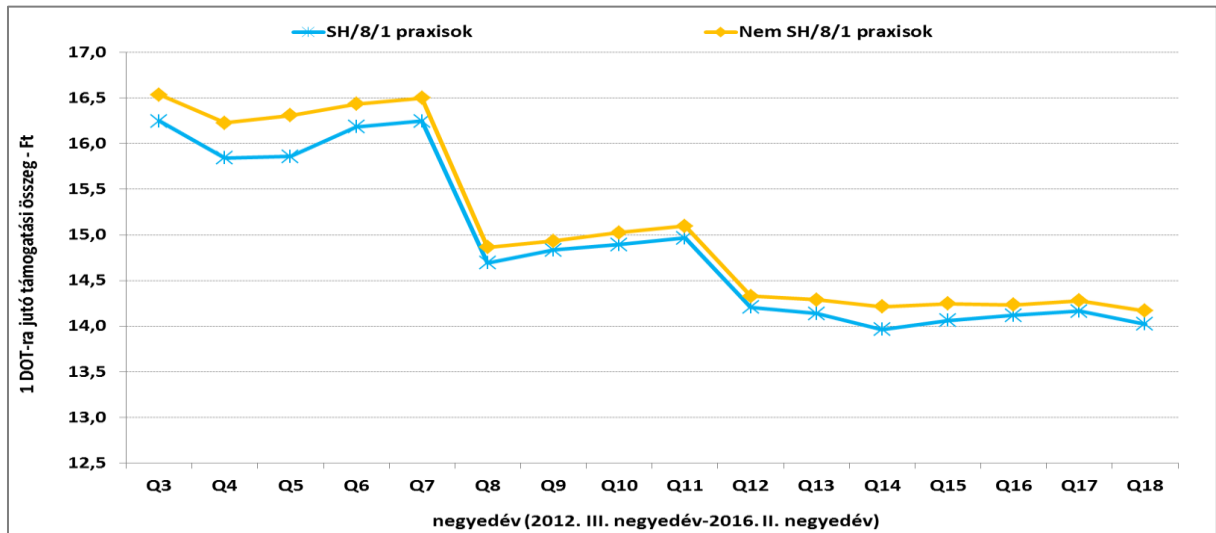
D.3.3.17. Az orális antidiabetikumok napi dózisára jutó támogatási összegek alakulása

A praxisközösségekben az orális antidiabetikumok egy napi dózisára jutó támogatási összeg csökkent. A Jászapáti Praxisközösségben volt a legalacsonyabb a támogatási összeg, míg a Borsodnádásdi Praxisközösségben volt a legmagasabb a napi dózisra jutó támogatási összeg. (F109. ábra) Az orális antidiabetikumok napi dózisára jutó támogatási összeg minden negyedévben alacsonyabb volt az SH/8/1 praxisokban, mint a nem SH/8/1 praxisokban. (F110. ábra)

F109. Orális antidiabetikumok napi dózisára jutó támogatási összegek alakulása negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben

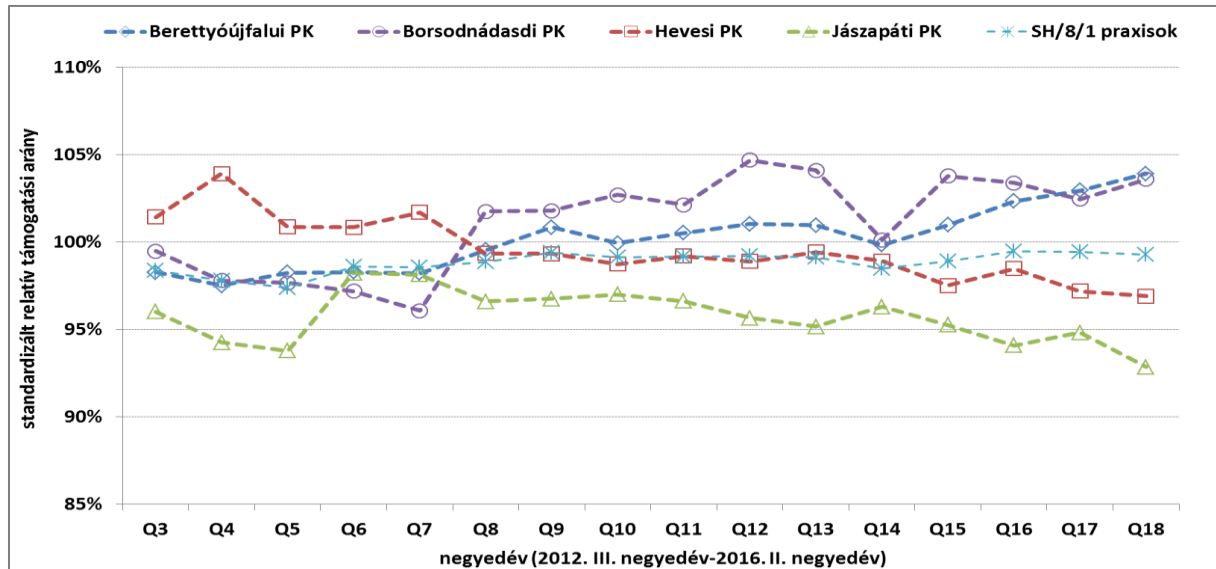


F110. Orális antidiabetikumok napi dózisára jutó támogatási összegek alakulása negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



Az orális antidiabetikumok napi dózisára jutó támogatás a praxisközösséget külön-külön és az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve nem tért el szignifikánsan a vizsgált időszakban sohasem a referencia átlagtól.

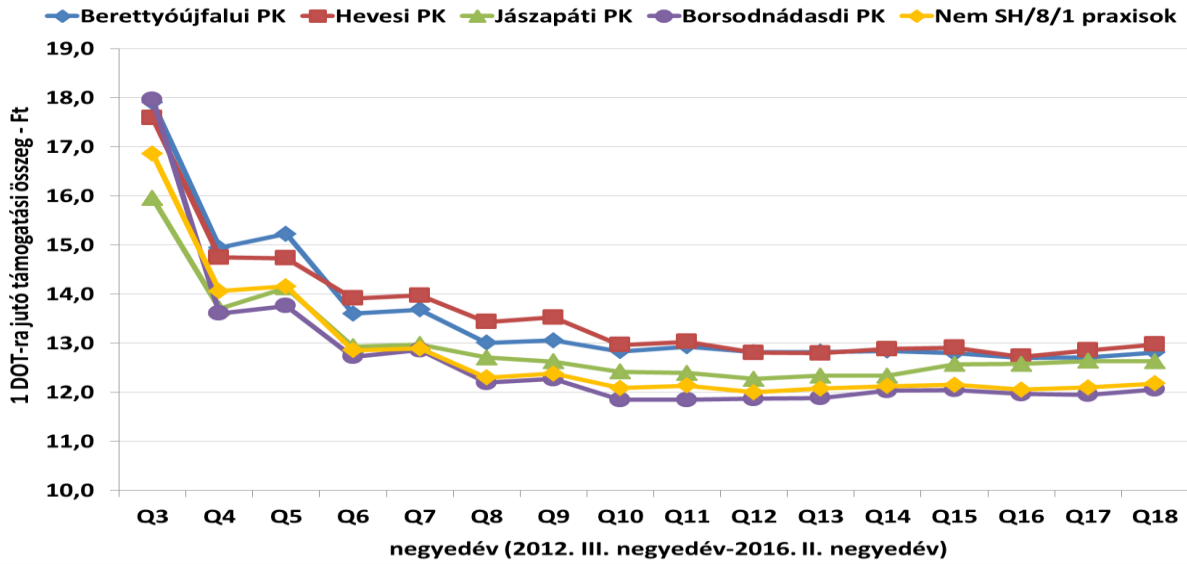
F111. Kor és nem szerint standardizált orális antidiabetikumok napi dózisára jutó relatív támogatási arány negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenció területén



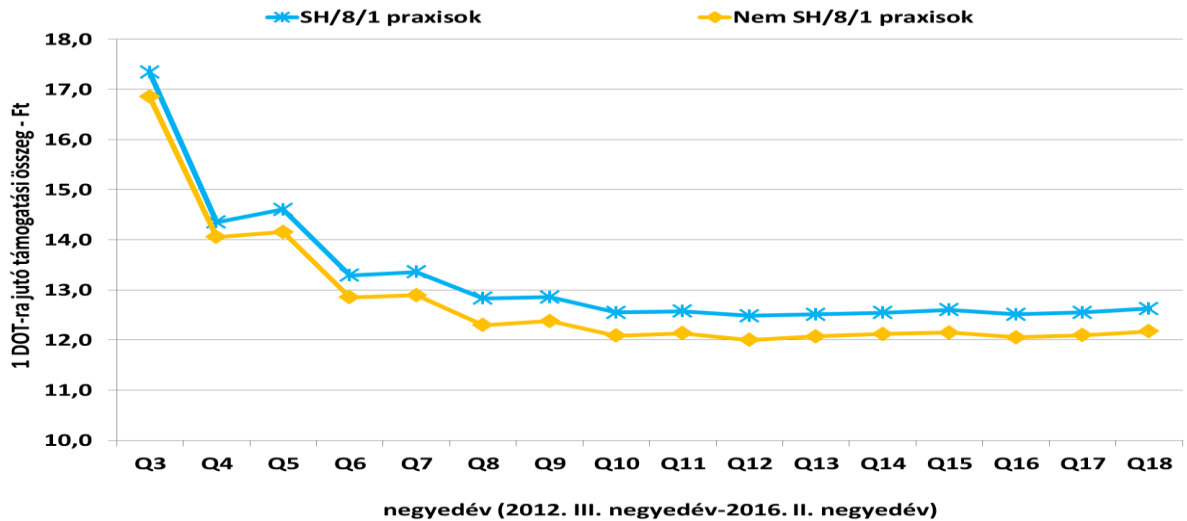
D.3.3.18. A renin-angiotensin rendszerre ható vérnyomás csökkentő készítmények napi dózisára jutó támogatási összegek alakulása

A praxisközösségekben a renin-angiotensin rendszerre ható vérnyomás csökkentő készítmények napi dózisára jutó támogatási összeg csökkent. A Borsodnádásdi Praxisközösségben volt a legalacsonyabb a támogatás összege, míg a legmagasabb érték a Hevesi Praxisközösségekben volt megfigyelhető. (F112. ábra) A gyógyszerrendelési támogatás összege folyamatosan magasabb volt az SH/8/1 praxisokban, mint a nem SH/8/1 praxisokban. (F113. ábra)

F112. Renin-angiotensin rendszerre ható vérnyomás csökkentő készítmények napi dózisára jutó támogatási összegek alakulása negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben



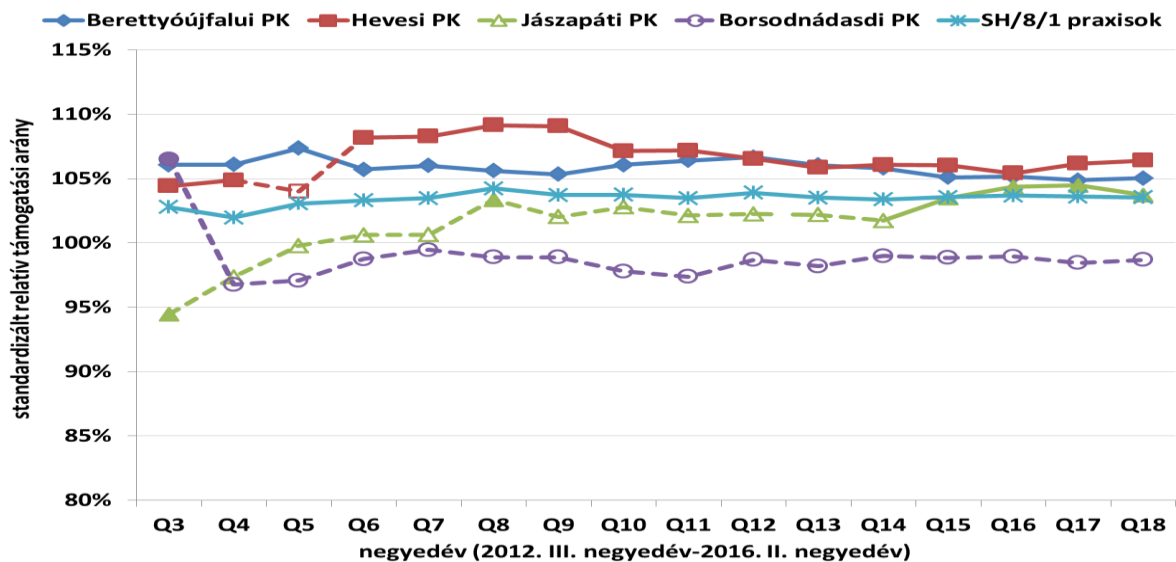
F113. Renin-angiotensin rendszerre ható vérnyomás csökkentő készítmények napi dózisára jutó támogatási összegek alakulása negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



A Jászapáti Praxisközösségben az átlagosról szignifikánsan a referencia érték fölé emelkedett a támogatás mértéke. A Hevesi és Berettyóújfalui Praxisközösségekben szinte

minden negyedévben szignifikánsan magasabb volt, a Borsodnádasi Praxisközösségben nem tért el szignifikánsan a referenciától a támogatási arány. Az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve a gyógyszerrendelési támogatási arány minden negyedévben magasabb volt a referenciánál.

F114. Kor és nem szerint standardizált renin-angiotensin rendszerre ható vérnyomás csökkentő készítmények napi dózisára jutó relatív támogatási arány negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenciós területen

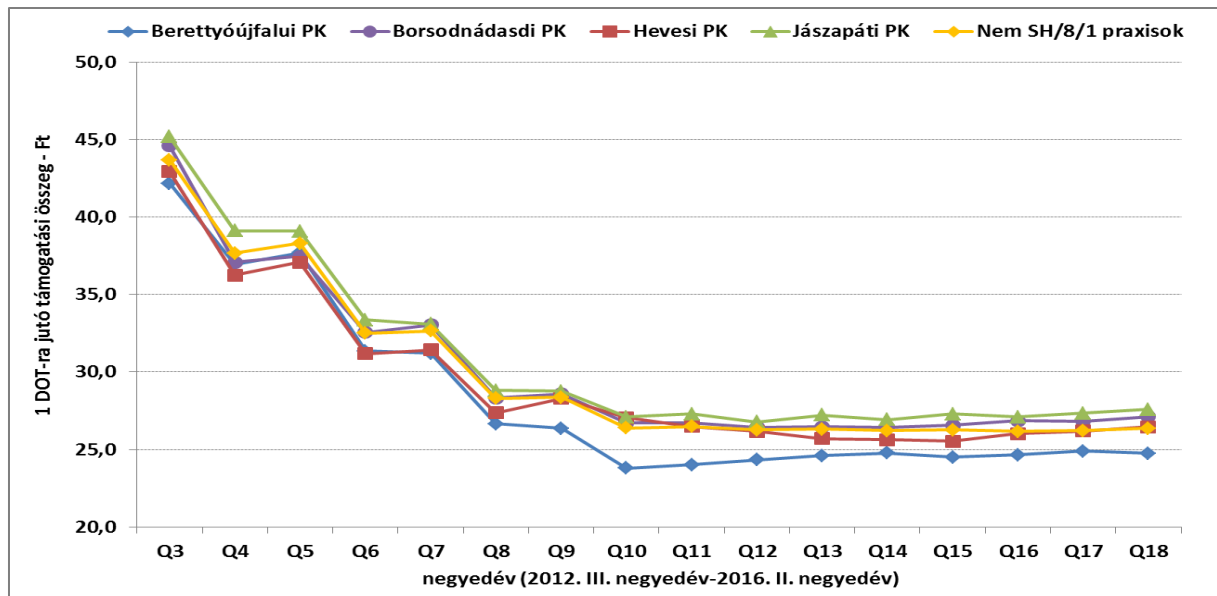


D.3.3.19. A vérzsír szintet szabályozó készítmények napi dózisára jutó támogatási összegek alakulása

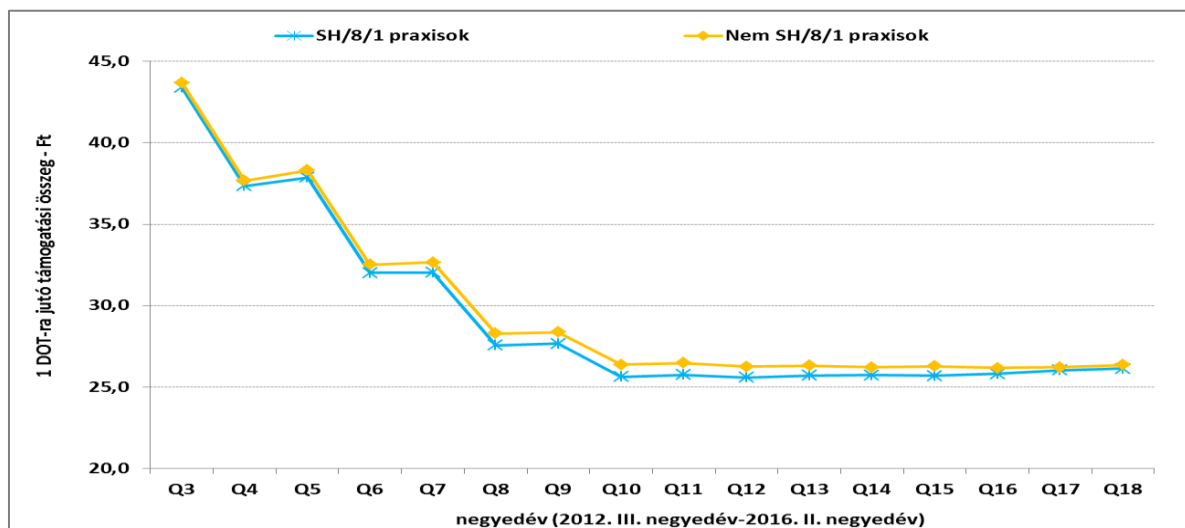
A praxisközösségekben a vérzsír szintet szabályozó készítmények napi dózisára jutó támogatás mértéke csökkent. A Berettyóújfalu Praxisközösségben volt a legnagyobb a csökkenés mértéke. (F115. ábra) A vérzsír szintet szabályozó készítmények 1 DOT-ra jutó

összege folyamatosan csökkent és minden negyedévben alacsonyabb volt az SH/8/1 praxisokban, mint a nem SH/8/1 praxisokban. (F116. ábra)

F115. Vérsírszintet szabályozó készítmények napi dózisára jutó támogatási összegek alakulása negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben

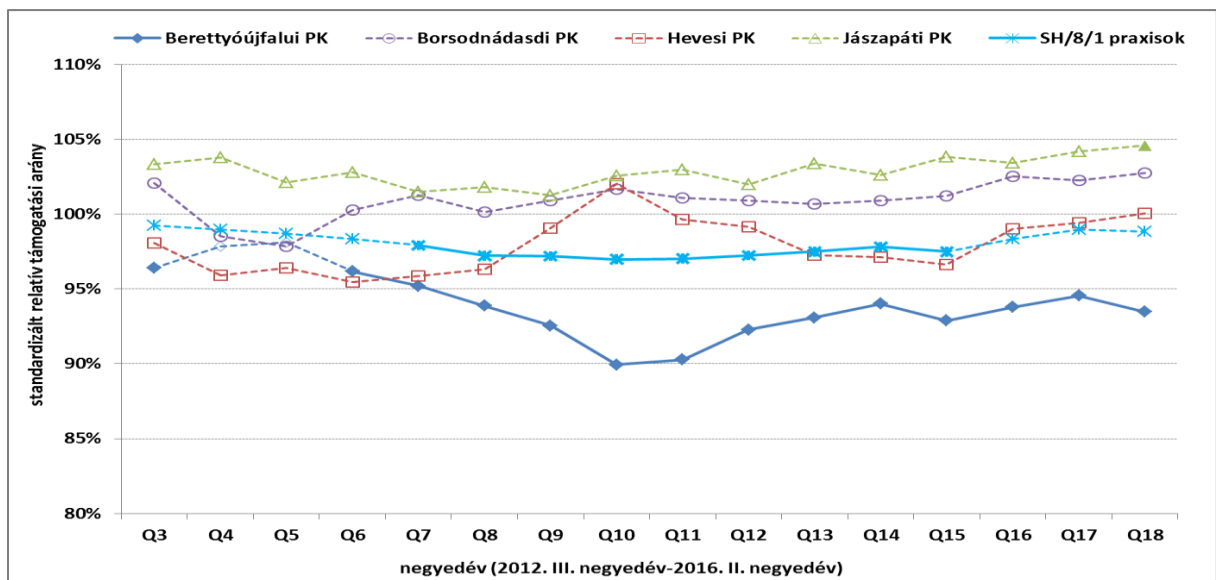


F116. Vérsírszintet szabályozó készítmények napi dózisára jutó támogatási összegek alakulása negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program működési területén és az ország többi praxisában



A Berettyóújfalui Praxisközösségben a referencia értékhez képest szignifikánsan alacsonyabb és csökkenő a vérszintet szabályozó készítmények napi dózisára jutó támogatási aránya. A többi praxisközösségben támogatás mértéke átlagosnak bizonyult. Az SH/8/1 praxisközösségeket együttesen nézve a támogatás mértéke szignifikánsan alacsonyról átlagosra változott.

F117. Kor és nem szerint standardizált vérszintet szabályozó készítmények napi dózisára jutó relatív támogatási arány negyedévente, a Svájci Hozzájárulás Program praxisközösségeiben és a teljes intervenciós területen



D.3.4. MEGÁLLAPÍTÁSOK

Az életkorra, nemi összetételre, képzettségre, megyére és településtípusra korrigált indikátorok **kedvező irányú változást mutattak** az országos referencia szintekhez képest az alábbi végpontokon:

- A regisztrált gondozottak **prevalenciája emelkedett mindkét korcsoportban hipertónia, és a fiatalabb korosztályban diabétesz esetében.** Tekintettel a 18 negyedéves követési időre, gyakorlatilag kizárható, hogy a kórképek incidenciájának emelkedése áll a jelenség hátterében. A korábban fel nem ismert betegségek egészségállapot felmérés során történő kiszűrése és gondozásba vétele magyarázhatja a trendet. A hipertóniás

1

HAJDÚ-BIHAR:

- Berettyóújfalu
- Hencida • Komádi
- Magyarhomorog
- Mezőpeterd

2

BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:

- Borsodnádasd
- Arló
- Járdánháza
- Borsodszentgyörgy

3

HEVES:

- Heves
- Átány
- Kömlő
- Tiszanána

4

JÁSZ-NAGYKUN - SZOLNOK:

- Jászapáti
- Jász Kisér
- Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!****354**

indikátor esetében elmondható, hogy az összes praxisközösségben javult a teljesítmény. Diabétesz esetében lényegében csak a hevesi praxisközösségben emelkedett az indikátor. Hipertónia esetén ezért valószínű, hogy maga a praxisközösségi modell volt hatékony. Diabétesz esetében nem utal az indikátor alakulása a praxisközösségi protokollok hatékonyságára.

- A krónikus betegségek gondozási hatékonysága két indikátor esetében is jelentős javulást mutatott. **A szérum kreatininszint meghatározás hipertóniás betegek közt, és a vérsírszint meghatározás diabetes mellitusban és/vagy hipertóniában szenvedők közt emelkedett jelentős mértékben.** Mindkét indikátor esetében elmondható, hogy az összes praxisközösségben javult a teljesítmény, ami azt valószínűsíti, hogy maga a praxisközösségi modell volt hatékony.
- **A beutalási gyakorlatban lényeges javulás** volt megfigyelhető, mert a járóbetegszakellátásban háziiorvosi beutalóval megjelentek aránya jelentős mértékben csökkent mindegyik praxisközösségben, ami azt valószínűsíti, hogy maga a praxisközösségi modell volt hatékony.

Az életkorra, nemi összetételre, képzettségre, megyére és településtípusra korrigált indikátorok **nem mutattak változást** az országos referencia szintekhez képest az alábbi végpontokon:

- **A mammográfiai vizsgálaton résztvevők aránya** átmenetileg emelkedett, de tartósan nem mutatott változást. A praxisközösségek jelentős mértékben eltérő trendet írtak le. Az indikátor nem utal arra, hogy a praxisközösségi modell javította volna a hatékonyságot.
- A krónikus betegek két gondozási indikátora (**béta-blokkoló alkalmazása az ischaemiás szívbetegségben szenvedők gondozása során; HbA1c meghatározás diabeteszes betegek közt**) lényegében semmilyen eltérést nem mutatott a referencia szinttől olyan módon, hogy az egyes praxisközösségek sem tértek el az országos átlagértéktől. Mindkét indikátor esetében az emelkedő országos trendhez való csatlakozás volt megfigyelhető. Erre a két indikátorra nem volt képes hatást gyakorolni a praxisközösségi ellátás-szervezési modell.
- A **regisztrált gondozottak** prevalenciája változatlan maradt **diabétesz esetében** az idősebb korcsoportban. A praxisközösségek trendjei lényegesen eltértek egymástól. Az indikátor nem utal arra, hogy a praxisközösségi modell javította volna a hatékonyságot.



- A **szemészeti vizsgálat gyakorisága diabéteszes betegek közt** a praxisközösségek területén átmenetileg volt csak rosszabb, mint az országban általában; egyébként átlagos volt a praxisközösségi teljesítmény. Az egyes praxisközösségek közt azonban jelentősek voltak az eltérések mind az indikátorok értékei mind az indikátorok trendjei szempontjából. Az indikátor nem utal arra, hogy a praxisközösségi modell javította volna a hatékonyságot.
- A **légzésfunkciós vizsgálatok gyakorisága COPD-s betegekénél** lényegesen rosszabb volt a praxisközösségekben, mint az országban általában. A megfigyelt időszakban nem változott a praxisközösségi teljesítmény. A Berettyóújfalui Praxisközösség indikátora folyamatosan és lényegesen rosszabb volt, mint az országos referencia. A többi praxisközösség országos átlagnak megfelelő teljesítményt nyújtott. Nem tűnik valószínűnek, hogy a praxisközösségi ellátási modell befolyásolta ezt az indikátort.
- A kezdeti időszakban az országos átlagnak megfelelő **antibiotikum felhasználás** folyamatosan ezen a szinten is maradt. A praxisközösségek közt jelentősek voltak a különbségek. A praxisközösségi ellátási modell nem befolyásolta ezt az indikátort.
- Az orális **antidiabetikumok, a renin-angiotenzin rendszerre ható vérnyomáscsökkentő és a vérzsírszintet szabályozó készítmények** napi dózisára jutó támogatási összeg indikátorai összességében nem változtak. A praxisközösségek közti különbségeket a renin-angiotenzin rendszerre ható vérnyomáscsökkentő és a vérzsírszintet szabályozó készítmények trendjei esetében lehetett megfigyelni. Nem tűnik valószínűnek, hogy a praxisközösségi ellátási modell befolyásolta ezt az indikátort.

Az életkorra, nemi összetételre, képzettségre, megyére és településtípusra korrigált indikátorok **kedvezőtlen irányú változást mutattak** az országos referencia szintekhez képest az alábbi végpontokon:

- **Influenza elleni átoltottság** szignifikánsan romlott mindkét elemzett célcsoport esetében a praxisközösségekben. De ez a praxisközösségek közti igen jelentős különbségek mellett valósult meg. Emiatt a praxisközösségi modell hatékonyságára vonatkozóan nem adódik kézenfekvő következtetés ennél az indikátornál.
- A **gyomorbántalmak kezelésében alkalmazott gyógyszerek** napi dózisára jutó támogatási összeg emelkedett a praxisközösségekben összességében, ami mögött a Hevesi és a Borsodnádasi Praxisközösségek lényegesen emelkedő trendje volt, a másik két



praxisközösség változatlan trendje mellett. Emiatt a praxisközösségi modell hatékonyságára vonatkozóan nem adódik kézenfekvő következtetés ennél az indikátornál.

D.3.5. KÖVETKEZTETÉS

A praxisközösségekben folyó **háziiorvosi tevékenység praxis-elhelyezkedéstől és az ellátottak szocio-demográfiai státuszától független**, az országos referencia szintekhez statisztikai tesztekkel viszonyított teljesítményindikátorainak az időtrendjeit értékelve, és figyelembe véve, hogy ezek a trendek viszonylag homogén módon mindegyik praxisközösségben megfigyelhetők voltak-e (T63. táblázat), úgy tűnik, hogy **a praxisközösségi szolgáltatási forma nem rontotta egyik végponton sem az alapellátási teljesítményt. Javította viszont a hipertónia korai felismerésének és gondozásának hatékonyságát**; mindezt úgy érte el, hogy közben csökkent a háziiorvosi beutalások intenzitása is. Az **indikátorok többségénél viszont nem lehetett a praxisközösségi ellátási formához köthető lényeges teljesítményváltozást megfigyelni.**

T63. A praxisközösségi szolgáltatások hatékonysága a praxisok elhelyezkedésére (megyéjére, településtípusára) és az ellátottak szocio-demográfiai jellemzőire (életkori és nemi összetételére, relatív képzettségére) korrigált alapellátási indikátorok 2012. első negyedév és 2016 második negyedév közti időben mutatott változásai alapján

	változás az intervencíós területen	praxisközösségek közti eltérések	átmeneti hatások	Praxisközösségi Modell értékelése
Influenza elleni védőoltás (65 éves és annál idősebbek)	kedvezőtlen	heterogenitás	+	nincs hatás
Influenza elleni védőoltás (65 év alatti krónikus betegek)	kedvezőtlen	heterogenitás	-	nincs hatás
Mammográfia (45-65 éves nők)	változatlan	heterogenitás	+	nincs hatás
Magas vérnyomás prevalencia (40-54 év)	kedvező	heterogenitás	-	pozitív hatás



Magas vérnyomás prevalencia (55-69 év)	kedvező	heterogenitás	-	pozitív hatás
Szérum kreatininszint meghatározás (hipertóniás betegek)	kedvező	homogenitás	+	pozitív hatás
Vérzsír vizsgálat (diabéteszes és/vagy hipertóniás betegek)	kedvező	homogenitás	+	pozitív hatás
Béta-blokkoló (ischaemiás szívbeteg)	változatlan	homogenitás	-	pozitív hatás
Diabétesz prevalencia (40-54 év)	kedvező	heterogenitás	-	nincs hatás
Diabétesz prevalencia (55-69 év)	változatlan	heterogenitás	-	nincs hatás
HbA1c mérés (Diabéteszes betegek)	változatlan	homogenitás	-	nincs hatás
Szemészeti vizsgálat (Diabéteszes betegek)	változatlan	heterogenitás	-	nincs hatás
Légzésfunkciós vizsgálat (COPD-s betegek)	változatlan	homogenitás	-	nincs hatás
Beutalási gyakorlat	kedvező	heterogenitás	-	pozitív hatás
Antibiotikus kezelés	változatlan	homogenitás	-	nincs hatás
Gyomorbántalmak kezelésében alkalmazott szerek napi dózisára jutó támogatási összeg	kedvezőtlen	heterogenitás	-	nincs hatás
Orális antidiabetikumok napi dózisára jutó támogatási összeg	változatlan	homogenitás	-	nincs hatás
Renin-angiotensin rendszerre ható vérnyomás csökkentő készítmények napi dózisára jutó támogatási összeg	változatlan	homogenitás	-	nincs hatás
Vérzsírszintet szabályozó készítmények napi dózisára jutó támogatási összeg	változatlan	heterogenitás	-	nincs hatás



D.4. A PROGRAM HATÁSA AZ ELLÁTÓRENDSZER MŰKÖDÉSÉRE OEP/NEAK ADATOK ALAPJÁN

D.4.1. BEVEZETÉS

Jelen fejezet célja, hogy átfogó, kvantitatív szempontú áttekintést adjon OEP/NEAK adatok alapján a Modellprogram által érintett populáció szolgáltatás-igénybevételéről, illetve annak egészségügyi finanszírozási implikációról, ügyelve a Program hatásainak elkülönítésére. A Program társadalombiztosítási hatásainak statisztikai értékelésével és a Program kiterjesztésével kapcsolatos társadalombiztosítási terhekkel az D.5. fejezet foglalkozik részletesen.

D.4.2. A HATÁSELEMZÉS MÓDSZERTANA

Az ellátórendszer működésére gyakorolt hatás elemzéséhez az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP/NEAK) finanszírozási adatbázisából gyűjtöttünk adatokat a 2012. július (vagyis a Program indulása) és 2015. december (vagyis az adatkérés időpontjában elérhető legfrissebb adatokra) közötti időszakra vonatkozóan. Az adatgyűjtés során a társadalombiztosítási azonosító jelek (TAJ) azon körét vettük figyelembe, amelyek a vizsgált időszakban bejelentkezve voltak a Programban résztvevő háziiorvosi praxishoz, illetve a kontrollcsoportként szolgáló háziiorvosi praxisokhoz. Kontrollként egyrészt a Debreceni Egyetem által koordinált, ún. HMAP¹⁴¹ praxisok szolgáltak (ld. HMAP- országos kontroll-1, 145 db háziiorvosi praxis, amely életkor és nem szerint országos referencia mintának tekintendő), másrészt a Semmelweis Egyetem és az OEP/NEAK által KSH adatok alapján azonosított, ún. területi kontroll praxisok (ld. Területi Kontroll, 20 db, a Programba bevont praxisoktól 15-20 km-es távolságokban elhelyezkedő, településszerkezet, lélekszám, szocio-demográfia, szakértői vélemény alapján kontrollnak tekintendő praxisok¹⁴²). Az összegyűjtött adatokat az

¹⁴¹ HMAP: Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program, ld. bővebben itt:

<http://www.publichealth.hu/nepc.php?mlink=54&mmid=1&mt=1&smid=3&tmid=1>

¹⁴² A következő kódjelzéssel ellátott praxisok: 50091015, 50091039, 50091040, 50091060, 50091134, 50091136, 50091137, 50091300, 50091310, 50091581, 90090181, 90090223, 100090034, 100090148, 100090191, 160090003, 160090042, 160090132, 160090155, 160090226.



359

OEP/NEAK aggregálva, havi bontásban bocsátotta rendelkezésre, ügyelve arra, hogy a vizsgált praxisokhoz bejelentkezett személyek anonimitása megmaradjon.

Az adatgyűjtés tervezése során az ellátórendszer működésére vonatkozóan a következő, összesen 4 adatsor szolgáltatását kértük az OEP/NEAK-tól (háziiorvosi praxisonként (külön jelölve a Modellprogramban résztvevő praxisokat, és a kontrollcsoportba tartozó praxisokat), havi bontásban:

- 1) Háziiorvosi praxisokhoz bejelentkezett TAJ-ok száma
- 2) Háziiorvos-beteg találkozások száma
- 3) Háziiorvosokhoz bejelentkezett biztosítottak által igénybe vett ellátások teljesítményadatai
- 4) Háziiorvosokhoz bejelentkezett biztosítottak által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások társadalombiztosítási költségei kasszánként.

A járóbeteg-ellátás keretében igénybe vett szolgáltatásokat egy igénybe vevő TAJ-ra jutó átlagos pontértékével, illetve a fekvőbeteg-ellátás keretében igénybe vett szolgáltatásokat egy igénybe vevő TAJ-ra jutó átlagos homogén betegségcsoport (HBCs) pontértékével azonosítottuk, összhangban a 3-4 pontokban kért adatokkal.

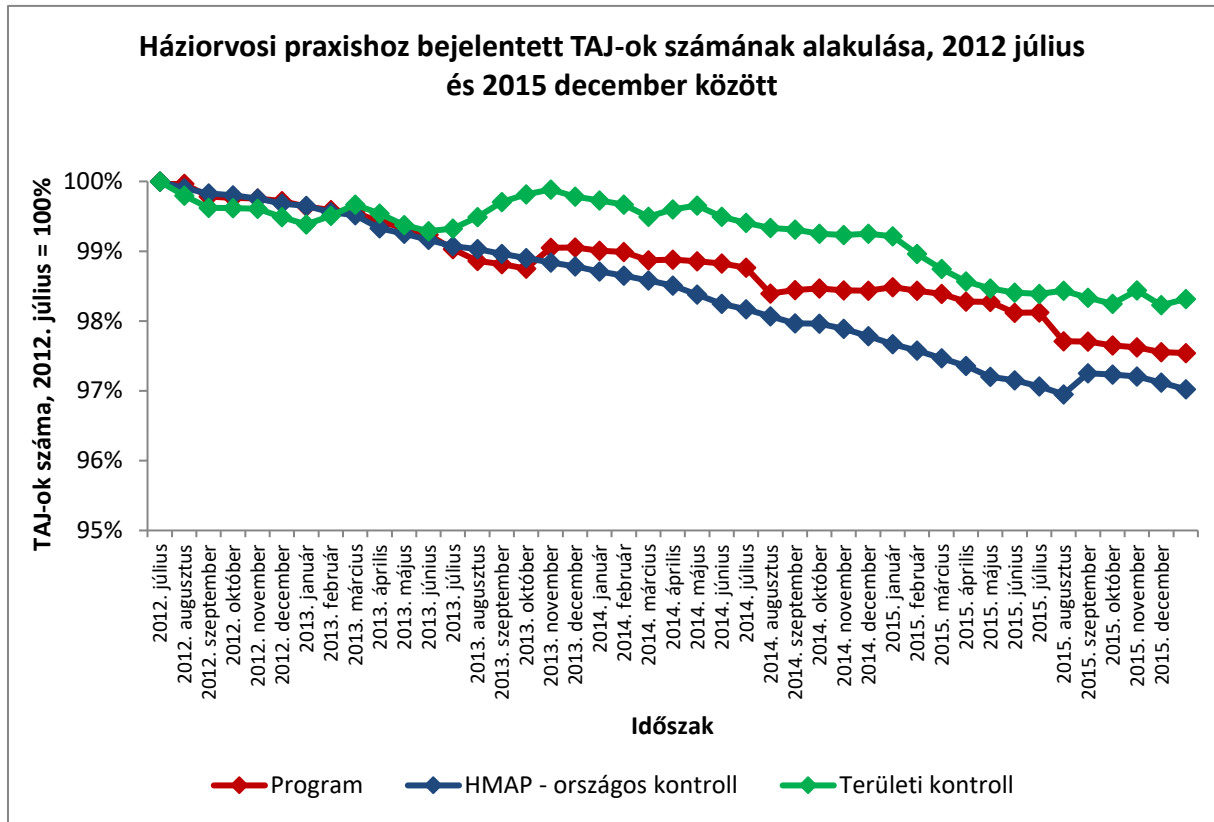
Az adatelemzéshez a Programba bevont praxisnak tekintettük a Praxisközösségi Eljárásrendben szereplő 24 háziiorvosi praxist. Az adatkérést az OEP/NEAK 2016 tavaszán bonyolította le. Az adatelemzést a Microsoft Excel szoftver segítségével végeztük el.

D.4.3. EREDMÉNYEK

D.4.3.1. Háziiorvosi praxisokhoz bejelentkezett TAJ-ok száma

A Programban résztvevő háziiorvosi praxisokhoz, illetve a kontroll praxisokhoz bejelentkezett TAJ-ok számát az F118. ábra mutatja. A jobb összehasonlíthatóság érdekében (mivel a két csoport elemszáma nagyban eltér) az ábrán látható görbék havi adatpontjainak kiszámítását úgy végeztük el, hogy a két csoportban külön-külön, 2012. július hónap, mint bázisidőszak arányában mutatjuk be a bejelentkezett TAJ számot.

F118. Háziorvosi praxishoz bejelentett TAJ-ok száma, 2012. július-2015 december



A bemutatott adatok alapján elmondható, hogy mind a Programba bevont, mind pedig a Kontrollpraxisok esetében a vizsgált időszak végére csökkent a bejelentkezett TAJ-ok száma: 2012 júliusában a Programba bevont háziorvosi praxisoknál valamennyi korcsoportra mindösszesen 44.659 TAJ-t tartottak nyilván, ami a vizsgált időszak végére, 2015 júliusára 40.037-re módosult, ami a bázisidőszak arányában 2.46%-os csökkenést jelent. A kontroll praxisokhoz 2012 júliusában összesen 253.284 TAJ-t tartottak nyilván, ami az időszak végére 245.993-ra változott, összességében 2.98%-os csökkenést képviselve a bázisidőszak arányában. A vizsgált időszak végére tehát a Program által érintett háziorvosi praxisok esetében **a kontroll praxisok üteménél mérsékeltebben csökkent a bejelentett TAJ-ok száma.** A TAJ számok csökkenése mögött halálozás (népességfogyás), lakóhely megváltozása (különösen a fejlesztendő, vagy munkanélküliséggel terhelt településeken) egyaránt állhat (rendezetlen társadalombiztosítási jogviszony ezt a mutatót nem befolyásolja). A kérdéskör részletes vizsgálata meghaladja jelen elemzés kereteit.



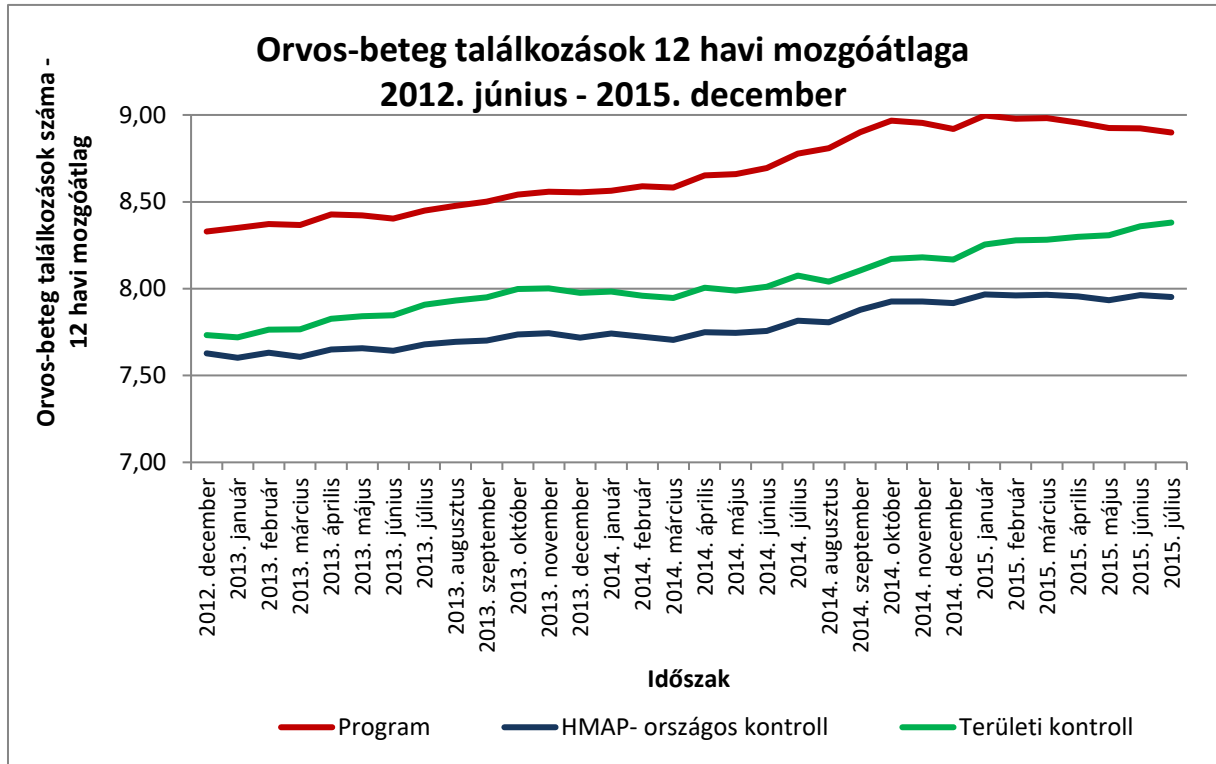
A vizsgált időszak eleji és végi adatok összehasonlításán túl nem hagyhatjuk figyelmen kívül az időszakban megfigyelt bejelentkezett TAJ-ok számainak változásának dinamikáját. Miközben a bejelentett TAJ-ok száma a kontrollpraxisok körében a vizsgált időszakban egyenletesen csökkenő dinamikát mutatott (a változás egyenlege egyik hónapról a másikra nem volt pozitív), addig a Program által érintett praxisok körében nem beszélhetünk ennyire homogén tendenciáról. Az utóbbi praxisok körében a bejelentett TAJ-ok száma 2013. májusáig bezárólag a kontrollpraxisokéhoz hasonló ütemet követve csökkent, majd egy rövid, egyszeri, intenzív esést követően 2013. őszén növekedést produkált, ezután pedig a kontroll ütemét nem meghaladó mértékben csökkent, egy 2014. nyári, erős csökkenési időszak mellett. Az egyszeri változásokat a görbék közötti, időszak végi különbséggel összevetve elmondható, hogy a különbség elsődleges forrásaként a TAJ-számok mérsékelt csökkenési üteme azonosítható.

D.4.3.2. Háziorvos-beteg találkozások száma

A háziorvos-beteg találkozások száma az alapellátás teljesítményére vonatkozóan informatív, azonban értelmezését nehezíti, hogy a találkozások száma függ a bejelentkezett TAJ-ok számától (értelemszerűen egy szűkebb TAJ kör képtelen ugyanolyan számú orvos-beteg találkozást produkálni, mint egy bővebb TAJ-kör). Ezen felül a találkozások száma havi bontásban meglehetősen nagy ingadozást mutat, ami nehezíti az elemzést. Ezt az adatok elemezhetőségében tapasztalt két problémát a háziorvos-beteg találkozások TAJ-körre vetítésével, illetve a 12 havi mozgóátlag alapján történő aggregálásával kezeltük. Az elemzés alapjául a háziorvosi praxisok B300 jelentései szolgáltak.¹⁴³ Módszertani megközelítésünkben kiindulási hipotézis volt, hogy a pozitív (vagyis az ellátást, kivizsgálást, továbbutalást igénylő esetek) eredményű praxisközösségi szűrések számszerű növekedést kell, hogy generáljanak a B300-as teljesítményadatokban is, amint az alább olvasható.

¹⁴³ A B300 jelentési adatai a praxisközösségi prevenciók rendelések (új háziorvosi többletszolgáltatás) orvos-beteg találkozási számadatait megkülönböztethető módon nem tartalmazzák, de a háziorvosi software használat révén a prevenciók rendelések betegforgalma a B300-as jelentésbe olvadva megjelenik (különösen beutalások, gyógyszerrendelés esetén).

F119. Az egy főre jutó házi orvos-beteg találkozások számának alakulása a teljes bejelentkezett TAJ-körre vetítve, 2012. július- 2015. december



Adatok forrása: OEP/NEAK

A házi orvos-beteg találkozások a teljes bejelentkezett TAJ-körre vetítésével előállított adatsor alapján elmondható, hogy **mindkét vizsgált csoportban emelkedett a bázisidőszakhoz képest a házi orvos-beteg találkozások száma.** Az abszolút számokat vizsgálva elmondható, hogy az egy bejelentkezett TAJ-ra jutó házi orvos-beteg találkozója magasabb volt a vizsgált időszak kezdetén a Program által érintett TAJ-körben (itt átlagosan 8,04 találkozás jutott egy TAJ-ra a 2012. június – 2013. május közötti időszakban), mint a kontrollként használt praxisokban (ahol átlagosan 7,63 találkozás jutott egy TAJ-ra ugyanezen időszakban). **A Program által érintett praxisok javára észlelt különbség az időszak végére növekedett:** a vizsgált időszak utolsó számítható adatpontján a Programban résztvevő praxisok esetében átlagosan 8,90, a kontroll praxisokban pedig 7,95 házi orvos-beteg találkozás esett 12 hónap alatt egy TAJ-ra. A részletes statisztikai értékelés (átlagos) 1600 fős praxisok esetén naponta mintegy 2 db többlettalálkozást mutatott ki az intervenciós praxisokban a Programmal összefüggésben.



A grafikonon látható az is mindkét kontrollhoz képest, hogy 2013. októberétől kezdett el növekedni a praxisközösségi körzetek betegforgalmi többlete, majd 2014 márciusától fokozottabb távolodás figyelhető meg a görbék között. Mindez a praxisközösségi egészségi állapotszűrések laborkérések miatti megjelenések hatásának tudható be főleg. Az időszak végi lecsengés leginkább a nyári időszakkal magyarázható.

A fenti tendenciák megfelelnek az előzetes várakozásoknak. A **napi cca 2 többlet orvos-beteg találkozás nagyobb részt az egészségi állapot felmérésekkel kapcsolatos laborkéréseknek, kisebb részt a preventációs rendelések hatásának tudható be.** A Program által érintett háziiorvosi praxisok esetében a **preventációs rendelések 6 hónap alatt összesen 1843 esettel növelték a háziiorvos-beteg találkozások számát** az intervenciós területen. Minden orvosnak havonta 16 preventációs konzultációt kellett biztosítania a bejelentett kliensei részére, ami havi 20 munkanappal kalkulálva **0,8 eset/nap többletnek** felelt meg. Amint korábban írtuk, ez a tevékenység beleolvadt a B300-as jelentési adatokba (így a fenti grafikon adatsorába), mivel a háziiorvosok a preventációs rendeléseken használták az OEP/NEAK teljesítményjelentési rendszeréhez kapcsolt háziiorvosi software programjaikat. Az ezen felül mért cca 1,2 orvos-beteg találkozás/nap az egészségi állapot felméréshez kapcsolódó laborkérések hatása, amely szintén megjelent a B300 forgalom növekményben. Utóbbi nem a háziiorvos, hanem a praxisnővérek számára okozott számottevő többletterhelést. A háziiorvos-beteg találkozás növekményét tehát mindezek ismeretében kell értelmezni.

A B300-ban, így az OEP/NEAK adatokon alapuló fenti grafikonon meg nem jelenő többletthez az egészségi állapot felmérések eredményeinek háziiorvosi kontrolljából eredt. A preventációs rendeléseken túl a praxisközösségek háziiorvosai és az EÁF-en átesett kliensek között virtuális találkozás is történt a támogató háttérinformatika segítségével. A programban minden háziiorvos napi-heti rendszerességgel követte a bejelentett kliensek EÁF eredményét, és azt a praxisközösségi eljárásrendnek megfelelően áttekintve további kliensútmenedzsment döntést hozott: gondozásba vett, differenciáldiagnosztikai lépéseket tett, illetve jóváhagyta a praxisközösségi kliensutat (többlet szolgáltatások indikációját). **Virtuális vizit 2015.03.01-08.31. között 5571 fő esetén történt, ami -a szolgáltatásban érintett- 21 db felnőtt és vegyes praxisra és 120 munkanapra átlagolva naponta cca. 2,2 virtuális vizitet jelent.**



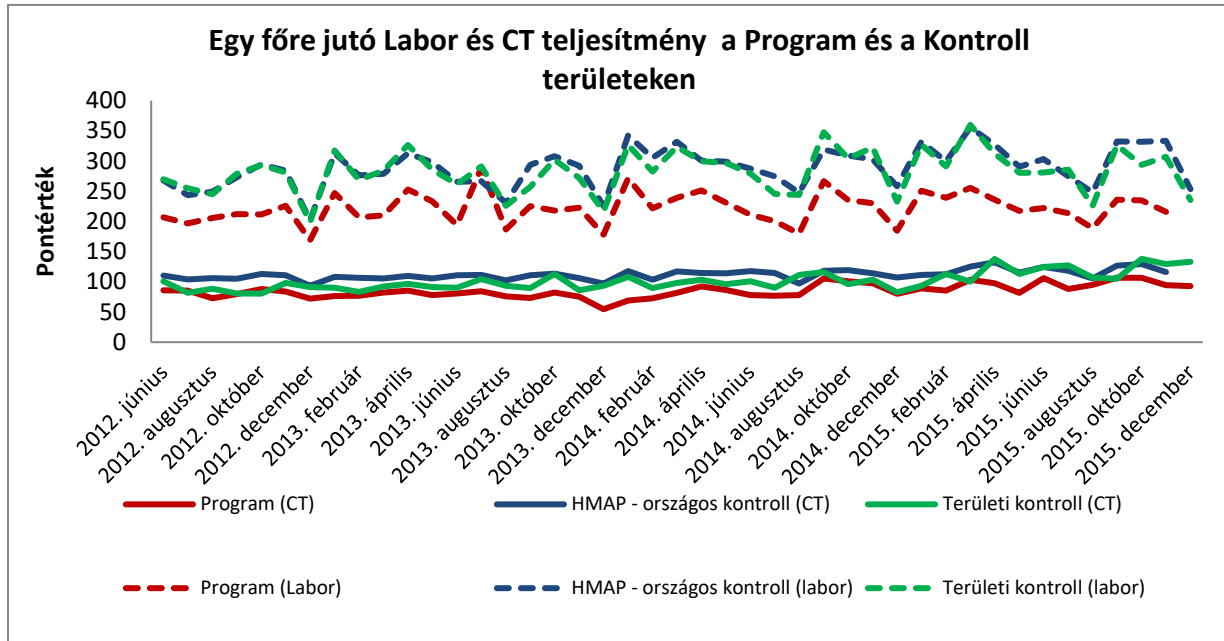
D.4.4. A HÁZIORVOSOKHOZ BEJELENTKEZETT BIZTOSÍTOTTAK ÁLTAL IGÉNYBE VETT ELLÁTÁSOK TELJESÍTMÉNYADATAI

Az ellátórendszer teljesítményének értékelésekor a **járó-, és fekvőbeteg-ellátást, valamint a labor és CT vizsgálatok vonatkozó idősorosan jelentett teljesítmény-, illetve kapcsolódó finanszírozási adatait elemeztük.** Az adatok forrása az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Finanszírozási Adatbázisába a vizsgált praxiskörök által jelentett **aggregált járóbeteg pont, HBCS súlyszámok és kapcsolódó kifizetések voltak.** A PK és a Kontroll területeken bejelentkezett biztosítottak adatait mutatjuk be.

D.4.4.1. A PK és a Kontroll terület háziorvosaihoz bejelentkezett biztosítottak által igénybe vett ellátások abszolút értéken vett teljesítményadatai

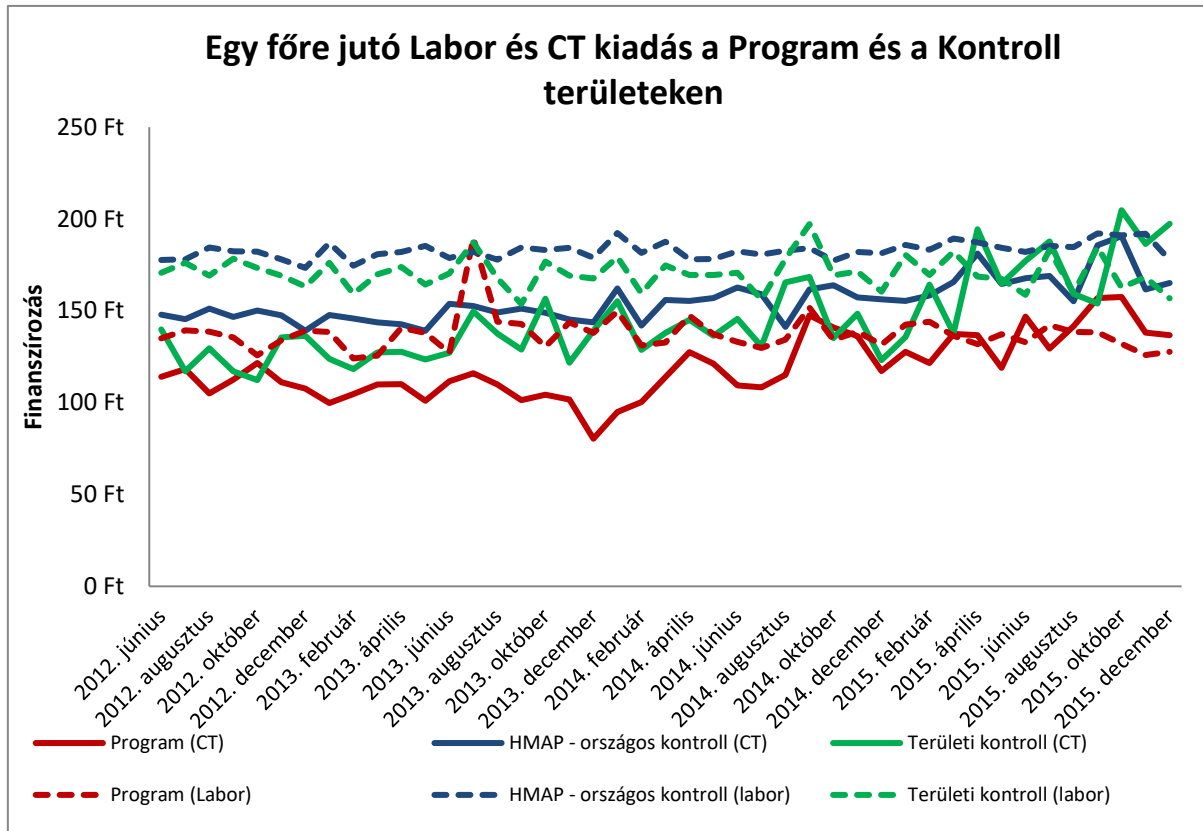
Minden mutató erőteljesen függ a bejelentkezett TAJ-ok számától, így erre a hatásra korigálni kell mind időben, mind pedig a Kontroll területtel való összehasonlítás alkalmával. Mindezekon felül az adatsorokról leolvasható eredmény függ a két csoportban, az adott paraméterre mért egy főre jutó bázisértéktől is. **Összességében elmondható, hogy a PK terület a gyógyászati segédeszköz-kiadás kivételével minden mutató esetében – teljesítmény, kiadás – az egy főre eső értékek abszolút értéken a Kontroll terület azonos mutatói alatt volt.** Ezt mutatják be az alábbi ábrák és a T63. összefoglaló táblázat. (Megj.: A mozgóátlag szerinti kimutatásokat ld. lent a soron következő alfejezetekben.)

F120. Az egy bejelentett főre jutó labor és CT teljesítmény (pontérték) alakulása a vizsgált időszakban



Adatok forrása: Országos Egészségbiztosítási Pénztár

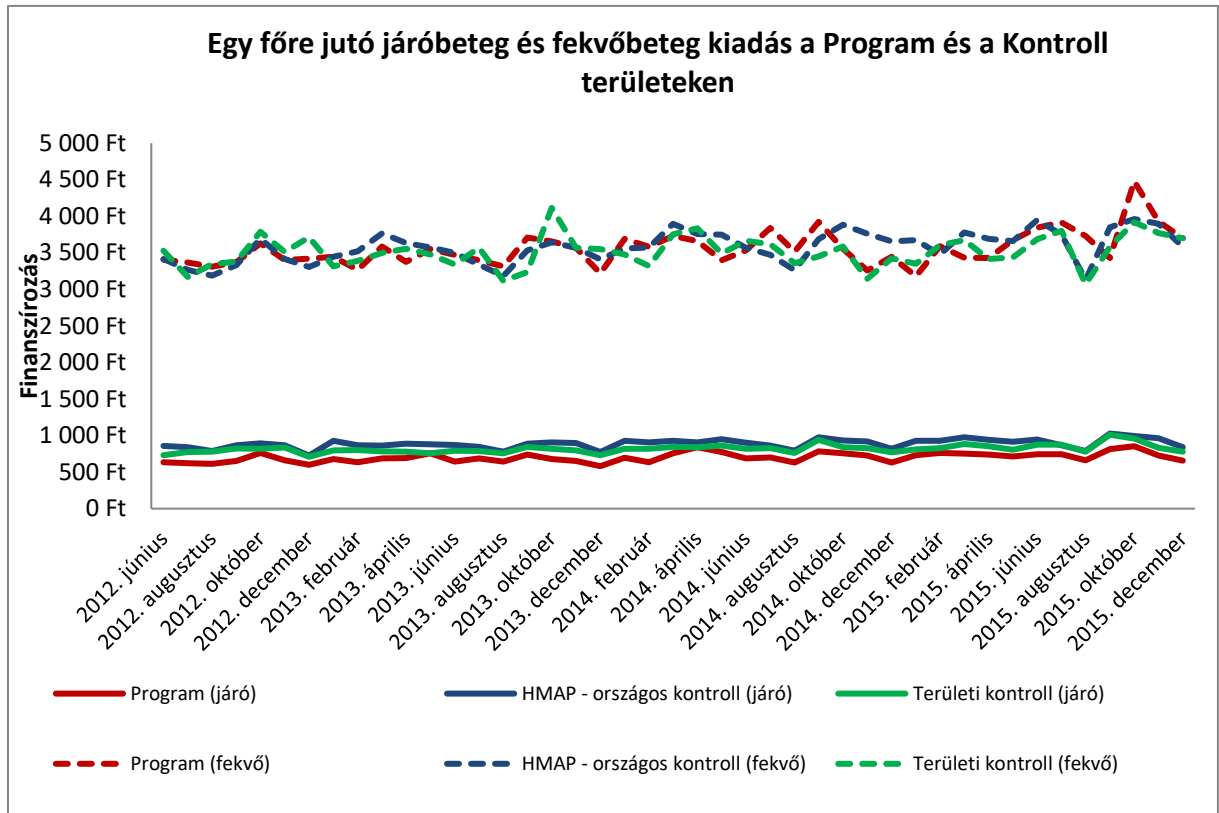
F121. Az egy főre labor és CT kiadások alakulása a vizsgált időszakban



Adatok forrása: Országos Egészségbiztosítási Pénztár

Az igénybevétel és hozzáférés különbségei mellett a leginkább a teljesítményvolumen korlát miatt fordulhat elő nagy különbség a pontértékek és az egy főre eső kiadások vonaldiagramjainak elhelyezkedése között. A teljesítmény és kiadások részletes statisztikai elemzése alapján (ld. D.5. fejezet) elmondható, hogy TVK különbségből eredő hatás nem jelentkezett korlátozó tényezőként.

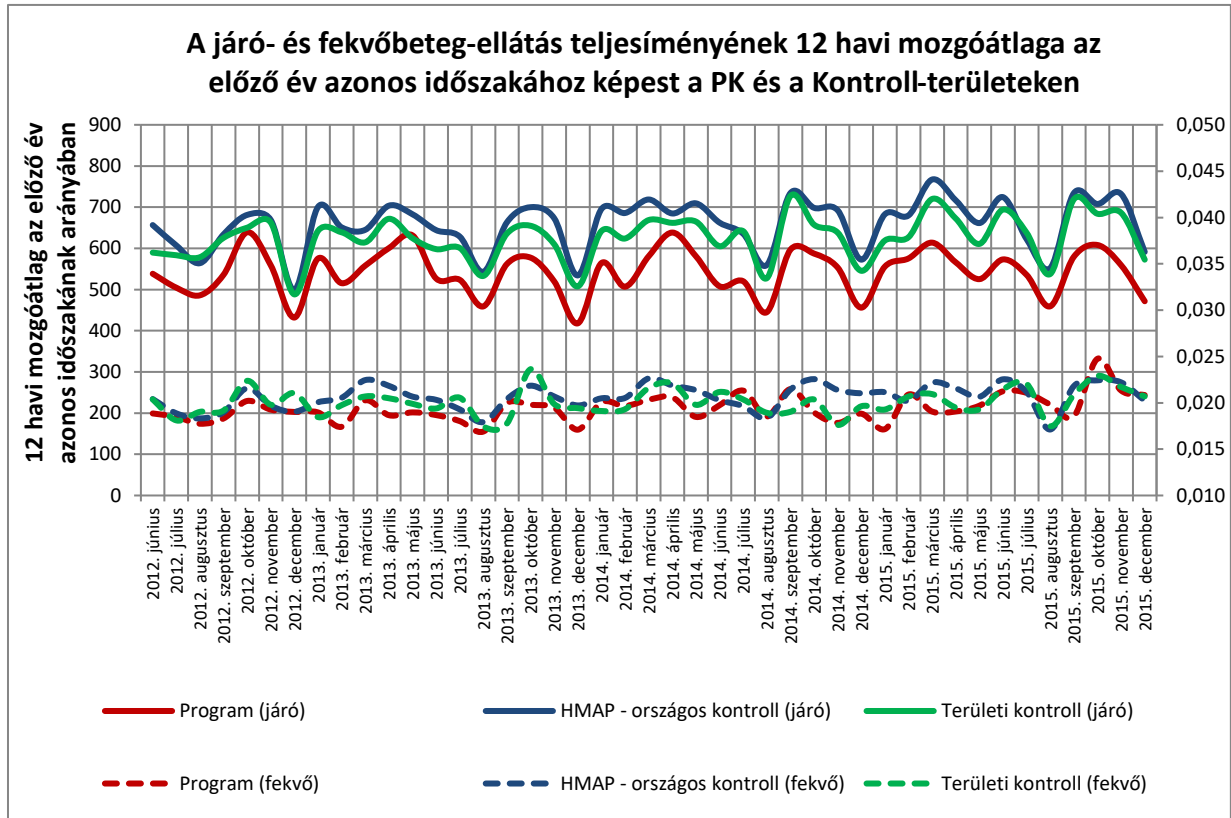
F122. Az egy főre jutó járó- és fekvőbeteg kiadások alakulása a vizsgált időszakban



Adatok forrása: Országos Egészségbiztosítási Pénztár

A kiadások tekintetében, kasszánkénti összehasonlításban, 12 havi összesítésben a Program által érintett és Kontroll területek egy főre eső összehasonlító adatait a T64. táblázat mutatja.

F123. Az egy főre jutó járó- és fekvőbeteg teljesítmény 12 havi mozgóátlag alakulása a vizsgált időszakban



1 HAJDÚ-BIHAR:
• Berettyóújfalu
• Hencida • Komádi
• Magyarhomorog
• Mezőpeterd

2 BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:
• Borsodnádasd
• Arló
• Járdánháza
• Borsodszentgyörgy

3 HEVES:
• Heves
• Átány
• Kömlő
• Tiszanána

4 JÁSZ- NAGYKUN - SZOLNOK:
• Jászapáti
• Jász Kisér
• Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!**



369

T64. A Program és a Kontroll terület kasszánkénti, egy főre jutó kiadásainak alakulása

		6 havi kiadás (Ft), egy bejelentkezettre vetítve							
		Járóbeteg	Fekvőbeteg	Gyógyszer	Gyógyászati segédeszköz	Művесе	Labor	CT	EFI
Program	2012. július - 2012. december	4 736 Ft	23 947 Ft	22 816 Ft	3 929 Ft	1 502 Ft	994 Ft	815 Ft	2 790 Ft
	2013. január - 2013. június	4 271 Ft	21 298 Ft	19 130 Ft	3 625 Ft	1 248 Ft	834 Ft	669 Ft	1 884 Ft
	2013. július - 2013. december	4 107 Ft	21 044 Ft	19 653 Ft	3 333 Ft	1 212 Ft	872 Ft	663 Ft	3 047 Ft
	2014. január - 2014. június	4 465 Ft	21 969 Ft	19 590 Ft	3 470 Ft	1 210 Ft	851 Ft	720 Ft	1 747 Ft
	2014. július - 2014. december	4 332 Ft	21 758 Ft	22 025 Ft	3 744 Ft	1 331 Ft	829 Ft	793 Ft	2 084 Ft
	2015. január - 2015. június	4 535 Ft	21 430 Ft	21 175 Ft	3 970 Ft	1 219 Ft	837 Ft	833 Ft	2 764 Ft
	2015. július - 2015. december	4 624 Ft	22 734 Ft	23 024 Ft	4 058 Ft	1 229 Ft	835 Ft	885 Ft	1 955 Ft
Területi kontroll	2012. július - 2012. december	5 471 Ft	24 434 Ft	22 818 Ft	3 428 Ft	1 977 Ft	1 200 Ft	888 Ft	2 163 Ft
	2013. január - 2013. június	4 710 Ft	20 572 Ft	20 936 Ft	3 295 Ft	1 601 Ft	1 014 Ft	748 Ft	1 531 Ft
	2013. július - 2013. december	4 732 Ft	21 160 Ft	20 675 Ft	3 385 Ft	1 417 Ft	1 022 Ft	834 Ft	1 515 Ft
	2014. január - 2014. június	5 005 Ft	21 538 Ft	19 129 Ft	3 515 Ft	1 290 Ft	1 023 Ft	849 Ft	1 222 Ft
	2014. július - 2014. december	4 965 Ft	20 577 Ft	20 012 Ft	3 968 Ft	1 406 Ft	1 033 Ft	871 Ft	1 396 Ft
	2015. január - 2015. június	5 053 Ft	21 164 Ft	20 225 Ft	3 771 Ft	1 341 Ft	1 027 Ft	974 Ft	2 362 Ft
	2015. július - 2015. december	5 239 Ft	21 843 Ft	22 295 Ft	3 722 Ft	1 380 Ft	1 015 Ft	1 090 Ft	1 908 Ft
Kontroll	2012. július - 2012. december	5 846 Ft	23 609 Ft	25 990 Ft	3 809 Ft	1 622 Ft	1 256 Ft	1 029 Ft	1 556 Ft
	2013. január - 2013. június	5 297 Ft	21 432 Ft	20 923 Ft	3 044 Ft	1 345 Ft	1 089 Ft	873 Ft	1 629 Ft
	2013. július - 2013. december	5 090 Ft	20 675 Ft	21 250 Ft	3 264 Ft	1 350 Ft	1 091 Ft	891 Ft	1 711 Ft
	2014. január - 2014. június	5 516 Ft	22 105 Ft	21 109 Ft	3 361 Ft	1 360 Ft	1 100 Ft	935 Ft	1 850 Ft
	2014. július - 2014. december	5 305 Ft	21 720 Ft	21 635 Ft	3 456 Ft	1 381 Ft	1 088 Ft	940 Ft	1 691 Ft
	2015. január - 2015. június	5 631 Ft	22 228 Ft	22 693 Ft	3 650 Ft	1 434 Ft	1 112 Ft	993 Ft	1 916 Ft



370

	2015. július - 2015. december	5 483 Ft	22 166 Ft	24 082 Ft	3 671 Ft	1 429 Ft	1 123 Ft	1 028 Ft	1 744 Ft
Inkrementális*	2012/2013 Q3Q4	-0.35%	0.30%	4.37%	-0.86%	-2.51%	0.87%	-5.29%	-0.78%
	2013/2014 Q1Q2	0.43%	0.01%	1.51%	-14.70%	-4.07%	0.90%	0.44%	-20.82%
	2013/2014 Q3Q4	1.23%	-1.66%	10.26%	6.44%	7.46%	-4.70%	14.14%	-30.43%
	2014/2015 Q1Q2	-0.51%	-3.01%	0.59%	5.83%	-4.81%	-2.70%	9.60%	54.64%
	2014/2015 Q3Q4	3.40%	2.43%	-6.77%	2.15%	-11.15%	-2.46%	2.24%	-9.31%
	Teljes időszak	3.99%	-1.85%	11.20%	-2.46%	-14.05%	-7.07%	21.56%	-29.01%

*Inkrementális eltérés az intervenció terület és a kontroll között, az előző év azonos időszakaihoz képest
Adatok forrása: OEP/NEAK

T65. A Program és a Kontroll terület kasszánkénti, egy főre jutó teljesítményének alakulása

		6 havi kiadás (Ft), egy bejelentkezettre vetítve			
		Járóbeteg (pont)	Fekvőbeteg (HBCS súlyszám)	Labor (pont)	CT (pont)
Program	2012. július - 2012. december	5679	0.134	1493	590
	2013. január - 2013. június	5223	0.118	1403	503
	2013. július - 2013. december	4785	0.115	1312	481
	2014. január - 2014. június	5228	0.122	1474	524
	2014. július - 2014. december	4992	0.121	1318	567
	2015. január - 2015. június	5356	0.121	1454	601
	2015. július - 2015. december	5141	0.125	1325	607
	Területi kontroll	2012. július - 2012. december	4178	0.140	1822
2013. január - 2013. június		3791	0.119	1744	543
2013. július - 2013. december		3543	0.119	1565	580
2014. január - 2014. június		3867	0.123	1808	596



	2014. július - 2014. december	3738	0.116	1697	601
	2015. január - 2015. június	3944	0.121	1852	682
	2015. július - 2015. december	3838	0.126	1674	740
Kontroll	2012. július - 2012. december	4312	0.137	1814	743
	2013. január - 2013. június	4028	0.126	1745	646
	2013. július - 2013. december	3743	0.120	1617	642
	2014. január - 2014. június	4157	0.127	1867	685
	2014. július - 2014. december	3893	0.124	1711	671
	2015. január - 2015. június	4233	0.128	1908	721
	2015. július - 2015. december	3940	0.125	1773	709
Inkrementális*	2012/2013 Q3Q4	-15.73%	-14.11%	-12.08%	-18.45%
	2013/2014 Q1Q2	0.11%	3.16%	5.09%	4.17%
	2013/2014 Q3Q4	4.32%	5.05%	0.47%	17.73%
	2014/2015 Q1Q2	2.45%	-1.37%	-1.38%	14.69%
	2014/2015 Q3Q4	2.97%	3.60%	0.50%	7.06%
	Teljes időszak	-7.16%	-4.89%	-7.99%	22.80%

*Inkrementális eltérés az intervenció terület és a kontroll között, az előző év azonos időszakaihoz képest

Adatok forrása: OEP/NEAK

A bemutatott adatok alapján elmondható, hogy a Kontroll területhez képest a teljes időszakban, éves alapon vizsgálva, a kiadások bővülésének üteme némileg elmaradt a járóbeteg, fekvőbeteg, gyógyászati segédeszköz, művese, és labor kasszák tekintetében a kontroll területekhez képest. A tételes elszámolás alá eső, esetfinanszírozású terápiákra (EFI) fordított kiadások vonatkozásában jelentős elmaradás észlelhető a Kontroll területhez képest. A gyógyszerkiadások és a CT szolgáltatásokkal kapcsolatos kiadások területén ugyan látványosabb bővülés tapasztalható az intervenció területen a Kontroll területhez képest, de az adatok értelmezésénél érdemes arra ügyelni, hogy a két terület esetén eltérő a kasszánkénti különbség a bázisokban. Példaként említhető, hogy a Kontroll terület és a



Program által érintett terület egy főre jutó éves járóbeteg-ellátás kiadásaiban hozzávetőlegesen jelentős, 2.000 Ft-os különbség van, mely 20%-kal alacsonyabb értéket jelent a Kontroll terület kiadásaihoz képest, míg a fekvőbeteg-ellátás egy főre jutó kiadásaiban a két terület közötti különbség 100 Ft körül alakul, ami nem éri el a Kontroll terület kiadási szintjének 1%-át sem.

A teljes képhez a továbbiakban bemutatott teljesítményadat-változások dinamikájának összehasonlítása is szükséges.

D.4.4.2. A teljesítményadat-változások dinamikájának összehasonlító vizsgálata az intervenció és a kontroll területen

A teljesítményadatok értékeléséhez az alábbi kimutatások anyyiban járulnak hozzá, hogy a praxisközösségi és a kontroll területen külön-külön önmagukhoz képest, összehasonlítható módon elvégeztük a teljesítményadatok változásnak dinamikáját demonstráló kimutatásokat is. **Az alábbiakból kiderül, hogy noha láthattuk, hogy a praxisközösségi területek egy főre eső teljesítmény és kiadás tekintetében a kontrollhoz képest zömmel mindvégig alulmaradtak eddig, de az önmagukhoz képest mért változások az intervenció időszak ismeretében figyelemre méltók. Az intervenció időszak hatásait vizsgálva tehát értékelni szükséges a praxisközösségi körzetek teljesítményadatainak növekedési dinamikáját a kontroll területek növekedési dinamikájához képest.** Eszerint az intervenció időszakában egyes kasszák tekintetében a PK teljesítményadatok a megelőző azonos időszakokhoz képest dinamikusabb bővülést mutattak, mint a kontroll területek teljesítményadatai (részleteket ld. lejjebb). **Mindezt az ellátásokhoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek tekintetében a Program felzárkózást segítő, támogató hatásaként értékelhetjük.**

Az elemzés módszertanában az adatok mögött ismert külső hatások és nagyfokú szezonális korrigálásaként kiszámítottuk a kapott adatok egy főre jutó értékének 12 havi mozgóátlagát, és azokat külön-külön, az előző év azonos időszakának arányában mutatjuk be. Az alábbi ábrákon tehát az intervenció és a kontroll terület előző évi, önmaguk azonos időszaki adataihoz képest mért változási dinamikát és nem abszolút értéken vett adatokat szemléltetünk. **Az alábbi ábrák tehát a változási trendek és dinamikák összehasonlítását teszik lehetővé és a kiadások mértékére azokból nem lehet következtetni.**

Az F124. és F125. ábra az egy főre lebontott járó-és fekvő teljesítményt mutatja a 2012. június-2013. májusi időszaktól kezdődően.

1 HAJDÚ-BIHAR:
• Berettyóújfalu
• Hencida • Komádi
• Magyarhomorog
• Mezőpeterd

2 BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:
• Borsodnádásd
• Arló
• Járdánháza
• Borsodszentgyörgy

3 HEVES:
• Heves
• Atány
• Kömlő
• Tiszánána

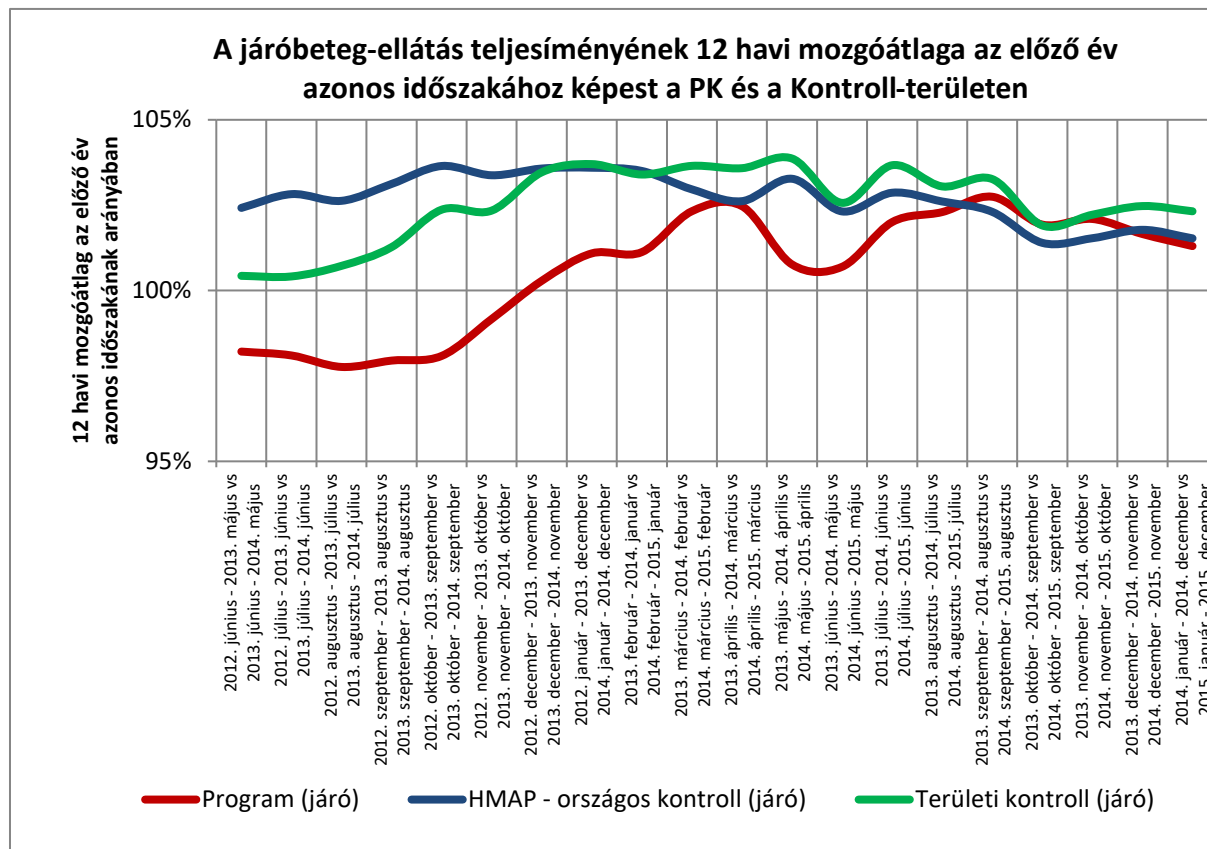
4 JÁSZ- NAGYKUN - SZOLNOK:
• Jászapáti
• Jászkisér
• Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!**



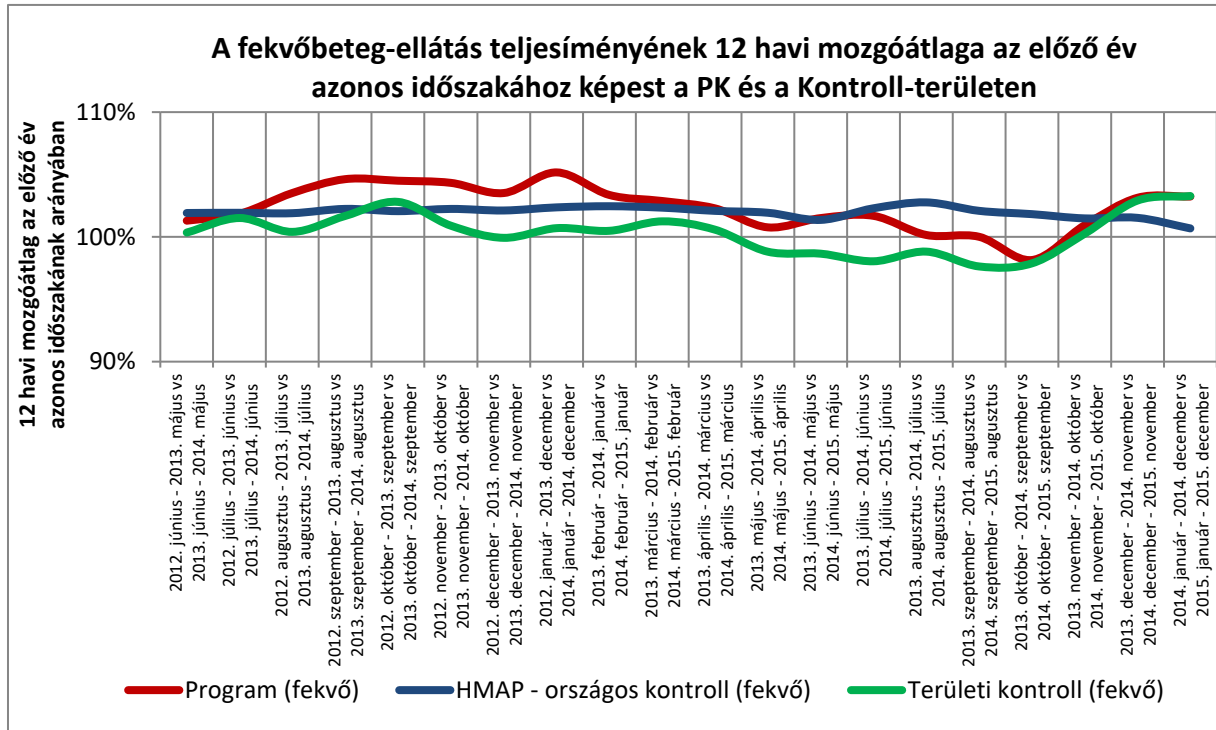
373

F124. A járóbeteg-ellátás egy főre jutó teljesítményváltozásának dinamikája (az előző év azonos időszakának arányában) a vizsgált időszakban



Adatok forrása: OEP/NEAK

F125. A fekvőbeteg-ellátás egy főre jutó teljesítményváltozásának dinamikája (az előző év azonos időszakának arányában) a vizsgált időszakban



A járó és fekvőbeteg-ellátás teljesítményének idősoros vizsgálata (122. és 123. ábrák) alapján elmondható, hogy lényegi eltérés fedezhető fel a PK és a Kontroll-terület járóbeteg-ellátási aktivitásának trendjében. Amíg a Kontroll területen a járóbeteg-ellátási tevékenység rendre bővült az előző év azonos időszakához képest, addig **a PK területen a járóbeteg-ellátás aktivitása 2013. IV. negyedétől kezdett egyenletesen bővülni**, majd felzárkózott a Kontroll növekedési üteméhez (fontos a bázis értékek közti különbség szem előtt tartása). A PK terület önmagához viszonyított növekedési üteme a járóbeteg szolgáltatások teljesítményét tekintve a vizsgált időszak végéig fokozatosan felzárkózik a Kontroll terület önmagához viszonyított növekedési üteméhez, de nem haladja meg azt. A teljesítmény egy főre jutó abszolút értékét vizsgálva elmondható, hogy az egy főre jutó járóbeteg-ellátás teljesítménye havi alapon 160 ponttal volt magasabb az intervenciós területen a Kontroll területtel összehasonlítva (ez a kontroll területhez bázisértékében kifejezve jelentős, kb. 25%-os eltérést jelent).

Hasonló eredmények nem figyelhetők meg a fekvőbeteg-ellátás teljesítményét vizsgálva. Habár a két görbe a vizsgált időszakban folyamatosan együtt halad, a Kontroll területen keletkezett fekvőbeteg-ellátási teljesítmény görbéje - ugyancsak 2014 februárjától



1 HAJDÚ-BIHAR:
• Berettyóújfalu
• Hencida • Komádi
• Magyarhomorog
• Mezöpeterd

2 BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:
• Borsodnádasd
• Arló
• Járdánháza
• Borsodszentgyörgy

3 HEVES:
• Heves
• Átány
• Kömlő
• Tiszanána

4 JÁSZ-NAGYKUN - SZOLNOK:
• Jászapáti
• Jászkisér
• Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!**

375

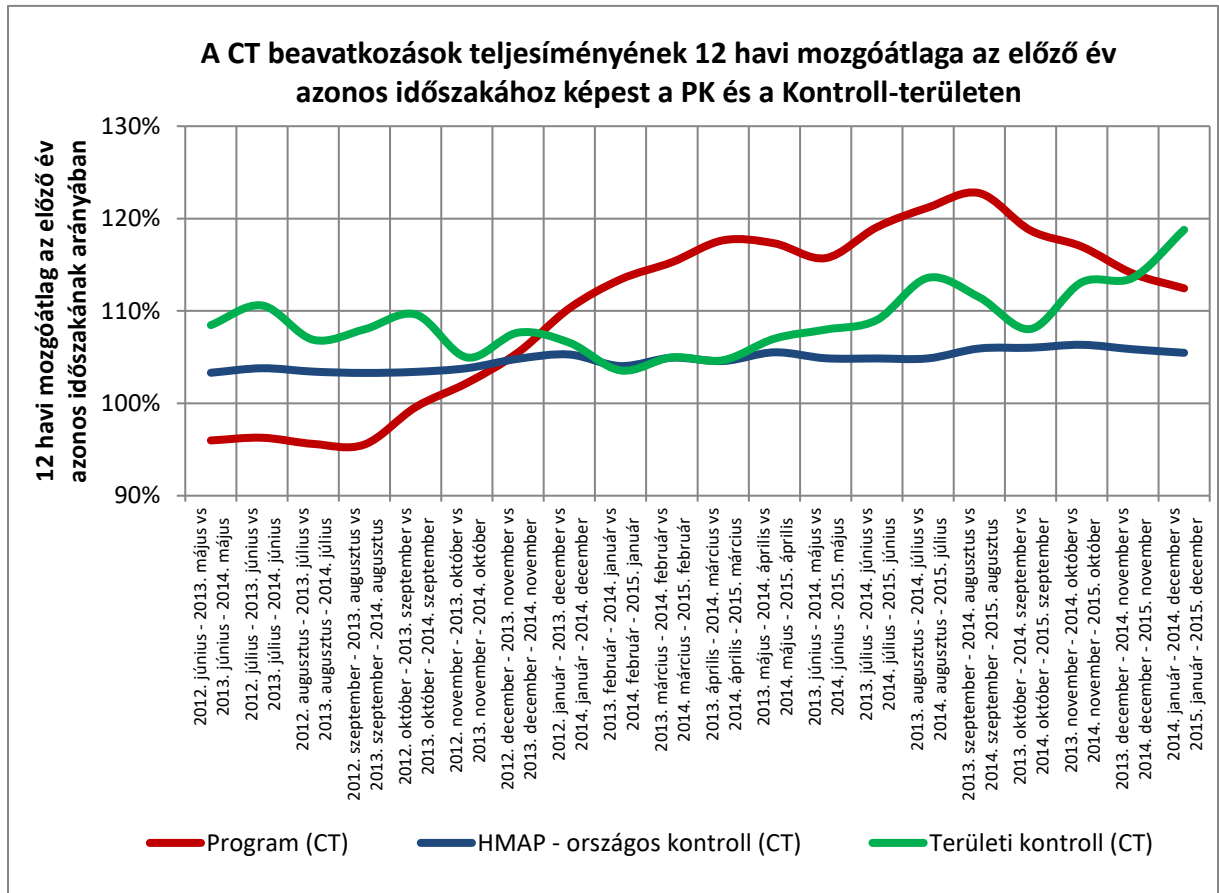
kezdődően-, némi ingadozástól eltekintve alacsonyabban fut, mint a PK terület növekedési görbéje. (Bázisértékeket tekintve is hasonló a két terület egy főre jutó kiadása.)

A CT és a labor beavatkozások teljesítményének bemutatása az 124. és 125. ábrán látható. **A labor beavatkozásokat tekintve elmondható, hogy a teljesítmény bővülésének üteme a PK területen – a vizsgált időszak elejét leszámítva - tartósan elmarad a Kontroll területen jelentett labor beavatkozások bővülésének ütemétől, és az egészségi állapot felmérések keretében végzett (célzott, olcsó) labor vizsgálatok sem eredményeztek látványos bővülést.** Mindez összhangban áll a statisztikai elemzésen alapuló értékeléssel.

A labor beavatkozások teljesítményében trendforduló nem tapasztalható, a PK területhez tartozó görbe a maximumát 2013 decemberében éri el (103.8%), ezt követően a labor szolgáltatások teljesítmények bővülésének üteme szerényebb. A teljesítmény értékét abszolút értéken vizsgálva elmondható, hogy egy főre átlagosan kb. 70 finanszírozási ponttal több jutott havonta a laborszolgáltatások tekintetében a Kontroll területen, mint a Program által érintett területen. Ez a Kontroll terület egy főre jutó bázis teljesítményének (2012. június) arányában 18% körüli értékét jelenti, a jelentett havi finanszírozási pontszámok alapján.

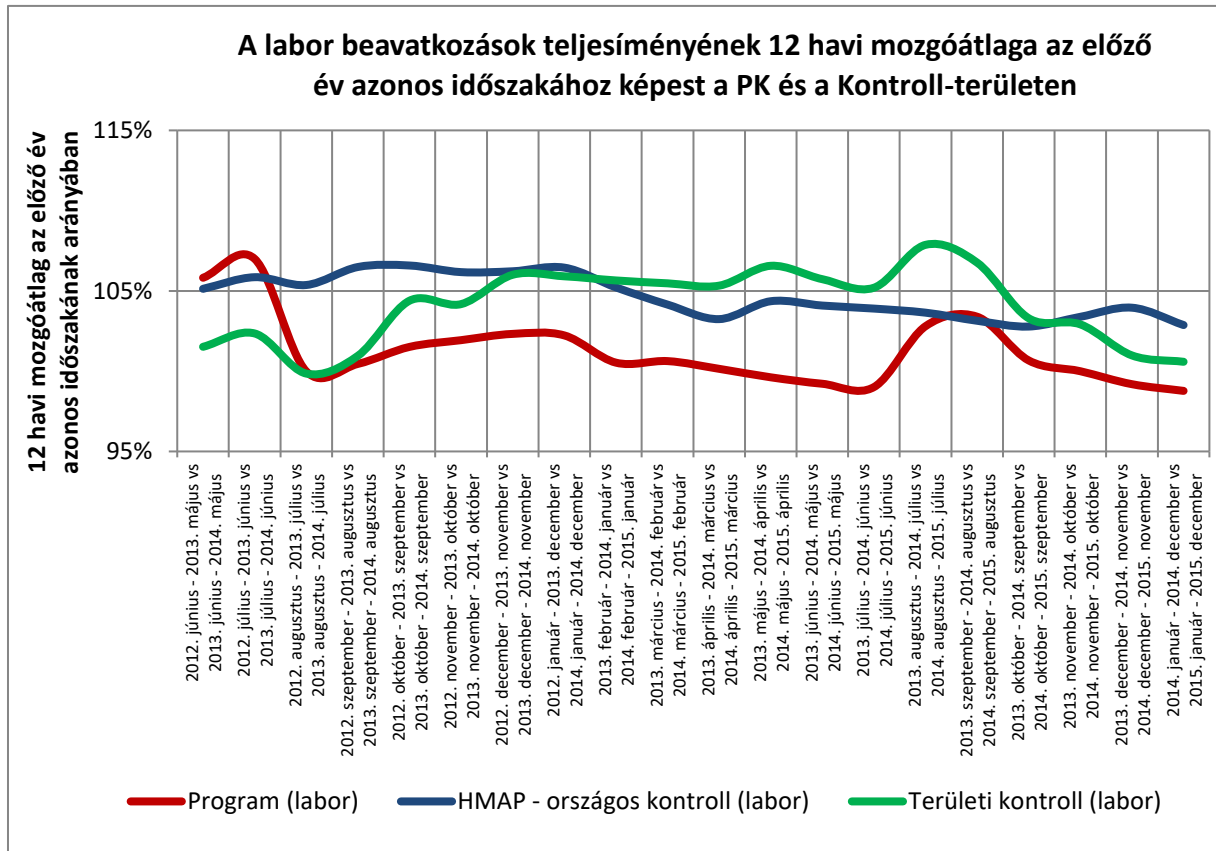
A CT beavatkozásokat tekintve jóval markánsabb trendek észlelhetők: 2014 márciusától kezdve a PK területeken a CT szolgáltatások teljesítményének jelentős bővülése figyelhető meg (ezt megelőzően a CT szolgáltatások teljesítmények bővülési üteme tartósan a kontroll területek alatt maradt). A bővülés oka az OEP/NEAK visszajelzése alapján az, hogy kapacitás átcsoportosításnak köszönhetően új CT került befogadásra a Gróf Tisza István Kórházban Berettyóújfalun 2014. március 1-től. A CT vizsgálatok egy főre jutó teljesítményét vizsgálva elmondható, hogy a Kontroll területen egy főre, havonta nagyságrendileg 23-mal több finanszírozási pont jutott, mely a Kontroll terület egy főre jutó bázis teljesítményének (2012. június) 20%-a körül alakult.

F126. A CT beavatkozások egy főre jutó teljesítménye területenként



Adatok forrása: OEP/NEAK

F127. A labor beavatkozások egy főre jutó teljesítménye területenként



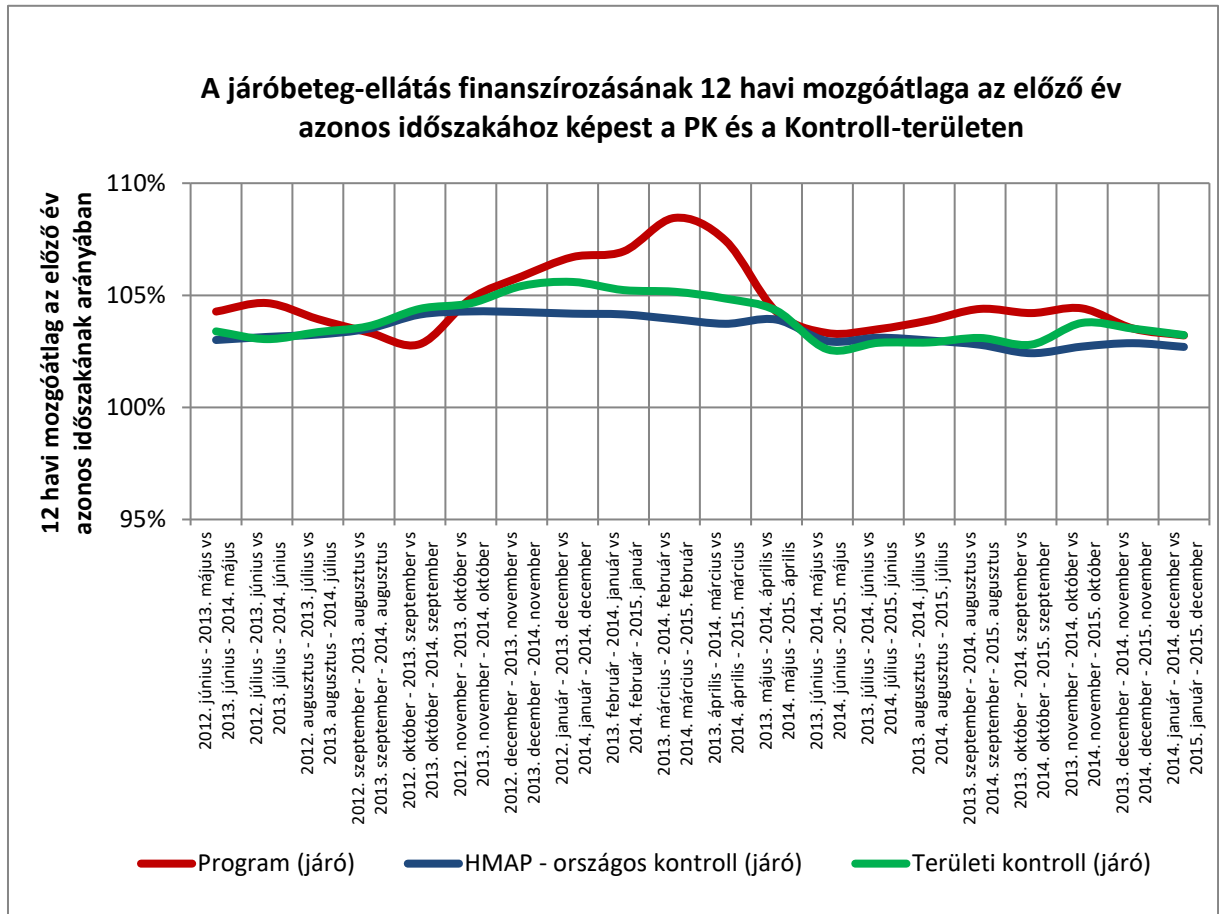
Adatok forrása: OEP/NEAK

D.4.5. A HÁZIORVOSOKHOZ BEJELENTKEZETT BIZTOSÍTOTTAK ÁLTAL IGÉNYBE VETT ELLÁTÁSOK TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI KÖLTSÉGEI

A finanszírozási forintértékek értelmezése még rövid időtávon is problémás lehet, hiszen egy újonnan megjelenő szolgáltatás vagy egy támogatásba vett újfajta gyógyszer jelentősen ronthatja az adatok összehasonlítását a terápiamix megváltozásával, nem beszélve a makroszintű finanszírozói döntésekről (pl. a járóbeteg-ellátási pont értékének lebegtetése, illetve a lebegtetés módszerének megváltozása, egy HBCs-pont, annak értéke, a TVK beállítása és „keménysége”). Ezek mind a már korábban tárgyalt zavaró tényezők (szezonális és ingadozás) hatásaira rakódnak rá. Mivel ezek a finanszírozási rendszer egészére hatnak, jóval nehezebb a pénzügyi következmények szintjén észlelni a Program hatásait.

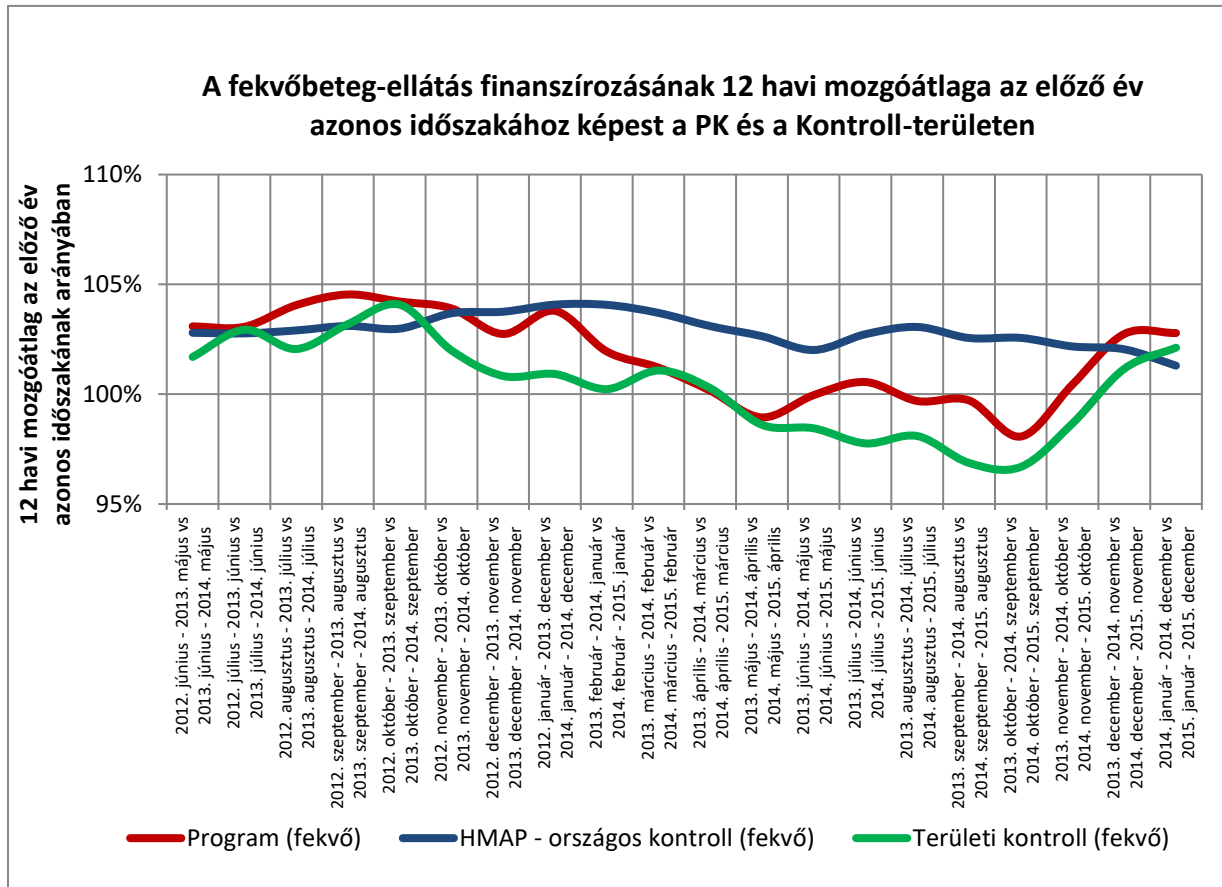
D.4.5.1. A Praxisközösségi és a Kontroll terület háziorvosaihoz bejelentkezett biztosítottak által igénybe vett ellátások társadalombiztosítási költségeinek változási dinamikája

F128. Az egy főre jutó járóbeteg-ellátás kiadásának változás-dinamikája a PK és a Kontroll területen



Adatok forrása: OEP/NEAK

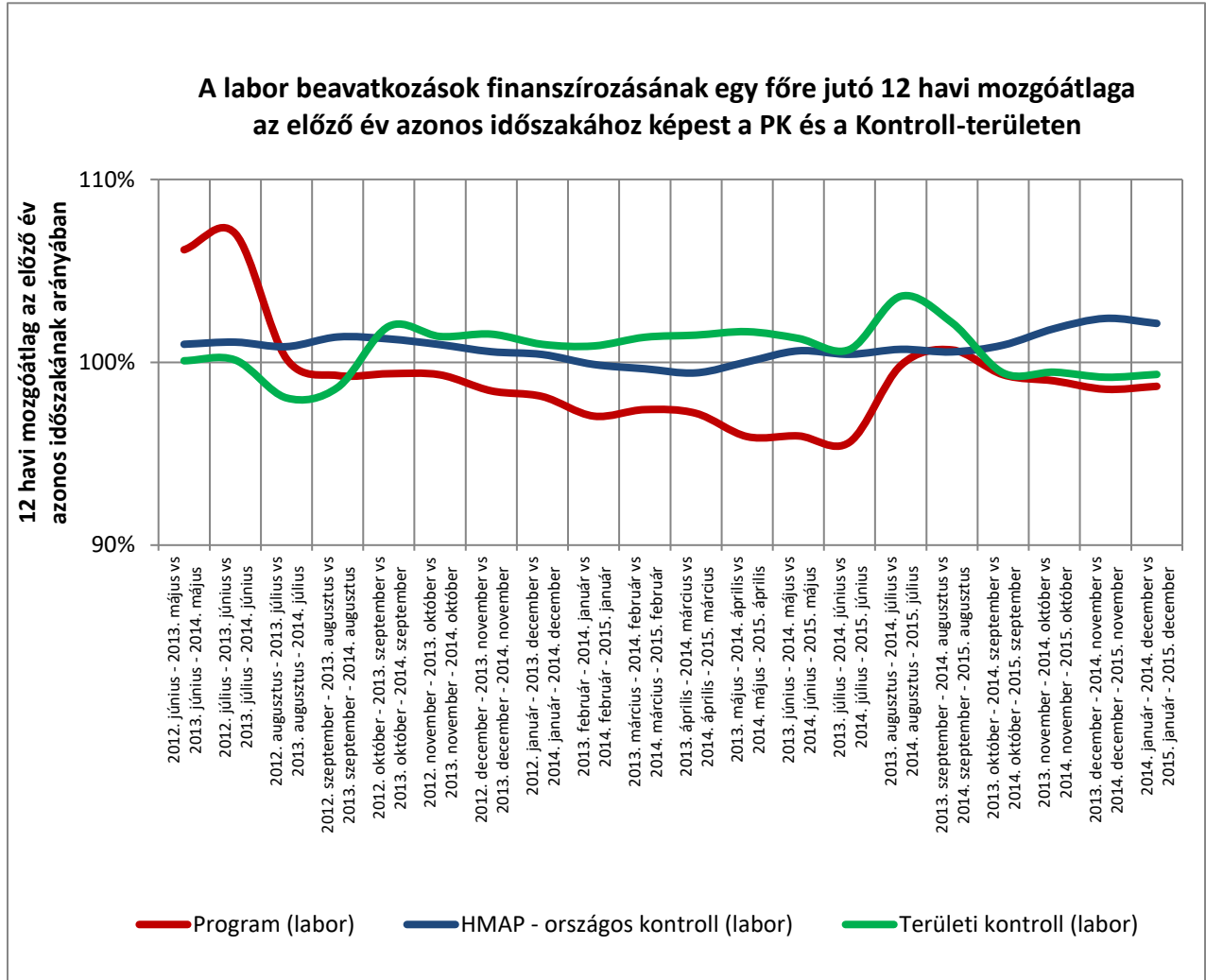
F129. Az egy főre jutó fekvőbeteg-ellátás kiadásváltozás dinamikája a PK és a Kontroll területen



Adatok forrása: OEP/NEAK

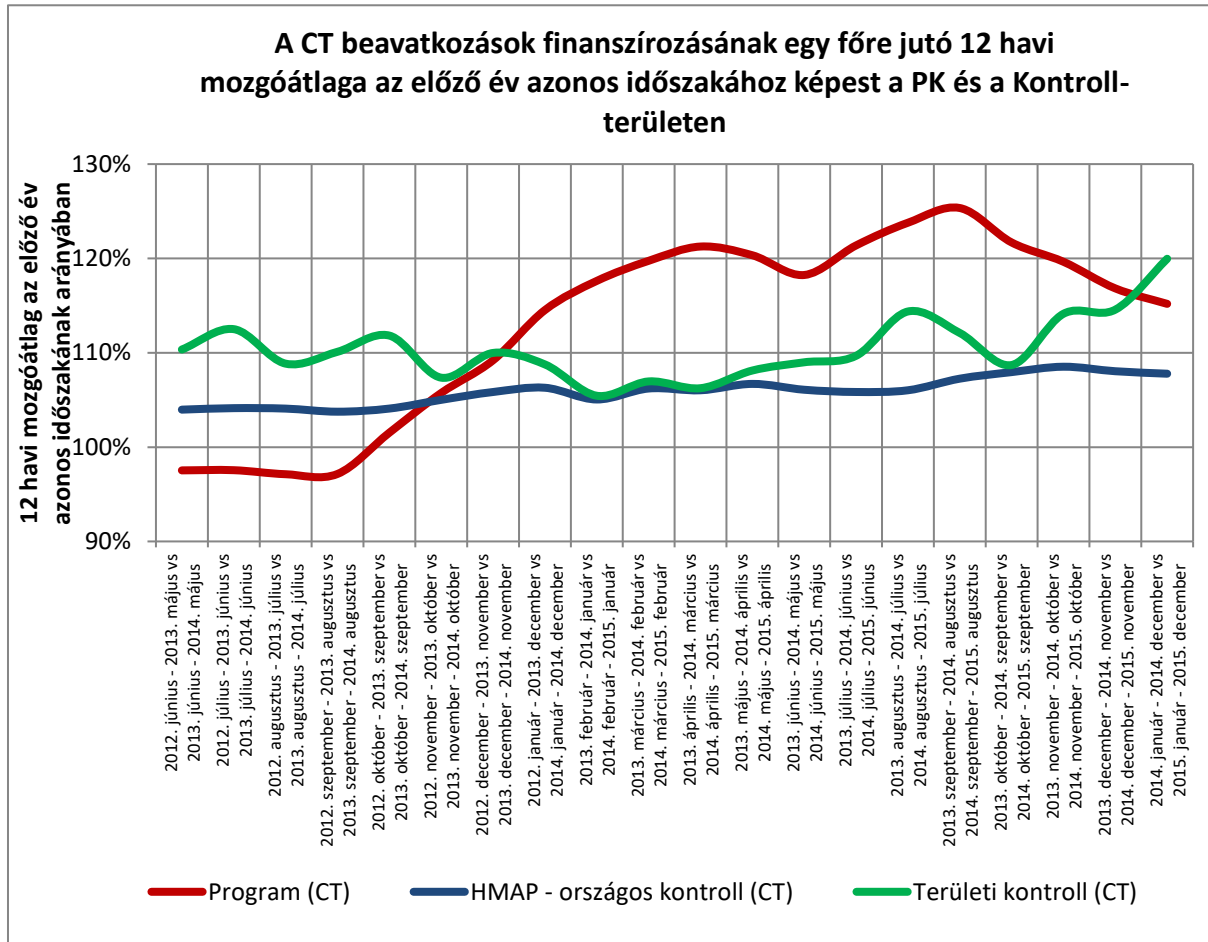
A korábban látott látványos különbségnek mérsékelt nyoma van a finanszírozási adatokban (F130. ábra): a PK terület járóbeteg-index görbéje 2014 májusáig alacsonyabban futott, mint a Kontroll terület ugyanazon mutatója (vagyis a kiadások bővülésének mérsékelt üteme jellemezte a Program által érintett TAJ kört), ám a vizsgált időszak végére összeért a két görbe. Nettó kiadásbővülésről az előző évhez képest a Program által érintett TAJ körben 2014 tavaszán-nyarán beszélhetünk, amikor is a kiadásbővülés üteme meghaladta a Program által érintett TAJ körben a kontroll terület ütemét. A statisztikai értékelés a Programmal összefüggésbe hozható szignifikáns különbséget nem igazolt.

F130. Az egy főre jutó laborszolgáltatások kiadásainak változás-dinamikája a PK és a Kontroll területen



Adatok forrása: OEP/NEAK

F131. Az egy főre jutó CT szolgáltatások kiadásainak változás-dinamikája a PK és a Kontroll területen



Adatok forrása: OEP/NEAK

A laborszolgáltatásokban látott bővülés nem jelentkezik hasonlóan látványosan a kiadási adatokban (F131. ábra) –leginkább- a célzott és olcsó vizsgálatoknak köszönhetően, így a laborkiadások a PK területen annak ellenére mérsékeltek maradtak, hogy a Kontroll területnél alacsonyabb bázisról indultak. Az intenzívebb szolgáltatás-igénybevétel hatását a kiadási oldalra jóval látványosabban szemlélteti a CT beavatkozások kiadásaival kapcsolatos adatsor: 2014. március kezdődően a PK terület kiadásainak bővülési üteme meghaladja a Kontroll terület hasonló mutatóját.

A további kasszában keletkezett kiadások közül a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz (GYSE) kiadásokat érdemes kiemelni (F132. ábra). Az adatsorokon látványos,

1 HAJDÚ-BIHAR:

- Berettyóújfalu
- Hencida • Komádi
- Magyarhomorog
- Mezőpeterd

2 BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:

- Borsodnádasd
- Arló
- Járdánháza
- Borsodszentgyörgy

3 HEVES:

- Heves
- Átány
- Kömlő
- Tiszánána

4 JÁSZ- NAGYKUN - SZOLNOK:

- Jászapáti
- Jászkisér
- Jászivány

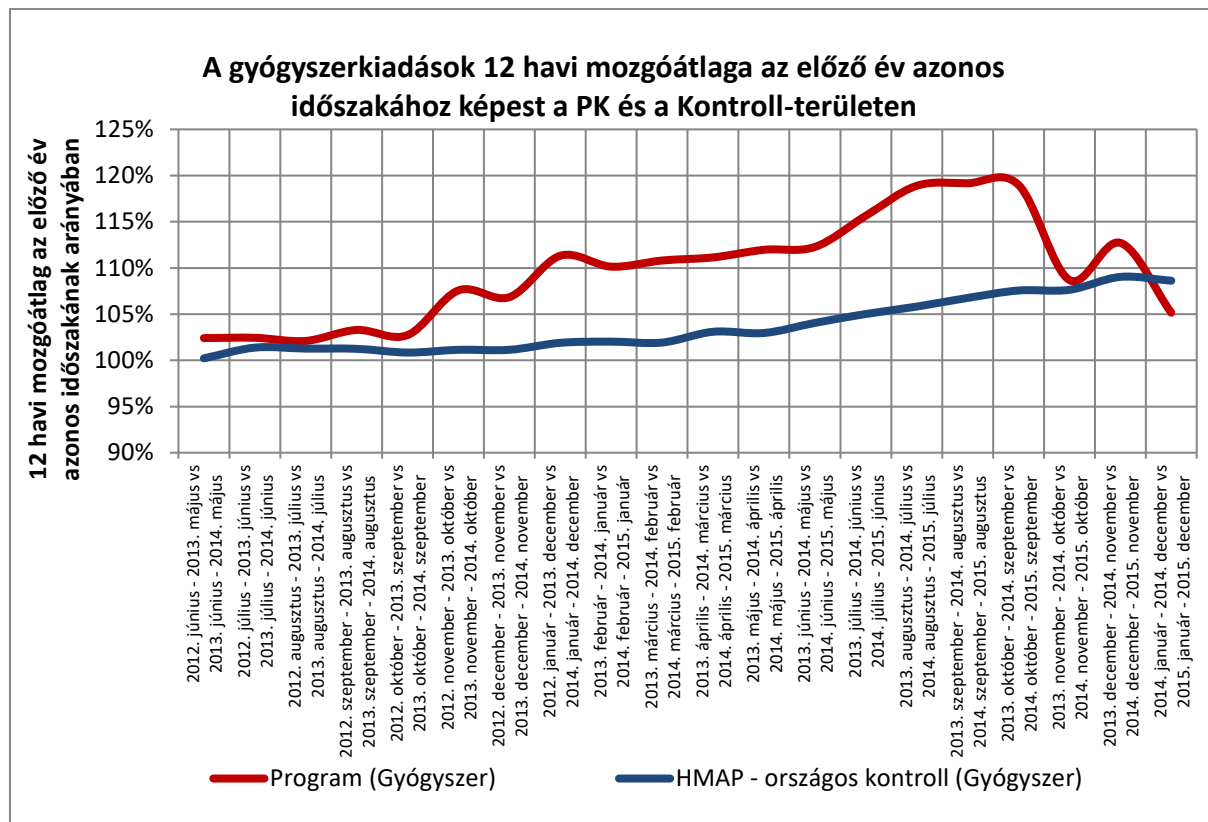
MI RÉSZT VESZÜNK BENNE!



382

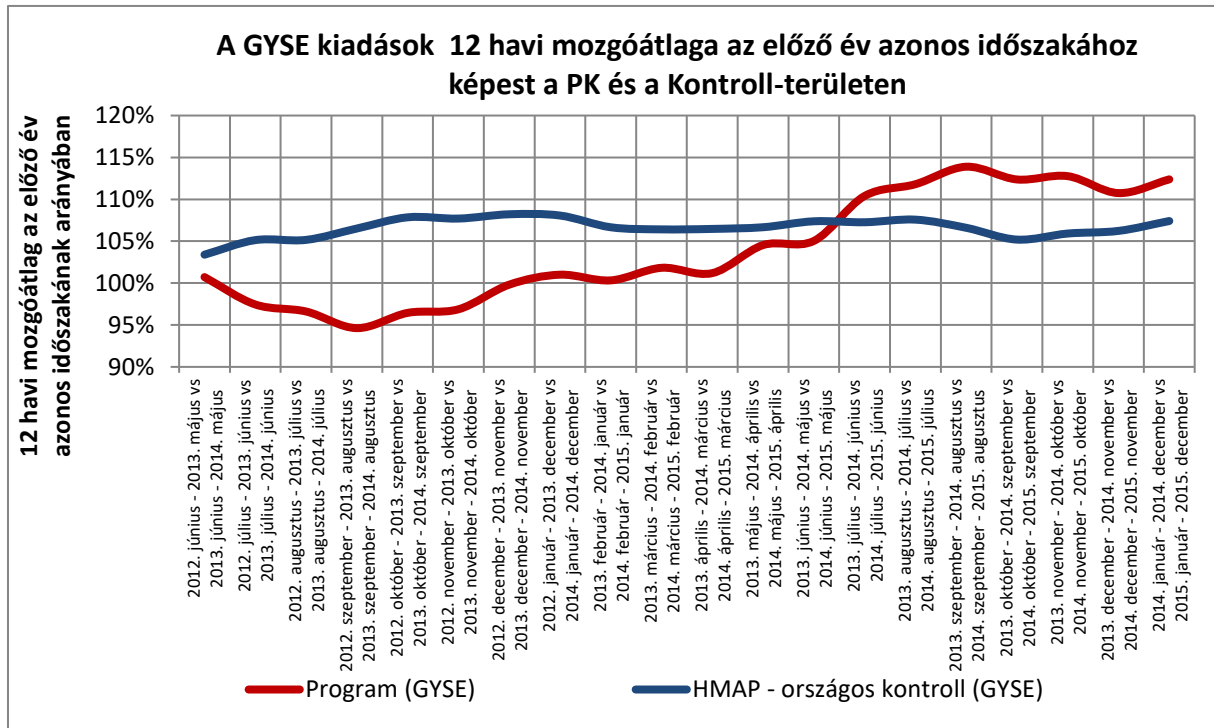
ahogy a PK területen 2014 tavaszától jelentősen emelkedik a gyógyszerkiadások növekedésének üteme. A statisztikai elemzés e mögött egy korcsoport egyetlen drága onkológiai ellátását derítette fel az OEP/NEAK segítségével, tehát nem Program hatás igazolódott. Részleteket ld. a statisztikai értékelést bemutató D.5. fejezetben.

F132. Az egy főre jutó gyógyszer -kiadások változásának dinamikája



Adatok forrása: OEP/NEAK

F133. Az egy főre jutó gyógyászati segédeszköz-kiadások változásának dinamikája



Adatok forrása: OEP/NEAK

A Kontroll területen is megfigyelhető némi bővülés a gyógyszer kiadások tekintetében a vizsgált időszak vége felé, de ennek üteme elmarad a PK területétől. Amint fent utaltunk erre, ez egy adott onkológiai ellátásra vezethető vissza és nem programhatás. A GYSE kiadások ütemében hasonló bővülés figyelhető meg 2014 tavaszán, mely következtében az időszak végére a Program által érintett terület GYSE kiadás-bővülésének üteme felzárkózik a Kontroll terület üteméhez.

D.4.6. KÖVETKEZTETÉSEK

A fentiekben bemutatott teljesítményadatokon keresztül azt láthattuk, hogy a Program hatására, 2013. IV. negyedétől az intervenció területén elindult egy felzárkózási folyamat az országos tendenciákat jellemző Kontroll területek teljesítményszintjéhez képest, ami egyértelműen a svájci modellkísérlet időszakával esik egybe, ezért a Program



következményének tekinthető. A Program szűrővizsgálatainak köszönhetően ugyanis azon ellátásra szorulóknak, akik megbetegedéséről az ellátórendszer korábban nem értesült, most egészségügyi ellátáshoz juthattak. A Program nélkül az egészségügyi ellátás megkezdése várhatóan csak késleltetve következett volna be az érintett egyének esetében. Az intervenciós területek megnövekedett teljesítménye (ld. labor) a statisztikai elemzés alapján azért nem nyilvánult meg hasonló mértékű kiadás növekményben- a Programmal összefüggésbe hozható módon-, mert a Program intervenciók célzott és olcsó vizsgálatokkal és terápiákkal álltak összefüggésben.

Szolgáltatási szintenként részletezve, a kép nem homogén: a fekvőbeteg ellátás teljesítményadatai inkább együtt haladnak a praxisközösségi- és a kontroll TAJ - körökben, és a vizsgált időszak végén (2015. IV. negyedév) a praxisközösségi szint abszolút értéken a Kontroll térség alatt maradt, tehát nem nőtt érdemlegesen a fekvőbeteg teher a Program ideje alatt. **Esélyegyenlőség tekintetében jótékony trend érvényesül a járóbeteg teljesítmény abszolút értéken vett kontroll adatokhoz való felzárkózásában , amely, ahogy említettük, a hozzáférés javulása és a szűrések pozitív hatásaként értékelhető.** A labor növekedése üteme inkább stagnál és a kontroll szintje alatt maradt abszolút értékben is. A GYSE kirívó módon a kontroll felett halad mind az egy főre eső abszolút kiadás, mind növekedési ütem tekintetében (ez a jelenség további vizsgálatra érdemes, amely folyamatban van). **A gyógyszerkiadás az intervenciós területen –zömmel onkológiai eset ellátás miatt- önmagához képest látványos bővülést mutat, míg abszolút értéken 2015-ben is elmarad a kontrolltól.** Fontos tapasztalat, hogy a kiadási adatok elemzését nagyban bonyolítja az egyes finanszírozói technikák változása, vagy költségkorlátozó intézkedések alkalmazása.

D.5. A PROGRAM TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI HATÁSAINAK STATISZTIKAI ÉRTÉKELÉSE

Ebben az elemzésben azt vizsgáljuk, hogy a Svájci Alapból finanszírozott, praxisközösségi modellprogram keretében fejlesztett felnőtt és vegyes praxisokban miként változott a **házi orvosi megjelenések és a járó- és fekvőbeteg-szakellátásba való továbbküldések száma**, a praxisok taj-köre által igénybe vett járóbeteg-szakellátás esetszáma és forintértéke, valamint a labor- és gyógyszerkiadások értéke. A fejlesztett praxisok kis száma és a rövid eltelt időszak miatt ahhoz, hogy statisztikailag szignifikáns eredményeket mutassunk ki, szükséges az aggregált adatokhoz képest finomabb, szakmacsoport-szintű adatok használata is. A szakmacsoport-szintű elemzés mellett szól az is, hogy a modell egyes szolgáltatásainak hatása várhatóan koncentráltan, egyes szakterületeken jelentkezik.

Mindemellett elmondható, hogy ha valamely hatás statisztikailag nem szignifikáns, az nem azt jelenti, hogy nincs hatás, hanem csak azt, hogy statisztikai értelemben nincs elegendő bizonyíték a hatás létezésére (pl. az eltelt idő rövidsége miatt). Éppen ezért minden esetben ábrákon is bemutatjuk a modellprogram-praxisok és a kontrollcsoport mutatóinak alakulását a vizsgált időszakban.

D.5.1. MÓDSZERTAN

A hatásvizsgálathoz a magyarországi, mintegy 6500 házi orvosi praxisból egy olyan, 114 elemű **kontrollcsoportot** választottunk,¹⁴⁴ amely hasonló volt ex ante a modellprogram praxisaihoz az alábbi demográfiai, szocioökonómiai és egészség-gazdaságtani jellemzők mentén:

- **praxis kistérségének** jellemzői: régió [egzakt párosítás], nem megyei jogú városhoz tartozó kistérség [egzakt párosítás], korábban nem vett részt a TIOP 2.1.2. járóbeteg-

¹⁴⁴ A jelen elemzésben nem foglalkozunk a házi gyermekorvosi praxisokkal. A modellprogram 21 darab felnőtt és vegyes praxisban folyik, ezek közül a két legnagyobb, kiugró nagyságú praxis kivételével mindegyikhez 6-6 darab kontrollpraxist választottunk, így jött létre a $19 \times 6 = 114$ elemű kontrollcsoport.



fejlesztési programban¹⁴⁵ [egzakt párosítás], kistérségi fejlettségi mutató, kistérségi romaarány (adatforrások: OEP/NEAK háziorvosi praxisadatok, KSH TSTAR és népszámlálási adatok);

- **praxis településének** jellemzői: kistérségi központ-e, település lakosságszáma, település romaaránya, település egy főre jutó szja-bevétele, a 60 év feletti aránya a településen (adatforrás: KSH TSTAR és népszámlálási adatok);
- rendelkezésre álló **szakellátási kapacitások**: egy főre jutó járóbeteg-kapacitás (heti óraszám) nagysága a kistérségben, illetve a településen (adatforrás: OEP/NEAK és KSH TSTAR);
- **praxis jellemzői**: csak területi ellátási kötelezettséggel rendelkező praxisok kerülnek a kontrollmintába, praxis típusa [egzakt párosítás], praxisba bejelentett taj-ok száma (adatforrás: OEP/NEAK).

A kontrollcsoport konkrét kiválasztása propensity score alapú párosítással történt, amely klasszikus megoldás a hatásvizsgálati irodalomban.¹⁴⁶ Ezzel tehát egy olyan kontrollcsoporthoz jutottunk, amely jól közelíti a modellprogram csoportját az intervenció előtt, így a két csoport intervenció utáni eltéréseinek vizsgálatával a modellprogram hatását mérhetjük. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy a kontrollválasztás módszere miatt a kontrollcsoport egyáltalán nem reprezentálja az országot – hiszen célja éppen az, hogy az átlagnál elmaradottabb, a modellprogramban érintett településekhez hasonló településeken működő praxisokat találjunk.

A modellprogramban résztvevő, illetve a kontrollpraxisok mutatói szintjének, trendjének és szezonálisának részletesebb elemzését panelregressziós modellel végeztük. Becsült modellünk a következő volt:

$$y_{it} = \beta_0 + \beta_T * Treated_i + \beta_A * After_t + \beta_{TA} * Treated_i * After_t + trend + szezon + c_i + u_{it},$$

¹⁴⁵ 2010-2012 között mintegy 20, kedvezőtlen szocio-ökonomiai jellemzőkkel rendelkező kistérségben alakítottak ki járóbeteg-szakrendelést az Európai Unió által támogatott TIOP 2.1.2. program keretében. Ezek a kistérségek részint átfednek a kontrollcsoportként szóba jövő helyszínekkel, ugyanakkor bennük még 2012 után is volt pozitív trendszerű hatása a szakrendelések beindításának, így ezeknek a kistérségeknek a praxisait nem választottuk be a kontrollpraxisok közé. Lásd a vonatkozó egészségügyi hatásvizsgálat eredményét: https://www.palyazat.gov.hu/egeszsegugyi_fejlesztések_ertekelese, vagy 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. 2015; 24:1131-1146. doi: 10.1002/hec.3201

¹⁴⁶ Stuart EA. Matching methods for causal inference: A review and a look forward. Statistical Science. 2010; 25(1):1-21. doi:10.1214/09-STS313



ahol i jelöli a praxist, t pedig a negyedévet. y_{it} a vizsgált mutatószám (indikátor) értéke az adott praxisban az adott negyedévben, a Treated változó jelöli a modellprogram praxisait (azaz értéke 1 ezekben a praxisokban, egyébként pedig 0), az After változó pedig az intervenciós időszakot (azaz értéke 1 az intervenciós időszakban,¹⁴⁷ és 0 előtte). Az intervenció hatását a Treated*After interakció méri a modellben, amelynek értéke tehát csak akkor 1, ha egyszerre az intervenciós praxisokban és az intervenciós időszakban vagyunk. **A Treated változó együtthatója önmagában azt mutatja, hogy mennyivel tért el az indikátor értéke a modellprogram praxisaiban a kontrollpraxisokhoz képest a beavatkozás előtt.** Az időbeli változásokra lineáris (negyedéves) trenddel, a szezonálisra pedig negyedéves bináris változókkal kontrollálunk.¹⁴⁸ A panelmodellt a c_i praxisszintű hibatag jelenléte miatt véletlen hatású (random-effects) becsléssel becsüljük.

D.5.2. EREDMÉNYEK

Háziorvosi megjelenések és továbbküldések vizsgálata

A háziorvosi megjelenéseket és továbbküldéseket az OEP/NEAK által előállított, a háziorvosok által havonta küldött B300-as jelentésből származó, havi, majd negyedéves szinten aggregált adatokból határoztuk meg. A havonta a háziorvosnál megjelent személyek száma és a háziorvosi találkozások száma is jelentős, időben növekvő trendet mutatott mind a modellprogram praxisaiban, mind a kontrollcsoportban 2012 harmadik negyedéve és 2016 első negyedéve között. 100 főre vetítve átlagosan havonta 41-49 különböző TAJ jelent meg a háziorvosnál, és 65-85 orvos-beteg találkozás történt¹⁴⁹. A T66. táblázat (lásd az alfejezet végén) regressziós eredményei (első és második oszlop Treated x After együtthatói) azt mutatják, hogy a **modellprogramnak statisztikailag szignifikáns pozitív hatása volt mind az ellátott biztosítottak, mind az orvos-beteg találkozások számára** (100 főre vetítve 1,0-del nőtt az ellátottak száma és 2,3-del a havi találkozások száma, utóbbit lásd az F134. ábrán is). Ez 2-3%-os átlagos emelkedést, illetve egy 1600 fős, átlagos méretűnek tekinthető praxisban havi 37 többlettalálkozást jelent, vagyis **kb. 1,5-2 fővel növelte meg a napi betegforgalmat**. A

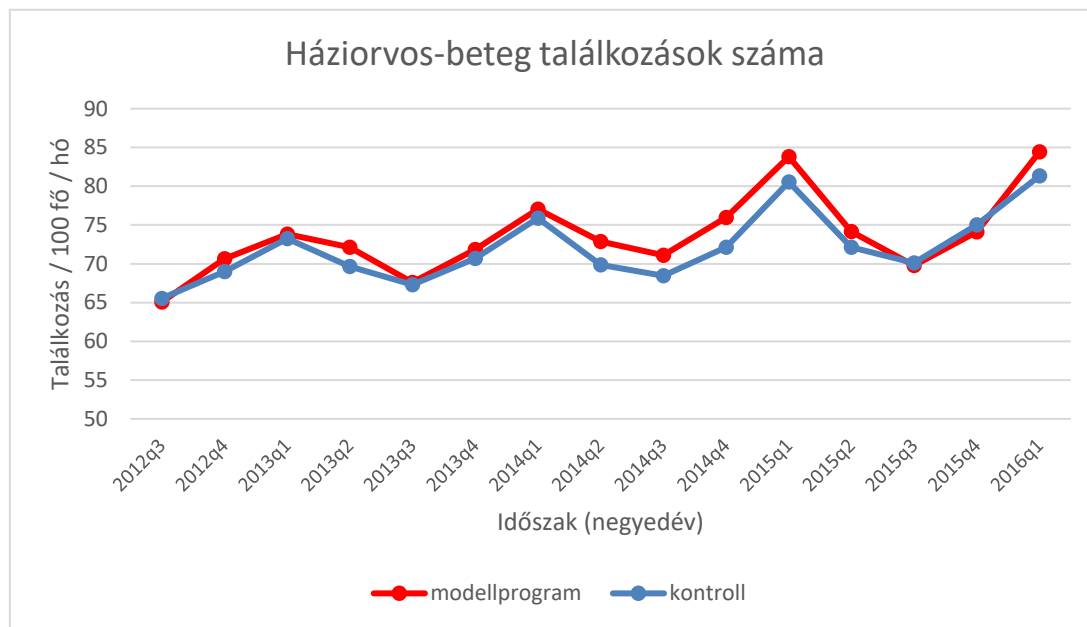
¹⁴⁷Intervenciós időszaknak a 2014 első negyedévével kezdődő időszakot tekintjük, mivel a program teljes egészében csak 2013 őszétől indult be.

¹⁴⁸Mivel a trend zéruspontja 2014 első negyedéve, az egyenlet konstans tagja közelítően mutatja az indikátor átlagértékét a kontrollcsoportban 2013 végén – 2014 elején, amihez képest érdemes a hatásokat viszonyítani.

¹⁴⁹ Bár a mindennapi gyakorlatban előfordul, hogy a tényleges ellátást (pl. receptírást) a praxis szakdolgozója végzi, az elemzésben megtartjuk az előírásokhoz illeszkedő „orvos-beteg találkozás” kifejezést.

regressziós modellből az is egyértelmű, hogy az I. negyedévben mennek el legtöbben, a III. negyedévben legkevesebben házi orvoshoz (tehát erős szezonális jellemző).

F134. A házi orvos-beteg találkozások számának alakulása



Adatok forrása: OEP/NEAK.

Az intervenció előtt nem volt szignifikáns eltérés a modellprogram és kontrollpraxisok ellátási és orvos-beteg találkozási értékei között (Treated együttthatók nem szignifikánsak), ez arra utal, hogy a házi orvosi találkozások szempontjából megfelelően lett meghatározva a kontrollcsoport.

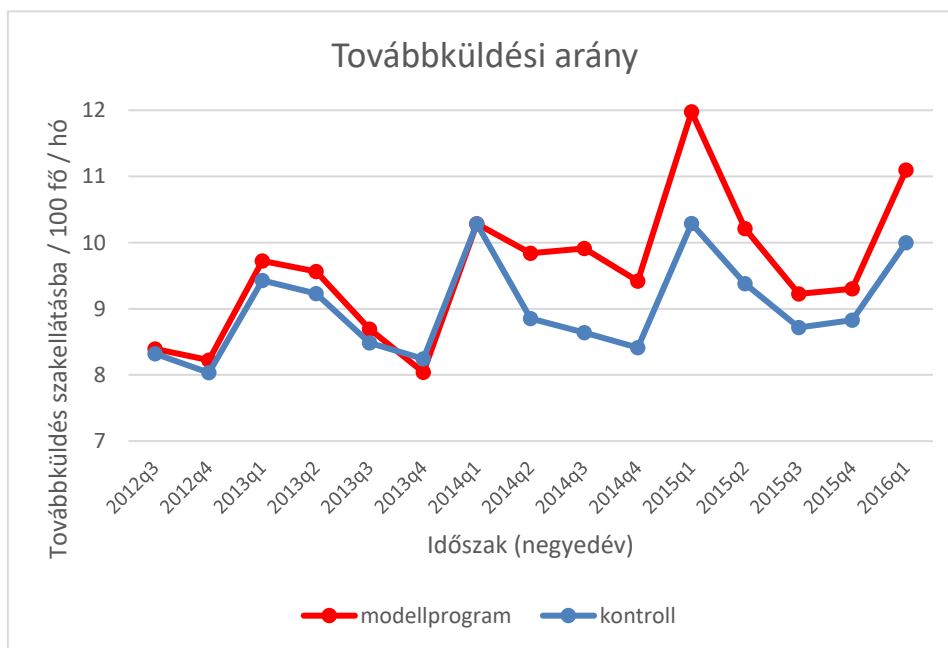
Az orvos-beteg találkozások számát tovább bonthatjuk aszerint, hogy **történt-e továbbküldés a szakellátás irányába**. Havonta 100 bejelentett TAJ-ra vetítve mintegy 8-12 alkalommal volt továbbküldés a házi orvos részéről, tehát a megjelenések nagyobb részében nem történt továbbküldés.¹⁵⁰ A regressziós eredmények (lásd T66. táblázat) azt mutatják,

¹⁵⁰ Valamennyi olyan továbbküldést vizsgáltuk, amely a B300-as jelentésekben szerepel. Ez a megközelítés különbözik a házi orvosi minőségi indikátorrendszerben alkalmazott továbbküldési mutatószám módszertanától, ahol az OEP/NEAK nem veszi figyelembe a házi orvos által rendelhető labor- és más diagnosztikai vizsgálatokat, illetve a beutaló nélkül felkereshető szakrendeléseket. Ez az elemzés tehát a szakellátás felé irányuló terhelés



hogy a **modellprogram tiszta hatásaként a diagnosztikus és szakellátási továbbküldések száma statisztikailag szignifikánsan**, 100 főre vetítve havonta mintegy 0,8-del **nőtt** (lásd még az F1355. ábrát). A továbbküldés nélküli megjelenések száma is emelkedett a modellprogram hatásaként, de ennek mértéke statisztikailag nem szignifikáns. A továbbküldések nagy része a járóbeteg-szakellátásba és diagnosztikára való továbbküldés volt (7-11 alkalom / 100 fő havonta), ehhez képest jóval alacsonyabb a fekvőbeteg-ellátásba való továbbküldés (0,05-0,5 alkalom / 100 fő). Alacsony – és a vizsgált időszakban meredeken csökkent – a nem azonosítható helyre való továbbküldés is (0,3-0,7 alkalom / 100 fő).¹⁵¹

F135. Továbbküldés szakellátás irányába



Adatok forrása: OEP/NEAK.

A **járóbeteg-szakellátásba való továbbküldések** között megvizsgáltuk a program szempontjából fontos **szakmacsoportokat külön-külön is**. (Ezek a szakmacsoportok nem

változásának a kimutatására (és nem a háziorvosi munkavégzés minőségének, önállóságának megítélésére) irányul.

¹⁵¹ Feltételezhetően a B300-as jelentésekben használt kódrendszer és a szakellátókat leíró kódrendszer eltérései okozták azt, hogy a továbbküldések egy részét az OEP/NEAK nem tudja azonosítani.

1

HAJDÚ-BIHAR:
 • Berettyóújfalu
 • Hencida • Komádi
 • Magyarhomorog
 • Mezöpeterd

2

BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:
 • Borsodnádasd
 • Arló
 • Járdánháza
 • Borsodszentgyörgy

3

HEVES:
 • Heves
 • Átány
 • Kömlő
 • Tiszanána

JÁSZ-NAGYKUN - SZOLNOK:
 • Jászapáti
 • Jászkisér
 • Jászivány

**MI RÉSZT
 VESZÜNK BENNE!**

**390**

egyeznek meg az OEP/NEAK vagy ÁNTSZ által használt szakmacsoportokkal, hanem az elemzésünkhöz célzottan kialakított, a programhoz illeszkedő csoportosítást takarnak; a pontos kódolás az alfejezethez fűzött függelékben található.) Három szakmacsoportot a modellprogram keretében nyújtott **dietetikai, egészségpszichológia és gyógytorna** többlétszolgáltatások alapján definiáltunk. Ezek a járóbeteg-szakellátási szakmacsoportok részben helyettesítő, részben kiegészítő szolgáltatásokat nyújtanak az alapellátásban megjelent új szakemberekhez képest: a tevékenységek eltérő jellege miatt **a vizsgált járóbeteg-szakellátások semmiképpen sem tekinthetők kizárólagosan az alapellátás keretében nyújtott többlétszolgáltatások helyettesítőinek**. A kapcsolat a diétetika esetében a legkevésbé szoros, mivel a gyakorlatban rendszerszinten nem megoldott az önálló diétetikai szakmakód alatt történő beutalás és teljesítményjelentés.¹⁵² Így a szakmakódolásból következően eleve csak a diabetológiát tudtuk vizsgálni, ami egyfelől a diétetikus tevékenységével csak részben fed át, másfelől pedig az időszakos szakorvosi javaslat szükségessége miatt a szakellátási beutalás sok esetben nem is kerülhető meg a gyógyszerrel szedő cukorbeteg körében.

Regressziós továbbküldési eredményeinket szakmacsoportonként a T67. táblázat tartalmazza. **Részbeni helyettesítő hatás az egészségpszichológus és gyógytornász tevékenysége kapcsán látszik igazolódni:** itt a 100 bejelentett TAJ-ra jutó továbbküldés rendre 0,03, illetve 0,11 értékkel csökkent, ami 19%, illetve 17% átlagos csökkenést jelent. **Tehát a szolgáltatás alapellátásban való megjelenése következtében gyakran előfordult, hogy a háziorvosok inkább ide, és nem a szakellátásba irányították a betegeket.** A diétetikus tevékenységéhez kapcsolódó szakmacsoportok esetében statisztikailag nem szignifikáns a csökkenés, bár mértéke önmagában jelentős (100 főre vetítve 0,03 darab, átlagosan 22%-os csökkenés).

Mivel gyógytornászhoz nagy arányban neurológiai és ortopédiai szakrendelésen keresztül vezet az út, megvizsgáltuk e két szakmacsoport felé történő továbbküldési gyakoriságok változását is a modellprogram praxisaiban és a kontrollpraxisokban, de nem találtunk statisztikailag szignifikáns eredményeket. Öt további szakmacsoportot az alapján definiáltunk, hogy a modellprogramban végzett egészségi állapot felmérés fókuszja miatt mely

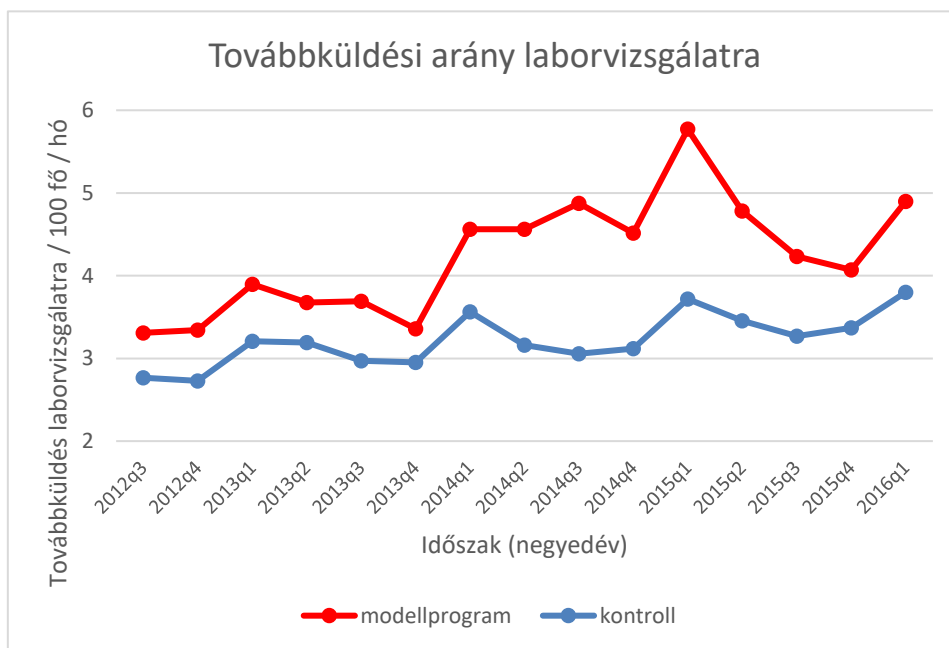
¹⁵² A statisztikailag nem szignifikáns eredményekben is megmutatkozott, hogy a diétetikára vonatkozóan kizárólag szakmakódok alapján nem lehet eléggé szelektív és szenzitív kimutatást végezni. Erre a módszertani problémára a beutalón szereplő BNO és a szakellátás szakmakódjának együttes vizsgálata jelenthet megoldást a további elemzések során.



391

területeken várunk hatást (labordiagnosztika, képalkotó vizsgálatok, kardiológia, belgyógyászat, szemészet). Az elemzést ezen kívül kiegészítettük a sürgősségi ellátásba való küldés vizsgálatával is. A regressziós becslésekből (T67. táblázat) az látszik, hogy lényegesen (és statisztikailag szignifikáns mértékben) **egyedül a labordiagnosztikai vizsgálatok felé való továbbküldés emelkedett a modellprogram hatására** (0,8 alkalommal 100 bejelentett TAJ-ra vetítve, azaz kb. 25%-kal az átlagos kontrollcsoporti értékhez képest), amit a kapcsolódó F136. ábra is illusztrál. A többi esetben vagy nem látszik változás, vagy akár enyhe negatív változás figyelhető meg.¹⁵³

F136. Továbbküldés laborvizsgálatokra



Adatok forrása: OEP/NEAK.

Összességében tehát a házi orvosok által rendelhető diagnosztikus továbbküldések száma emelkedett meg szignifikánsan, míg a szakorvosi ellátást a program házi orvosai nem terhelték meg, sőt több szakma esetén negatív irányú változás történt a beutalók mennyiségében. Előre utalunk arra az eredményre is, hogy a labordiagnosztikai beutalások

¹⁵³ Ez az eredmény összhangban áll a házi orvosi továbbküldések OEP/NEAK-indikátor szerint kimutatott szignifikáns csökkenésével.



számának növekedése nem eredményezett szignifikáns növekedést a laborvizsgálatok német pontban kifejezett mennyiségében a kontrollhoz képest (ld. később). Azt is meg kell említenünk, hogy a Program eredményeként felismert kardiometabolikus betegségek korai szakaszában többségében nincs szükség¹⁵⁴ a szakorvosi ellátás igénybevételére sem a kivizsgálás, sem a terápia beállítása során.

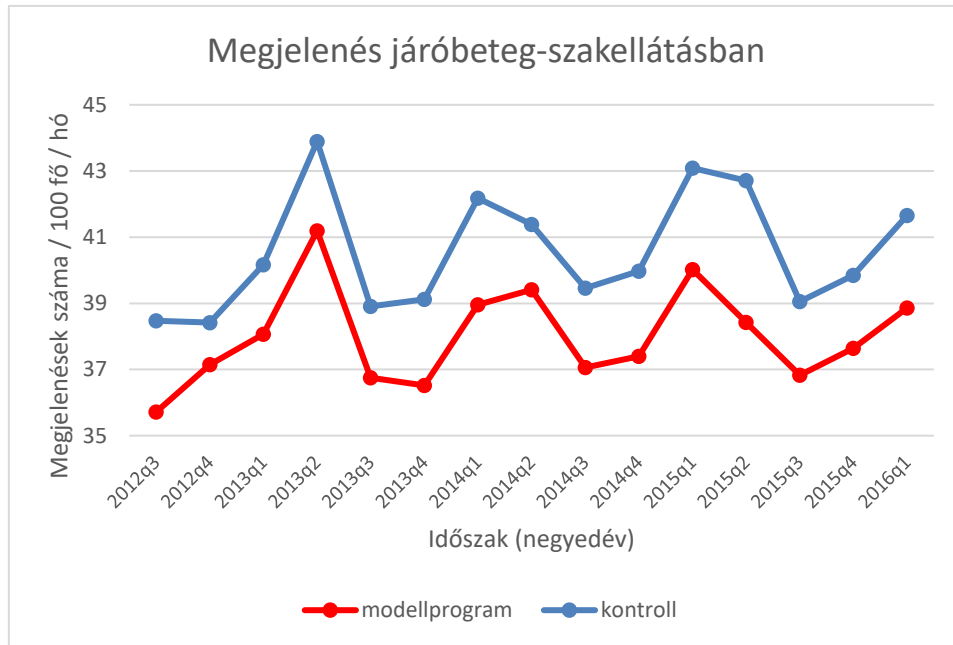
Járóbeteg-szakellátási megjelenések és kiadások vizsgálata

A következőkben azt vizsgáljuk, hogy a járóbeteg-szakellátási megjelenések száma változott-e szakmacsoportonként a modellprogram hatására, illetve elemezzük a kiadásokra kifejtett hatást is. Míg az előző alfejezetben a háziorvosi továbbküldések a háziorvos szándékát tükrözték, **a tényleges megjelenéseket befolyásolják a betegek magatartása és az ellátórendszer lehetőségei is.** A megjelenések vizsgálata azért is fontos, mert ez alapján lehet a kasszhatásokat becsülni. Itt is ki kell emelni, hogy az adatokból alapvetően a rövid távú hatások azonosíthatóak, a hosszabb távú hatások ettől különbözhetnek.

Járóbeteg-megjelenési adatbázisunk a labordiagnosztikai megjelenéseket nem tartalmazza, azok finanszírozási (német) pontjairól azonban volt adat, azt külön elemezzük (lásd alább). Az 135. ábrából látszik, hogy **a 100 bejelentett TAJ-ra jutó havi járóbeteg-szakellátási megjelenések száma** (labordiagnosztika nélkül) 36-44 eset volt a vizsgált időszakban, és némileg **alacsonyabb volt a modellprogram praxisaiban, mint a kontrollcsoportban.** A járóbeteg-szakellátási megjelenések száma enyhén pozitív trendet mutatott a vizsgált időszakban mindkét csoportban. A nyers adatok nagyságrendjéből az is látszik, hogy **a járóbeteg-szakellátási megjelenések száma többszöröse a háziorvosi továbbküldések (beutalások) számának** (ez utóbbi labordiagnosztika nélkül havonta átlagosan csak 5-6 alkalom / 100 TAJ). Ennek hátterében több ok is meghúzódhat: **az esetek nagy része többedik megjelenés, visszarendelés vagy szakellátó általi továbbutalás, illetve a szakrendelések egy része nem beutalóköteles,** azaz igénybevétele a háziorvos által csak korlátozottan befolyásolható.

¹⁵⁴ Kivétel lehet pl. a primer hipertónia diagnosztikai eljárása.

F137. Járóbeteg-szakellátásban való megjelenési arány változása



Megjegyzés: az értékek nem tartalmazzák a labordiagnosztikai megjelenéseket.
 Adatok forrása: OEP/NEAK.

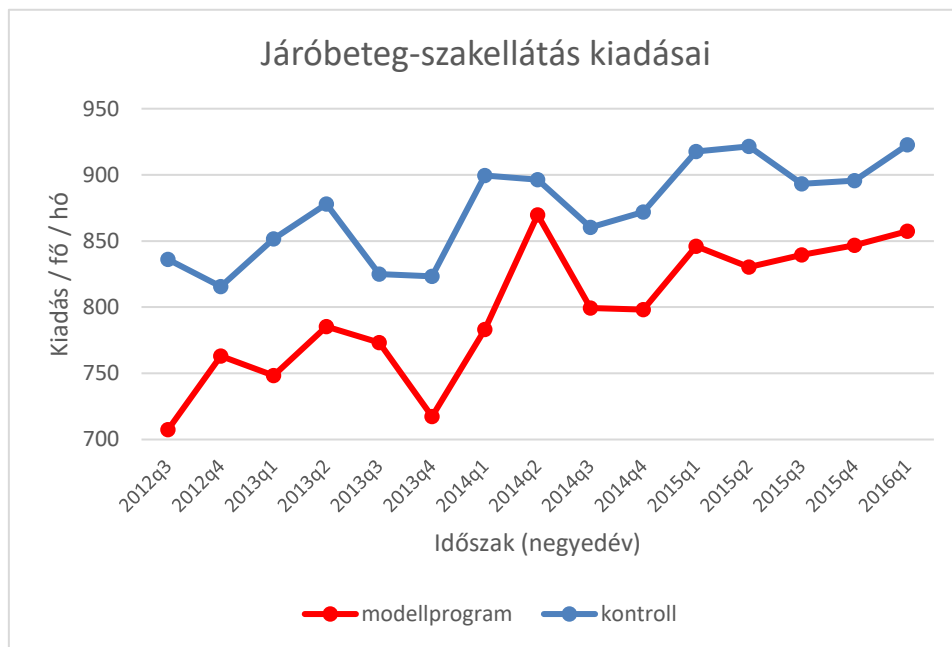
A T68. táblázat mutatja a járóbeteg-szakellátási megjelenések panelregressziós becsléseit aggregáltan és szakmacsoportok szerinti bontásban is. A táblázat első oszlopa tartalmazza az aggregált (labordiagnosztika nélküli) járóbeteg-esetszámra vonatkozó becslési eredményeket. Az intervenció hatása (a Treated x After interakciós együttható paramétere) nem szignifikáns – az F137. ábrával összhangban **nem lehet kimutatni, hogy a modellprogram hatására megugrott volna a járóbeteg-megjelenések száma**. A T68. táblázat további oszlopai szakmacsoportonként mutatják a hatásokat: a legtöbb szakmacsoportban nem mutatható ki szignifikáns hatás az intervenció következtében, sőt a belgyógyászat és a szemészet esetén statisztikailag szignifikáns negatív hatás mutatható ki, azaz csökkent a megjelenések száma.

Azt is ki kell emelni, hogy miközben – mint korábban láttuk – a modellprogram területén a továbbutalási gyakorlatban (azaz a háziorvosi szándékban) szignifikáns csökkenés volt megfigyelhető a gyógytornász és egészségpszichológus tevékenységéhez köthető

szakellátások vonatkozásában, a tényleges megjelenések számában ez nem realizálódott.¹⁵⁵ Ennek valószínűsíthető magyarázata a már fent is bemutatott, szakellátáson belüli visszarendelési és továbbküldési gyakorlat: miközben az új betegek beutalási gyakorisága csökken a házi orvos felől, a már a szakellátáson belül gondozott – vélhetően többségében krónikus – betegek változatlan mértékben látogatták a szakellátást.

Külön elvégeztük a járóbeteg-szakellátási kiadások változásának vizsgálatát is. Mint az F138. ábra mutatja, a modellprogram és a kontroll is emelkedő trendet mutat, miközben a modellprogram praxisaiban mindvégig lényegesen, kb. 12%-kal alacsonyabb volt az egy főre jutó kiadás értéke. **A panelregressziós becslési eredmények alapján az intervenció hatásaként mintegy 2,5%-os, de statisztikailag nem szignifikáns emelkedés volt látható** (lásd T698. táblázat) mind a nyers, mind az életkorra és nemre standardizált járóbeteg-kiadási adatokban.

F138. Járóbeteg-szakellátási kiadások változása



Adatok forrása: OEP/NEAK.

¹⁵⁵ Akkor is így van ez, ha a gyógytornához kapcsolódó szakmák közül csak az 57-es kódúakat vizsgáljuk (azaz azokat, amelyek esetében döntő mértékben gyógytornász szakember nyújt ellátást).

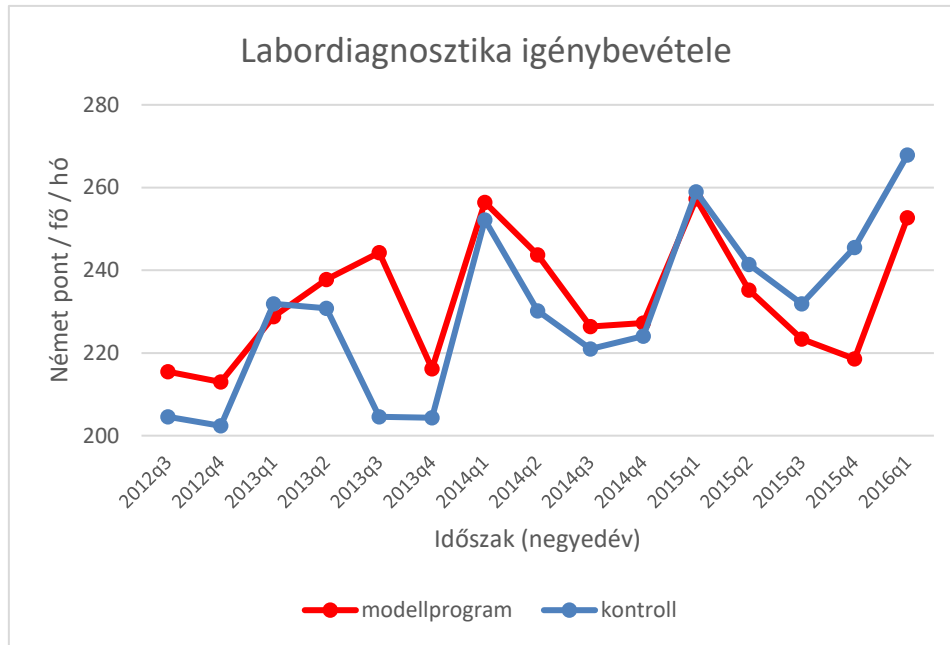
Labordiagnosztikai ellátások vizsgálata

A labordiagnosztikai ellátások esetén a megjelenések száma helyett a finanszírozási (német) pontszám és a forintérték állt rendelkezésre háziiorvosi praxis, korcsoport-nem és időszak szerinti bontásban. A két rendelkezésre álló mutató közül a pontszámot elemezzük, mert ebben kevésbé érvényesül a volumenkorlát hatása, mint a szolgáltatói finanszírozási összegekben (a kiadást más fejezet tárgyalja). Az F139. ábrán látható a német pontszám változása a modellprogram praxisaiban és a kontrollcsoportban. **Az egy főre, havonta jutó német pontszám 200-260 között változik, és emelkedő trendet mutat a vizsgált időszakban mind a modellprogram, mint a kontrollcsoport praxisaiban.** Ugyanakkor, ellentétben a laborba történő háziiorvosi továbbküldések számával, itt **nem látszik megugrás a modellprogram praxisaiban a kontrollcsoport praxisaihoz képest, sőt inkább enyhe visszaesés** mutatkozik. Ez a visszaesés ugyanakkor statisztikailag nem szignifikáns: a T69. táblázat első oszlopa tartalmazza a panelregressziós becslés eredményeit, ahol függő változóként az egy főre, havonta jutó német pontszám logaritmusát használtuk.¹⁵⁶ A beavatkozás eredményét mutató interakciós tag (Treated x After) nem szignifikáns 10%-os szinten sem. Az eredmények hátterében az állhat, hogy ugyan a beutalások száma a tömeges (mintegy 25 ezer főt érintő) egészségi állapot felmérés következtében szignifikánsan nőtt a program hatására, de az relatíve olcsó (keves német pontot eredményező) vizsgálatokat jelentett.¹⁵⁷ Az is magyarázhatja a megfigyelést, hogy a program hatására egyéb esetekben is **tudatosabbá váltak a háziorvosok a kért laborvizsgálatok körének meghatározásában.** Az eredményekből levonható az a következtetés, hogy **a program összességében nem növelte a laborkassza terhelését.**

¹⁵⁶A labordiagnosztikai német pontszámok és (lentebb) a gyógyszerkiadási forintértékeinek elemzésekor logaritmikus függő változókat használtunk, mert – kiadási jellegű változók lévén – a logaritmusok jóval közelebb vannak a normális eloszláshoz, mint a szintek. A forintértékeket és a pontszámokat sokkal jobban befolyásolhatja egy-egy extrém megfigyelés, mint a megjelenések számát, és a logaritmikus transzformáció ezen kiugró értékek szerepét csökkenti.

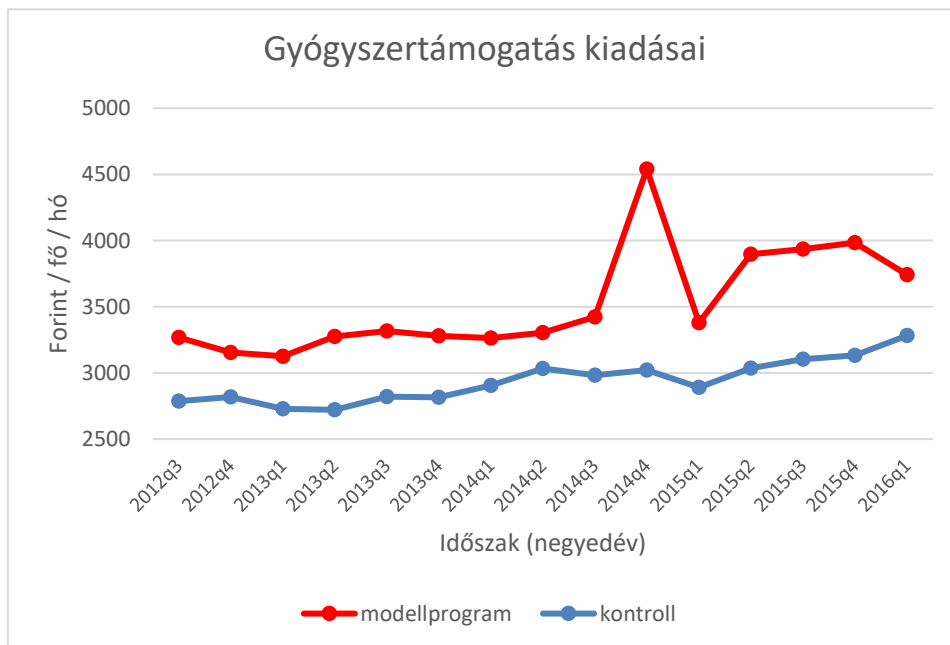
¹⁵⁷ A laborpanel a praxisközösségi eljárásrendben: szérum koleszterin, HDL-C, LDL-C, triglicerid, szérum kreatinin, éhomi vércukor. Forrás: Praxisközösségi eljárásrend, 12. verzió, 227. oldal.

F139. Labordiagnosztika igénybevételének változása



Adatok forrása: OEP/NEAK.

F140. Gyógyszertámogatási kiadások változása



Adatok forrása: OEP/NEAK.

Gyógyszerkiadások vizsgálata

Végezetül, az F140. ábra mutatja az egy főre jutó havi gyógyszerkiadások alakulását a modellprogram praxisaiban és a kontrollcsoportban. Az átlagos gyógyszerkiadások magasabbak a modellprogram csoportjában, de az adatok tüzetesebb vizsgálatokor látszik, hogy az eltérés nagy része egy adott praxisnak köszönhető, ahol (a korosztályos bontás alapján vélhetően egy beteg miatt)¹⁵⁸ az átlagos gyógyszerkiadás az egész időszakban mintegy négyszerese a többi, modellprogrambeli praxisénak. Az is látható, hogy egyetlen kiugró érték – az adott betegnek még a szokásosnál is jóval magasabb gyógyszerkiadása 2014. negyedik negyedévében – mennyire el tudja téríteni a modellprogrambeli praxisokra eső átlagos gyógyszerkiadást.

A T69. táblázat második oszlopa tartalmazza a panelregressziós becslés eredményét, ahol – a kiugró értékek kezelése érdekében – függő változóként az egy főre jutó havi gyógyszerkiadás logaritmusát használtuk. Látható, hogy a modellprogram hatása (a Treated x After interakciós tag paraméterbecslése) pozitív, de statisztikailag nem szignifikáns. Hasonló eredményt kapunk egyébként, ha a kiugró praxist kivesszük az elemzésből. **Megállapítható tehát, hogy a modellprogramnak az intervenciós időszakban nem volt kimutatható hatása a gyógyszerkasszából történő finanszírozás nagyságára.** Itt megjegyezzük, hogy a program egyik jelentős szűrési célterületét jelentő kardiometabolikus betegségek kezdő gyógyszeres terápiája a háziorvosok által rendelhető generikus gyógyszereknek köszönhetően rendkívül olcsó.¹⁵⁹

Összegzés

A modellprogramnak statisztikailag szignifikáns pozitív hatása volt a háziorvos-beteg találkozások számára. A laborbeutalások száma emelkedett, de az igénybe vett labor diagnosztikai ellátások német pontszáma nem nőtt szignifikánsan, mert a program

¹⁵⁸ Az elemzéshez adatvédelmi okok miatt csak korcsoportonként és nemenként aggregált adatok álltak rendelkezésre, így e feltételezés az adatokból nem bizonyítható.

¹⁵⁹ Példák: a magasvérnyomás-terápia alapszerei, pl. a kalciumcsatorna-blokkoló amlodipine generikumok kezdő terápiás havi dózisának térítési díja 200 Ft-os nagyságrendű, míg az angiotenzin-konvertáló enzimgátló perindopril kezdő terápiás havi dózisának térítési díja referencia készítmény ára alapján 100 Ft-os nagyságrendű. A 2-es típusú cukorbetegség kezdőterápiájának alap hatóanyaga (metformin) esetén a 120-as kisserelésű, 850 mg-os referencia készítmény 1 tablettájának ára 3,88 Ft.



398

relatíve olcsó vizsgálatokat igényel. A program a szakellátást nem terhelte meg, a gyógytornász és az egészségpszichológus tevékenységéhez kapcsolódó szakmákban pedig még enyhén csökkent is a beutalók mennyisége.

Össességében a program szolgáltatásai saját forrásigényükön túl nem generáltak szignifikáns többletkiadást a járó-, fekvő- és gyógyszerkasszában sem; a közvetett költségvonzatok rövid távon alacsonyak. A kiterjesztésről való döntés során elegendő a program közvetlen hasznait (pl. szűrési és gondozási részvételt) hasonlítani a program közvetlen költségeihez.



399

T66. Házirovisi megjelenések és továbbküldések: panelregressziós becslési eredmények (függő változó: 100 főre eső havi értékek)

				Továbbküldések száma				
	Ellátottak száma	Találkozások száma	Nincs továbbküld.	Továbbküld.	járóba	fekvőbe	egyéb helyre	ismeretlen helyre
Intervenció hatása	1.04**	2.27*	1.50	0.77*	0.60	0.012	-0.036	0.20
(Treated x After)	(0.46)	(1.30)	(1.20)	(0.46)	(0.43)	(0.037)	(0.034)	(0.13)
Intervenció praxisok	0.40	2.36	2.00	0.36	0.33	0.038	0.015	-0.029
(Treated)	(1.26)	(2.97)	(2.82)	(0.90)	(0.81)	(0.053)	(0.036)	(0.30)
Intervenció időszak	-0.88***	-1.16***	-1.24***	0.082	0.057	0.016	0.012	-0.0033
(After)	(0.20)	(0.43)	(0.40)	(0.15)	(0.15)	(0.013)	(0.0088)	(0.029)
Negyedéves trend	0.28***	0.62***	0.58***	0.046**	0.058***	0.018***	-0.0012	-0.029***
(2014Q1 = 0)	(0.026)	(0.059)	(0.052)	(0.023)	(0.022)	(0.0020)	(0.0010)	(0.0058)
II. negyedév	-2.91***	-6.77***	-5.98***	-0.79***	-0.76***	-0.019***	-0.0063*	-0.0059
	(0.16)	(0.34)	(0.35)	(0.093)	(0.090)	(0.0064)	(0.0033)	(0.019)
III. negyedév	-4.11***	-9.43***	-8.10***	-1.33***	-1.28***	-0.025***	0.0044	-0.029**
	(0.24)	(0.47)	(0.45)	(0.10)	(0.10)	(0.0058)	(0.0049)	(0.014)
IV. negyedév	-2.57***	-5.92***	-4.33***	-1.59***	-1.49***	-0.034***	-0.0015	-0.063***
	(0.16)	(0.34)	(0.32)	(0.097)	(0.093)	(0.0066)	(0.0033)	(0.017)
Konstans	47.2***	78.2***	68.5***	9.62***	8.87***	0.16***	0.039***	0.56***
	(0.50)	(1.17)	(1.16)	(0.46)	(0.44)	(0.015)	(0.011)	(0.098)

Megjegyzés: Véletlen hatású (random-effect) panelregressziós modellek eredményei. Minta: modellprogram és kontrollcsoport felnőtt és vegyes praxisai együtt (összesen 133 felnőtt és vegyes praxis, 1995 praxis x negyedév). Intervenció időszak: 2014 I. negyedévtől. Standard hibák zárójelben. Szignifikanciák: *** p<0.01, **: p<0.05; *: p<0.1

Adatok forrása: OEP/NEAK

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu

www.swiss-contribution.hu





T67. Továbbküldések járóbeteg-ellátásba szakmacsoportonként: panelregressziós becslési eredmények (függő változó: 100 főre eső havi értékek)

	Dietetikus tev.	Egpszich. tev.	Gyógytorn tev.	Neuro	Ortop	Labor	Képző	Kardio	Belgyógy.	Szem.	Sürg.	Egyéb	
Intervenció hatása	-0.034	-0.031**	-0.11**			0.85***	0.030	-0.024	-0.043	-0.0061	0.0026	-	
(Treated x After)				-0.0059	-0.019							0.22***	
	(0.028)	(0.015)	(0.057)	(0.028)	(0.019)	(0.30)	(0.063)	(0.022)	(0.046)	(0.018)	(0.011)	(0.085)	
Intervenció praxis (Treated)	-0.043	-0.0060	-0.16**	-0.095*	-0.13***	0.39	-0.018	0.015	-0.13	0.018	-0.013	-0.026	
	(0.034)	(0.023)	(0.072)	(0.057)	(0.030)	(0.52)	(0.17)	(0.047)	(0.089)	(0.039)	(0.011)	(0.18)	
Intervenció időszak (After)	0.0018	0.0035	0.051	0.00060	-0.0093	0.00077	-0.015	0.0040	0.032	-0.0022	-	0.13***	
	(0.0077)	(0.0084)	(0.037)	(0.012)	(0.014)	(0.079)	(0.038)	(0.011)	(0.026)	(0.012)	(0.0040)	(0.045)	
Negyedéves trend (2014Q1 = 0)	0.00067	-0.00065	0.014***	-	0.0028**	0.00052	0.048***	0.018***	-0.0020	0.0020	-0.00080	-0.00048	0.0048
	(0.00097)	(0.00086)	(0.0034)	(0.0014)	(0.0014)	(0.013)	(0.0053)	(0.0015)	(0.0030)	(0.0013)	(0.00037)	(0.0064)	
II. negyedév	-0.014**	-	-0.028	-	0.048***	0.0083	-0.27***	-0.18***	-	-	-0.011	-0.00092	-
	(0.0062)	(0.0046)	(0.017)	(0.010)	(0.013)	(0.046)	(0.027)	(0.027)	(0.0097)	(0.018)	(0.0078)	(0.0015)	(0.027)

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodel.hu
www.svajcihozzajarulas.hu

www.swiss-contribution.hu





III. negyedév	-0.027***	-	-0.091***	-	-0.026**	-0.45***	-0.27***	-	-0.13***	-	-0.0024	-
	0.024***	0.024***	0.065***	0.065***	-0.026**	0.080***	0.080***	0.080***	0.033***	0.033***	0.15***	0.15***
	(0.0052)	(0.0051)	(0.015)	(0.0088)	(0.012)	(0.054)	(0.028)	(0.0090)	(0.015)	(0.0069)	(0.0021)	(0.032)
IV. negyedév	-0.031***	-	-0.14***	-	-	-0.51***	-0.27***	-	-0.16***	-	-	-
	0.030***	0.030***	0.071***	0.071***	0.040***	0.062***	0.062***	0.062***	0.030***	0.030***	0.0058**	0.24***
	(0.0054)	(0.0046)	(0.015)	(0.010)	(0.011)	(0.047)	(0.026)	(0.0092)	(0.014)	(0.0093)	(0.0023)	(0.022)
Konstans	0.20***	0.16***	0.82***	0.49***	0.36***	3.35***	1.23***	0.39***	0.95***	0.16***	0.027***	1.48***
	(0.017)	(0.013)	(0.042)	(0.027)	(0.022)	(0.25)	(0.080)	(0.027)	(0.053)	(0.020)	(0.0057)	(0.078)

Megjegyzés: Véletlen hatású (random-effect) panelregressziós modellek eredményei. Minta: modellprogram és kontrollcsoport felnőtt és vegyes praxisai együtt (összesen 133 felnőtt és vegyes praxis, 1995 praxis x negyedév). Intervenciós időszak: 2014 I. negyedévtől. Standard hibák zárójelben. Szignifikanciák: *** p<0.01, ** p<0.05; * p<0.1

Adatok forrása: OEP/NEAK

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu

www.swiss-contribution.hu





402

T68. Járóbeteg-szakellátási megjelenések száma (labor nélkül) aggregáltan és szakmacsoportonként: panelregressziós becslési eredmények (függő változó: 100 főre eső havi megjelenések száma)

	Össz. (labor nélkül)	Dietetikus tev.	Egyszich. tev.	Gyógytorn tev.	Neuro	Ortop	Képpalkotó	Kardio	Belgyógy.	Szem.	Sürg.	Egyéb
Intervenció hatása	-0.46	-0.040	-0.084	0.021	-0.081	-0.037	0.071	0.040	-0.19**	-0.10**	0.089*	-0.15
(Treated x After)	(0.48)	(0.029)	(0.068)	(0.26)	(0.058)	(0.029)	(0.095)	(0.048)	(0.086)	(0.044)	(0.054)	(0.32)
Intervenció praxisok	-3.09	-0.18**	0.29	-1.84**	-0.21	0.18***	0.25	0.14	-0.43	-0.19	0.27***	-1.01
(Treated)	(2.24)	(0.084)	(0.28)	(0.80)	(0.14)	(0.053)	(0.27)	(0.14)	(0.28)	(0.13)	(0.10)	(0.78)
Intervenció időszak	0.17	0.019	-0.078**	0.11	0.035	-0.025	0.20***	0.036	0.14***	0.079***	0.010	-0.36**
(After)	(0.28)	(0.016)	(0.035)	(0.17)	(0.030)	(0.022)	(0.064)	(0.030)	(0.044)	(0.025)	(0.023)	(0.17)
Negyedéves trend (2014Q1 = 0)	0.060*	0.0039**	0.012**	0.011	0.011***	0.0047*	0.0065	0.00026	0.013**	-0.0028	0.0094***	0.014
	(0.033)	(0.0018)	(0.0051)	(0.022)	(0.0031)	(0.0026)	(0.0071)	(0.0044)	(0.0054)	(0.0030)	(0.0028)	(0.017)
II. negyedév	0.93***	0.021*	-0.039*	-0.082	-0.040**	0.041*	-0.0087	0.0087	-0.052	-0.029	0.047***	1.06***
	(0.32)	(0.012)	(0.020)	(0.12)	(0.016)	(0.021)	(0.055)	(0.021)	(0.036)	(0.020)	(0.013)	(0.29)
III. negyedév	-2.50***	-0.070***	-0.12***	-0.62***	-0.14***	-0.028*	-0.42***	0.18***	-0.41***	-0.18***	0.075***	-0.40

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodel.hu
www.svajcihozzajarulas.hu

www.swiss-contribution.hu



403

	(0.34)	(0.010)	(0.019)	(0.13)	(0.015)	(0.016)	(0.042)	(0.020)	(0.030)	(0.020)	(0.015)	(0.29)
IV. negyedév	-2.15***	-0.036***	-0.11***	-0.51***	0.100***	-0.015	-0.33***	-0.037*	-0.31***	-0.12***	-0.027**	-0.55**
	(0.31)	(0.0094)	(0.017)	(0.11)	(0.016)	(0.013)	(0.041)	(0.021)	(0.029)	(0.017)	(0.012)	(0.28)
Konstans	41.0***	0.68***	1.84***	7.01***	1.30***	0.62***	5.06***	1.31***	3.62***	1.74***	0.88***	16.9***
	(0.98)	(0.039)	(0.11)	(0.40)	(0.059)	(0.034)	(0.11)	(0.045)	(0.16)	(0.053)	(0.054)	(0.37)

Megjegyzés: Véletlen hatású (random-effect) panelregressziós modellek eredményei. Minta: modellprogram és kontrollcsoport felnőtt és vegyes praxisai együtt (összesen 133 felnőtt és vegyes praxis, 1995 praxis x negyedév). Intervenciós időszak: 2014 I. negyedévtől. Standard hibák zárójelben. Szignifikanciák: *** p<0.01, ** p<0.05; * p<0.1

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu

www.swiss-contribution.hu



1 HAJDÚ-BIHAR:
• Berettyóújfalu
• Hencida • Komádi
• Magyarhomorog
• Mezőpeterd

2 BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:
• Borsodnádasd
• Arló
• Járdánháza
• Borsodszentgyörgy

3 HEVES:
• Heves
• Átány
• Kömlő
• Tiszánána

4 JÁSZ- NAGYHUN - SZOLNOK:
• Jászapáti
• Jászkisér
• Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!**



404

T69. Labordiagnosztikai ellátás és járóbeteg-szakellátási illetve gyógyszerkiadások vizsgálata (fügő változó: 1 főre eső havi német pontszám illetve forintérték logaritmusa)

	Labor log német pont	Gyógyszer log forintérték	Járó log forintérték	Standardizált járó log forintérték
Intervenció hatása (Treated x After)	-0.030 (0.032)	0.017 (0.025)	0.024 (0.018)	0.025 (0.018)
Intervenció praxisok (Treated)	0.0058 (0.081)	0.051 (0.089)	-0.12** (0.053)	-0.12** (0.048)
Intervenció időszak (After)	0.035** (0.016)	0.0052 (0.022)	0.033*** (0.0096)	0.034*** (0.0095)
Negyedéves trend (2014Q1 = 0)	0.0088*** (0.0019)	0.0097*** (0.0024)	0.0048*** (0.0011)	0.0041*** (0.0011)
II. negyedév	-0.058*** (0.0087)	0.00088 (0.0086)	0.016* (0.0084)	0.017* (0.0087)
III. negyedév	-0.12*** (0.0091)	0.011 (0.0088)	-0.024*** (0.0090)	-0.027*** (0.0092)
IV. negyedév	-0.12*** (0.0092)	0.019** (0.0091)	-0.034*** (0.0067)	-0.036*** (0.0069)
Konstans	5.41*** (0.031)	7.91*** (0.026)	7.81*** (0.025)	7.82*** (0.024)

Megjegyzés: Véletlen hatású (random-effect) panelregressziós modellek eredményei. Minta: modellprogram és kontrollcsoport felnőtt és vegyes praxisai együtt (összesen 133 felnőtt és vegyes praxis, 1995 praxis x negyedév). Intervenció időszak: 2014 I. negyedévtől. Standard hibák zárójelben. Szignifikanciák: *** p<0.01, ** p<0.05; * p<0.1



D.6. AZ ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI MODELLPROGRAM KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGÁNAK BEMUTATÁSA

D.6.1. ÖSSZEFOGLALÓ

D.6.1.1. Háttér

A kardiovaszkuláris betegségek Magyarországon az utóbbi néhány évtizedben a vezető haláloknak tekinthetők¹⁶⁰, ugyanakkor az ezen időszak alatt tapasztalt látványos csökkenés ellenére a hazai kardiovaszkuláris mortalitás kedvezőtlenebb az EU-25 országok átlagához mérten. A mortalitás csökkenésének meghatározó komponense az akut miokardiális infarktus (AMI) és stroke miatti halálozás mérséklődése, melyek összefüggést mutatnak a gyógyszerfelírási szokások, életmódbeli szokások változásaival¹⁶¹.

Az Alapellátási Modellprogram az alapellátás újjászervezését célozza a definitív ellátás megerősítése érdekében oly módon, hogy preventív szemlélettel bíró praxisközösségeket hoz létre az egészségügy különböző területein dolgozó szakemberek részvételével. A Modellprogram 2012 júliusától 2017 áprilisáig tartó időszakában 24 háziiorvosi praxis részvételével 4 praxisközösség került kialakításra. **Az egészségügyi intervenció többféle szolgáltatást foglal magában, mely közvetlenül (például az alapellátás keretében nyújtott kiegészítő szolgáltatások) vagy közvetve (segéd-egészségőrök és népegészségügyi koordinátorok megjelenése az ellátórendszerben) hatnak a populáció egészségére.**

¹⁶⁰ Jozan P: Decreasing cardiovascular mortality, mending life expectancy, beginning of a new epidemiological era in Hungary. IME (Hungarian) 2009, 4:21-25.

¹⁶¹ Balogh S, Papp R, Jozan P, Csaszar A. Continued improvement of cardiovascular mortality in Hungary--impact of increased cardio-metabolic prescriptions. BMC Public Health. 2010 Jul 15;10:422. doi: 10.1186/1471-2458-10-422. PubMed PMID: 20633257; PubMed Central PMCID: PMC2919475.

D.6.1.2. Célok

Ebben a fejezetben az Alapellátási Modellprogram hatásának néhány kiemelt kardiovaszkuláris eseményekre (stroke, AMI) vonatkoztatott teljeskörű gazdasági elemzése olvasható. A gazdasági elemzés az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez (2013. EüK. 3. szám EMMI közlemény szerint) figyelembe vételével került összeállításra.

D.6.1.3. Módszertan

A teljeskörű gazdasági elemzések közül választott költség-hatékonysági elemzés technikai lebonyolításához egy **Markov típusú egészség-gazdaságtani modellt fejlesztettünk**, amely segítségével az Alapellátási Modellprogram működéséhez kapcsolódó költségeket és egészségnyereséget hasonlítottuk a standard háziorvosi ellátás által indukált költségekhez, illetve egészségnyereséghez.

D.6.1.4. Eredmények és következtetések

Az elemzés eredményeképp az Alapellátási Modellprogram hatása költséghatékonynak bizonyult a standard háziorvosi ellátással szemben: többlet egészségnyereséget eredményezett elfogadható költségszint mellett. Az eredményeink alátámasztására érzékenységvizsgálatokat végeztünk, melyek megerősítették következtetéseink robusztusságát, így kellő bizonyossággal kijelenthető, hogy az Alapellátási Modellprogram társadalombiztosítási finanszírozása a hazai körülmények között a döntéshozó számára egészség-gazdaságtani szempontból előnyös választás.

D.6.2. A KIELÉGÍTETLEN EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁS-SZÜKSÉGLET BEMUTATÁSA

D.6.2.1. A kórkép bemutatása

A kardiovaszkuláris kórképek a szív- és érrendszert érintő megbetegedések összefoglaló elnevezése, melyek közül talán a legszélesebb körben ismertek az agyvérzés (angolul stroke) és a szívinfarktus (angolul acute myocardial infarction, AMI). Az egyes kórképek nagy variabilitást mutatnak patológiájukban, letalitásukban, vagy prognózisukban. Jelentőségüket az általuk implicált jelentős betegségteher, a beteg életkörülményeire való tekintélyes hatás adja. Az idők során **a kardiovaszkuláris kórképek kialakulását többek között**



életmódbeli (például egészségkárosító magatartás előfordulása) és az ellátórendszer által is érintett (például gyógyszereszedési) tényezőkkel is összefüggésbe hozták.

D.6.2.2. Epidemiológia

A szív-, érrendszeri betegségek hazánkban a vezető halálokokat adják. Magyarországon magasan a kardiovaszkuláris (CV) halálozás a vezető halálok. Egy évben közel 63 000 ember (KSH, 2013) hal meg, amely naponta 172 embert jelent. A CV halálozás, az utóbbi évtizedben történt jelentősen javulás ellenére továbbra is jelentős egészségügyi probléma. Az adatok szerint 17 évet veszítenek el az életükből azok, akik szívrohamban halnak meg.

D.6.2.3. Prevalencia, incidencia

A kardiovaszkuláris megbetegedések epidemiológiájáról naprakész, átfogó jelentés nem készült, de a szakirodalom szolgáltat információt a stroke, illetve a szívinfarktus incidenciájára vonatkozóan. Jánosi és munkatársai 2013-as vizsgálatukban¹⁶² 10 000 lakosra vetítve a férfiak esetében körülbelül 30 esetre, a nők esetében körülbelül 17 esetre becsülték az újonnan bekövetkezett szívinfarktusok incidenciáját. A stroke esetén ugyanez a mutató 2009-ben 43.3 eset volt, Szócs és munkatársai¹⁶³ becslése alapján. Prevalencia tekintetében a stroke nál Vokó és munkatársai¹⁶⁴ korábbi adatok alapján 8% körülire becsülte a kórkép előfordulását a 65 év felettek körében, nemtől függően. A szívinfarktus hazai prevalenciájára vonatkozóan nincsenek naprakész információink, külföldi vizsgálatok az életkori és nemi csoportoktól függően 0,3 és 18% közé teszik előfordulását¹⁶⁵.

¹⁶² Jánosi A, Ofner P, Branyiczkiné Géczy G, Polgár P.: A szívinfarktus incidenciája Magyarországon. Epidemiológiai vizsgálat Budapest öt kerületében és Szabolcs-Szatmár-bereg megyében. Orv. Hetil. 2013,154:1106-1110.

¹⁶³ Szócs Ildikó, Bereczki Dániel, Belicza Éva: Results of stroke care in Hungary in the frame of international comparison. Orvosi Hetilap 2016 157:41, 1635-1641

¹⁶⁴ Vokó Zoltán, Széles György, Kardos László, Németh Renáta, Ádány Róza: Az agyérbetegségek epidemiológiája Magyarországon az ezredfordulót követően. LAM (Lege Artis Medicinæ) - 2009;19(1) (klsz)

¹⁶⁵ Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, de Ferranti S, Després JP, Fullerton HJ, Howard VJ, Huffman MD, Judd SE, Kissela BM, Lackland DT, Lichtman JH, Lisabeth LD, Liu S, Mackey RH, Matchar DB, McGuire DK, Mohler ER 3rd, Moy CS, Muntner P, Mussolino ME, Nasir K, Neumar RW, Nichol G, Palaniappan L, Pandey DK, Reeves MJ, Rodriguez CJ, Sorlie PD, Stein J, Towfighi A, Turan TN, Virani SS, Willey JZ, Woo D, Yeh RW, Turner MB; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee.. Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2015 Jan



D.6.2.4. Betegségteher

Európában hozzávetőlegesen évente 4 millió halálozás köthető kardiovaszkuláris megbetegedésekhez, mely az összes európai halálok 47%-át jelenti. **A kardiovaszkuláris megbetegedés Európa összes országában a vezető halálok a nők körében és hat kivétellel az összes országban a vezető halálok a férfiaknál is.** Az Európai Unióban becslések szerint közel 2 millió halálozás köthető a kardiovaszkuláris megbetegedésekhez minden évben, mely az európai halálozás 40%-a¹⁶⁶. A kardiovaszkuláris megbetegedések becslések szerint az EU gazdasága számára majdnem 196 mrd EUR költséget jelentenek évente. Az összes kardiovaszkuláris okozta költségből nagyjából 54%-a direkt egészségügyi költség, 24%-a termelékenység-csökkenésnek köszönhető, 22% pedig a CV megbetegedéssel élők kezelésére fordítódik. 2009-ben a kardiovaszkuláris költségek az EU egészségügyi rendszerei számára több mint 106 milliárd EUR költséget jelentettek. Ez éves szinten 212 EUR költséget jelent egy főre számítva. A mortalitás és morbiditás okozta termelékenység-csökkenés majdnem 46 milliárd EUR-ba került, ennek 59%-a halálozás okozta költség (27 milliárd EUR), és 41 % betegség okozta addicionális költség (19 milliárd EUR) a munkaképes korúak körében. A CV megbetegedéssel élők ápolási költsége megközelítette a 44 milliárd EUR-t¹⁶⁷.

D.6.3. AZ ÖSSZEHASONLÍTÁSRA KERÜLŐ GYÓGYÍTÓ-MEGELŐZŐ ELJÁRÁSOK BEMUTATÁSA, KOMPARÁTORVÁLSZTÁS

D.6.3.1. Standard ellátás

A Modellprogram gazdasági értékelésének elvégzéséhez elengedhetetlen egy alternatíva megnevezése, amihez képest az intervenció költsége, illetve eredményessége értékelhető. **A komparátor egy elméleti nullscenárió, melyben a vizsgált beavatkozás**

27;131(4):e29-322. doi: 10.1161/CIR.000000000000152. Epub 2014 Dec 17. Erratum in: Circulation. 2016 Feb 23;133(8):e417. Circulation. 2015 Jun 16;131(24):e535. PubMed PMID: 25520374.

¹⁶⁶ Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M (2012). European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis

¹⁶⁷ Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M (2012). European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



hatásai nem jelentkeznek¹⁶⁸. A komparátor kiválasztásához a következő szempontokat javasolja a szakirodalom: komparátor lehet a leggyakrabban alkalmazott eljárás, az az eljárás, amit a vizsgált intervenció kiváltana, illetve a szakmai standard. Ezen szempontok alapján a javasolható komparátor az alapellátás jelenlegi, Modellprogramon kívüli struktúrája, melyben a háziorvosi praxisok külön-külön, a kiegészítő szolgáltatások nélkül működnek. Ezt a környezetet jól leképezik a Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Programban (HMAP) résztvevő praxisok, így az elemzésben komparátorként ezen praxiskör adatait alkalmazzuk.

A standard ellátás keretében a vizsgált kardiovaszkuláris kimenetek kezelése az ellátórendszerben hagyományosan (diagnosztikát magában foglaló) kontrollvizitekkel, vérnyomáscsökkentő gyógyszerek adásával, valamint szükség esetén kórházi kezeléssel jár a beteg teljes élettartama során.

D.6.3.2. Alapellátás-fejlesztési Modellprogram

A népegészségügyi fókuszú Modellprogram az alapellátás újjászervezését célozza a definitív ellátás megerősítése érdekében oly módon, hogy **preventív szemlélettel bíró praxisközösségeket hoz létre az egészségügy különböző területein dolgozó szakemberek részvételével**. A Modellprogram gyakorlati, a populáció egészségére közvetlenül ható eszköztárában az alapellátás keretében nyújtott preventív rendelesek, kiegészítő szolgáltatások (gyógytorna, diétetika, egészségpszichológia foglalkozások), Egészségi Állapot Felmérés (EÁF) találhatóak. Ezek az eszközök, intervenciók részletesen a Modellprogram Működési Kézikönyvében kerültek bemutatásra.

D.6.3.3. Jelenleg alkalmazott terápia és a komparátorok megnevezése

A gazdasági elemzés keretében vizsgált Modellprogram az emelkedett kardiovaszkuláris rizikójú betegek egész élethosszán át hat, a szokásos háziorvosi ellátás által nyújtott szolgáltatásokat kiegészítve.

A Modellprogram komparátora ebben az elemzésben a jelenlegi kezelési stratégia, mely a hagyományos háziorvosi ellátást jelenti. Habár a jelenlegi kezelési stratégiának részei lehetnek a Modellprogram egyes többlétszolgáltatásai, ezek gyakran szórványosan jelennek

¹⁶⁸ World Health Organization: WHO guide to cost-effectiveness analysis. 2003. Elérhető: http://www.who.int/choice/publications/p_2003_generalised_cea.pdf?ua=1



meg és nem részesülnek társadalombiztosítási támogatásban (például a települési önkormányzatok nyújtják saját költségvetésük terhére), ezért finanszírozási szempontból nem indokolt a figyelembe vételük.

D.6.4. AZ EGÉSZSÉG-JAVULÁSRA VONATKOZÓ KLINIKAI EREDMÉNYEK BEMUTATÁSA

A Modellprogram hatásainak értékeléséhez többféle indikátoron, egészségkimenetelen történt részletes elemzés, több, jól definiált indikátoron keresztül. Mindezek közül a kardiovaszkuláris rizikó alakulását leírhatják a hypertónia gondozásra, szérum kreatininszint meghatározására, vérzsír vizsgálat gyakoriságára, ischémiás szívbetegségben szenvedők béta-blokkolók szedési gyakoriságára vonatkozó indikátorok. Ezeknek az indikátoroknak az esetében a Modellprogram praxisai esetében kedvezőbb tendenciák zajlottak le, mint a kontroll praxiskörben, **ami arra utal, hogy a kardiovaszkuláris kockázat kedvezőbb irányba mozdult.** A vizsgált indikátorokkal kapcsolatos adatok részletes bemutatása a D.3. fejezetben olvasható.

Összefoglalva, a Modellprogram gazdasági értékelésének nehézsége a következőképp azonosítható: **a program nem kötődik kimondottan egyetlen, világos kórképhez vagy indikációhoz, és ennek megfelelően nem egyetlen jól körülírt beavatkozást, hanem beavatkozások csomagját jelöli.** A program hatása tehát nem mérhető egyetlen biomarkeren keresztül; az összes klinikailag releváns biomarker figyelembe vétele pedig túlságosan nagy erőforrás-igényt jelentene, illetve nehezítené az gazdasági elemzés eredményeinek interpretálhatóságát is. Ebből a problémakörből kiindulva az elemzést az esetdefiníciók mentén leírt betegpopuláció, illetve a beavatkozások heterogenitása okán javasolt a legnagyobb betegségterheléssel rendelkező esetdefinícióra, vagy esetdefiníció-csoportra vonatkozóan elvégezni. Az intervenciók tekintetében javasolt az egyes többlétszolgáltatások hatását a gazdasági modellben figyelembe vett paraméterek változásának összességén keresztül figyelembe venni. A gyakorlatban az elemzést a kardiovaszkuláris kórképekre vonatkozóan érdemes elvégezni (ezek a halálokok a magyar mortalitási struktúrában a kardiovaszkuláris halálozások meghatározó szerepet játszanak).



D.6.5. A RÉSZLETES KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGI ELEMZÉS

D.6.5.1. Az elemzés típusa

Az elemzés során két beavatkozás kerül összehasonlításra mind költség, mind pedig az eredményesség szempontjából, így az elemzés típusa a teljeskörű gazdasági elemzések típusai közül választandó. Az elemzés javasolt típusa a kimenetek sokfélesége, és a más beavatkozásokkal való összehasonlíthatóság okán **költség-hatékonysági elemzés** (cost-effectiveness analysis, CEA), mely keretében **a beavatkozás és a komparátor költségeit pénzben** (a program dokumentációjához HUF-ban), **eredményességét pedig megmentett életévben** (life-years, LY) javasolt kifejezni. Az elemzésben nem vettük figyelembe a kardiovaszkuláris események hasznosságra gyakorolt változását, mivel a Modellprogram adatgyűjtése nem foglalt magában ennek a felmérésére alkalmas eszközt, a szakirodalomból gyűjtött hasznosságmutatók beépítése pedig nem jelentett volna automatikusan kifinomultabb elemzést a validitás mérséklődése mellett.

D.6.5.2. Az elemzés nézőpontja

Az elemzés a társadalombiztosítás finanszírozójának szempontjából releváns kimeneteket veszi figyelembe, az elemzés az egészségbiztosítás finanszírozójának szempontjából (a hazai ellátórendszerben ez a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, NEAK, régebben OEP) készül.

D.6.5.3. Az elemzés által lefedett időhossz

Az elemzés javasolt időtávja 20 év. Az időtáv meghatározásában elsősorban az elemzés alapját képező releváns betegkohorsz vélelmezett átlagéletkora (60 év) és az ebben az életkorban, halandósági táblák alapján várható élettartam (körülbelül 17 év) került figyelembe vételre.

D.6.5.4. A költséghatékonysági elemzésben használt végső egészség javulásra vonatkozó adatok

A költséghatékonysági elemzésben a vizsgált kardiovaszkuláris kimenetek előfordulására vonatkozóan felmért mutatók alkalmazása szükséges. A Modellprogram működéséről kapható információk alapján a stroke, illetve AMI események, valamint az ezeket megelőző magasvérnyomás-betegség diagnózisára vonatkozóan vonhatók le következtetések.



412

Az AMI, stroke esetén a program működésének első teljes megfigyelt évének eseményszámát viszonyítottuk az utolsó teljes megfigyelt évben megfigyelt eseményszámhoz, figyelembe véve a praxisokba bejelentkezett személyek számát, valamint a kontroll terület sajátosságait. Az ehhez a számításhoz szükséges információkat a NEAK/OEP finanszírozási adatbázisából gyűjtött adatok szolgáltatták. A számítás részleteit az T70. táblázat tartalmazza.

T70. A Modellprogram hatásának becslése stroke, AMI kimenetekre

Mutató	Stroke (összes)		AMI (összes)	
	Modellprogram praxiskör	HMAP kontroll praxiskör	Modellprogram praxiskör	HMAP kontroll praxiskör
KI (első év)	0.45%	0.35%	0.13%	0.11%
KI (utolsó év)	0.34%	0.33%	0.09%	0.12%
Relatív kockázatcsökkenés	24.14%	6.11%	29.47%	-11.88%
Különbség (RKCS)	18.04%		41.35%	

D.6.5.5. Költségelemzés

Az emelkedett kardiovaszkuláris rizikó állapotfüggő kezelési költségére vonatkozóan könnyen elérhető, az elemzésben közvetlenül használható információk nem állnak rendelkezésre, így a szakirodalom, illetve szakértői becslések alapján szükséges meghatározni az elemzésben vizsgált klinikai események költségeit. A OGYÉI Technológiaértékelő Főosztályának bevonásával megtörtént a kardiovaszkuláris események akut és krónikus fázisainak költségbecslése, a 6/a. számú melléklet a 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelethez („Kérelem gyógyszer társadalombiztosítási támogatására”) 5. pontjának kiegészítésére benyújtott korábbi gazdasági elemzések alapján. A költségek részletes lebontását lásd a Költségek (D.6.5.8.) alfejezetben.

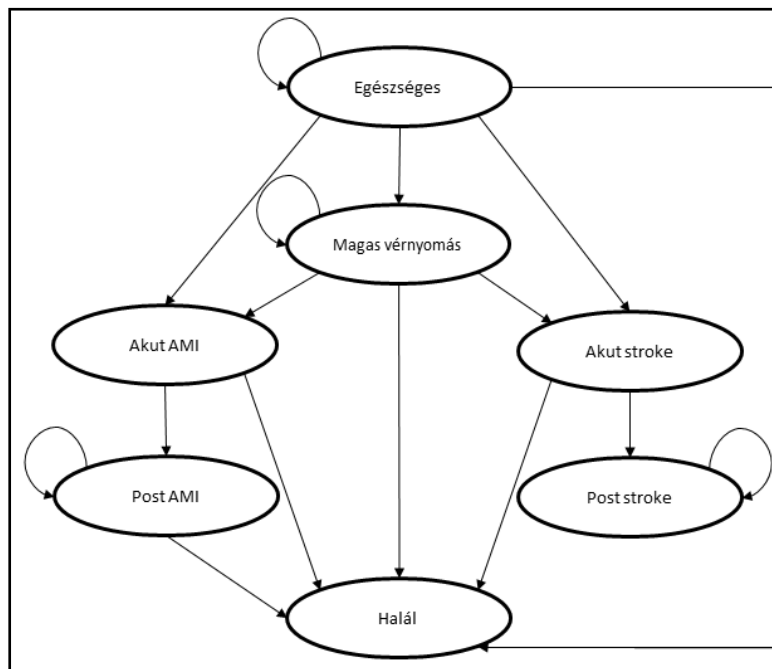
A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu

D.6.5.6. Modellezés

A gazdasági elemzés elvégzéséhez egészség-gazdaságtani modellt fejlesztettünk. Figyelembe véve a betegség lefolyását, különös tekintettel az események bekövetkezésének időbeliségére, egy saját kidolgozású (ám egy korábban népegészségügyi intervenció értékelésére használt modellstruktúra¹⁶⁹ adaptálásával fejlesztett), Markov típusú incidencia kohorszmodellel vizsgáltuk az emelkedett kardiovaszkuláris kockázatú betegek állapotváltozásának költségeiben és egészségnyereségben mérhető kimeneteleit. A modellben a betegutakat egészségi állapotokkal, valamint a köztük lehetséges átmenetekkel írjuk le (lásd a struktúra sematikus bemutatását az 139. ábrán).

F141. Az elemzéshez használt modell sematikus ábrája



¹⁶⁹ Nagyjánosi L, Martos É, Bödőnyi D, Vokó Z: A health-economic analysis of salt intake reduction in Hungary. ISPOR 14th Annual European Congress. Madrid, Spanyolország, 2011.



A kifejlesztett modell 7 betegállapotból és átmeneteiből áll, melyek a következők:

4. Egészséges

A kohorsz kiinduló állapota, ebben az állapotban maradhat is a beteg, de továbblépés is lehetséges a magas vérnyomás, akut AMI, akut stroke és halál állapotokba. Ebben az állapotban a magas vérnyomás diagnózisa még nem történt meg, és akut kardiovaszkuláris esemény sem következett be.

5. Magas vérnyomás

Ebben a betegállapotban megtörtént a magas vérnyomás diagnózisa, de akut kardiovaszkuláris esemény még nem következett be. Az állapotban maradás mellett továbblépés lehetséges az akut AMI, akut stroke, halálozás állapotába. Az állapotba kizárólag az egészséges betegállapotból lehetséges az eljutás.

6. Akut AMI

Ebben a betegállapotban megtörtént az akut AMI diagnózisa, és továbblépés lehetséges a post AMI, illetve a halálozás állapotok felé. Az állapot alagútállapot, vagyis ebben az állapotban maradás nem lehetséges. Az állapotba eljutás lehetséges az egészséges, illetve magas vérnyomás állapotok felől.

7. Akut stroke

Ebben a betegállapotban megtörtént az akut stroke diagnózisa, és továbblépés lehetséges a post stroke, illetve a halálozás állapotok felé. Az állapot alagútállapot, vagyis ebben az állapotban maradás nem lehetséges. Az állapotba eljutás lehetséges az egészséges, illetve magas vérnyomás állapotok felől.

8. Post AMI

Ebben az állapotban az akut AMI bekövetkezését követően a beteg túlélte, az állapotban maradás mellett továbbjutás lehetséges a halálozás állapotába.

9. Post Stroke

Ebben az állapotban az akut AMI bekövetkezését követően a beteg túlélte, az állapotban maradás mellett továbbjutás lehetséges a halálozás állapotába.

10. Halál

Gyűjtőállapot, melybe minden egyéb betegállapotból lehetséges közvetlenül eljutni, ám a továbbjutás egyéb állapotokba nem lehetséges.

Az egészség-gazdaságtani **modell időhorizontjának 20 évet választottunk**, hiszen ennyi idő alatt mindenképp kezeléshez jut a magas kardiovaszkuláris kockázatú beteg, illetve a terápia hatásosságára vonatkozóan rendelkezésre álló evidencia sem indokolja hosszabb időhorizont választását. Természetesen lehetséges ennél hosszabb távú extrapoláció (esetleg fiatalabb betegkohorsszal, a teljes élethosszig), ám ez jóval részletesebb adatokat és bonyolultabb modellstruktúrát indukálna a betegek életútjának pontos követéséhez. **A modell időhorizontját ciklusokkal bontottuk rövidebb időszakokra**, melyek lehetőséget adnak az állapotváltozásokhoz kapcsolódó költség- és egészségnyereségbeli kimenetek részletesebb nyomon követésére. A ciklusok hosszát – a betegség lefolyását, valamint a rendelkezésre álló evidenciákat figyelembe véve – 3 hónapban állapítottuk meg.

Az egészség-gazdaságtani modell bemeneti paramétereinek (vagyis átmeneti valószínűségeinek, hasznosságainak, költségvektorainak) értékét **célzott irodalomkereséssel, valamint szakértői becslések segítségével** határoztuk meg. Az irodalomkeresés során szempont volt a lehető legtöbb hazai, magyar populációra vonatkozó forrás felhasználása, ám ha ez nem volt lehetséges, nagyobb betegszámú nemzetközi vizsgálatok eredményeinek felhasználásra törekedtünk.

D.6.5.7. Átmeneti valószínűségek

Az egészség-gazdaságtani modellben szereplő átmeneti valószínűségeket a következő képlet segítségével igazítottuk a modell ciklushosszához, a bemeneti információ (valószínűség vagy incidencia, illetve ennek az időtávja) jellegéhez igazítás a következő képletekkel történt:

$$p = 1 - e^{-r*t}$$

valamint

$$p_{3m} = 1 - (1 - p_{12m})^{\left(\frac{1}{3}\right)}$$

A számítások során ezen felül figyelembe vettük a természetes halandóságot is, mely alapjául az mortality.org adatbázisában elérhető legfrissebb (az elemzés időpontjában ez a

2014-es évet jelentette) halandósági tábla szolgált. A számítások logikáját a következő képlet mutatja:

$$p = 1 - e^{-[(1+mx^t)-1]}$$

A modellben használt átmeneti valószínűségeket a kontroll, valamint a Modellprogram karra vonatkozóan a T71. és T72. táblázatok tartalmazzák.

T71. A modell kontroll karán használt átmeneti valószínűségek

	Egészséges	Magas vérnyomás	Akut stroke	Post Stroke	Akut AMI	Post AMI	Halál
Egészséges	0.9857						
Magas vérnyomás	0.0088	0.9905					
Akut stroke	0.0003	0.0010					
Post stroke			0.9327	0.9022			
Akut AMI	0.0002	0.0006					
Post AMI					0.9496	0.9372	
Halál	0.0050	0.0079	0.0673	0.0978	0.0504	0.0628	1.0000

T72. A modell intervenciós (Modellprogram) karán használt átmeneti valószínűségek

	Egészséges	Magas vérnyomás	Akut stroke	Post Stroke	Akut AMI	Post AMI	Halál
Egészséges	0.9852						
Magas vérnyomás	0.0094	0.9909					
Akut stroke	0.0002	0.0009					
Post stroke			0.9327	0.9022			
Akut AMI	0.0001	0.0004					
Post AMI					0.9496	0.9372	



Halál	0.0050	0.0079	0.0673	0.0978	0.0504	0.0628	1.0000
-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

D.6.5.8. Költségek

A modellben használt költségvektorok közül a magas vérnyomás állapotban használt költségelemeket a T73. és T74. táblázat mutatja be. Ebben a betegállapotban a magasvérnyomás-betegség karbantartásához szükséges gyógyszeres terápiák és diagnosztikai eljárások költségeit vettük figyelembe.

T73. A magas vérnyomás állapotában figyelembe vett gyógyszeres kezelés költségei.

Gyógyszer	Arány	Termék TTT	Termék NTK	Időtartam	3 havi költség
peridopril	47.50%	210695859	16.80 Ft	90	1 512.00 Ft
ramipril	47.50%	210215065	12.32 Ft	90	1 108.80 Ft
amlodipin	2%	210342333	8.90 Ft	90	801.00 Ft
lisinopril	1%	210184426	25.07 Ft	90	2 256.30 Ft
betaloc	1%	210003727	33.30 Ft	90	2 997.00 Ft
telmisartan	1%	210447222	62.60 Ft	90	5 634.00 Ft
Összesen	100.00%				1 369.77 Ft

T74. A magas vérnyomás állapotában figyelembe vett diagnosztikai eljárások költségei.

Elnevezés	Kód	Pontérték	Előfordulás
Kismedence transabdominalis UH vizsgálat	36150	598	100%
Thyreoidea-Stimuláló Hormon supersensitiv meghatározása	24061	600	100%
Vérkép, automatával IV.	28014	150	100%
Kreatin meghatározása	21140	108	100%
EKG telemetriával	12604	1 752	100%
Echocardiographia (M-mód, 2D)	3612A	1 269	25%

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu

1
HARJÓÚ-BIHAR:
• Berettyóújfalú
• Hencida • Komádi
• Magyarhomorog
• Mezőpeterd

2
BORSOD-ABAUJ-ZEMPLEN:
• Borsodnádasd
• Arló
• Járdánháza
• Borsodszentgyörgy

3
HEVES:
• Heves
• Átány
• Kömlő
• Tiszánána

4
JÁSZ- NAGYHUN - SZOLNOK:
• Jászapáti
• Jászkisér
• Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!**



418

Fundusvizsgálat, kontaktlencsével	12205	213	100%
A látópályarendszer neuroophthalmológiai vizsgálata	12267	3 104	100%
Ammónia meghatározása szérumban	21110	474	100%
Karbamid meghatározása szérumban	21120	54	100%
Húgysav meghatározása	21130	54	100%
Összes bilirubin meghatározása szérumban	21150	45	100%
Konjugált bilirubin meghatározása szérumban	21151	63	100%
Vizsgálat	11041	750	100%
Összesen		8 282 Ft	
Egy pont forintértéke		1.80	
Költség egy évre		14 908 Ft	
Átlagköltség negyedévre		3 727 Ft	

A modellben használt AMI és stroke kezelési költségeket a T75. táblázat tartalmazza, időszakosan bontva. A költségekre vonatkozó becslések korábban használt gazdasági értékelések alapján, orvosszakértő bevonásával készültek.

T75. Ami és stroke kezelési költségek (időszakosan bontva)

Esemény	Időszak	Érték
AMI	Első év	5 247 145 Ft
	Követő évek	517 709 Ft
Stroke	Első év	979 815 Ft
	Követő évek	392 708 Ft

A Modellprogram releváns költségeleit a T75. tábla tartalmazza. A Modellprogram költségét a projekt lebonyolításában részt vevő pénzügyi szakértő bevonásával készítettük el, a projekt költségvetéséből kiválogatva azokat a tételeket, melyek közvetlenül a praxisközösségi működéshez, illetve egészségügyi ellátáshoz kapcsolódtak (függetlenül attól, hogy beruházási vagy működési költségnek tekinthetők).

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu

T76. A Modellprogram költségének meghatározása

Tétel	Érték
WP-2.2 Módszertan kidolgozása a praxisközösség működésének és működtetésének fejlesztésére	39 811 758 Ft
WP-2.6 Praxisközösségek monitorozása és szakmai ellenőrzése, javaslattevés	23 133 567 Ft
WP-3.4 PHASE-1,2,3 Support (telefonos támogatás) és fenntartás, továbbfejlesztés	76 327 600 Ft
WP-4.4 Szupervízió (segítés, támogatás), készségfejlesztés, hálózat-építés a praxisközösség tagjai számára	2 821 720 Ft
WP-4.2 Képzés a praxisközösségek tagjainak	4 845 675 Ft
WP-4.2 Képzők díjazása	4 684 000 Ft
WP5 Összesen	1 459 378 247 Ft
WP6 Összesen	147 763 734 Ft
WP9.3 Célzott kommunikáció a bevont térségekben a döntéshozók, a szakemberek és lakosság felé a projekt sikeres végrehajtása és hatása érdekében	12 407 931 Ft
Összesen	1 771 174 232 Ft
Időtartam (év)	4.83 év
Átlagos Modellprogram bejelentkezett-szám	40499.4 fő
Egy főre jutó éves költség	9048 Ft

D.6.5.9. A modellben használt további paraméterek

A fent bemutatott paraméterek eredőin túl további adatok nem kerültek alkalmazásra a gazdasági modellben.

D.6.5.10. Diszkontálás

A számítások során az időtényező figyelembe vételére mind a költségek, mind pedig az egészségnyereségre vonatkozó eredményeket diszkontáltuk, az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve alapján minden esetben 3,7%-os diszkontrátát alkalmazva, a következő képletek alapján:

$$\sum_{t=0}^t \frac{C_t}{(1+r)^{t-1}}$$

Továbbá az egészségnyereségre vonatkozóan:

$$\sum_{t=0}^t \frac{O_t}{(1+r)^{t-1}}$$

D.6.5.11. Végso költségthatékonysági arányszámok

Az egészség-gazdaságtani modell alapján megtörtént a betegkohorsz egészségi állapotok közötti eloszlásának becslése a modell időhorizontján (20 év) belül minden negyedévre. A betegkohorsz arányát az elemzésben vizsgált standard háziiorvosi ellátás, illetve a Modellprogram tevékenységeivel kiegészített standard háziiorvosi ellátás mellett az T77. és T78. táblázatok mutatják a modell által vizsgált időhorizonton belül.

T77. A Kontroll kar betegkohorszának megoszlása 0,5,10,15,20 éves időtávon

Év	Kontroll - Állapot						
	Egészséges	Magas vérnyomás	Akut stroke	Post Stroke	Akut AMI	Post AMI	Halál
0	100.00%						
5	75.16%	13.26%	0.04%	0.28%	0.02%	0.22%	11.02%
10	53.64%	20.04%	0.04%	0.35%	0.02%	0.31%	25.60%
15	35.89%	20.38%	0.03%	0.33%	0.02%	0.32%	43.03%
20	21.30%	15.42%	0.02%	0.27%	0.01%	0.27%	62.71%



T78. A Modellprogram kar betegkohorszáának megoszlása 0,5,10,15,20 éves időtávon

Modellprogram - Állapot							
Év	Egészséges	Magas vérnyomás	Akut stroke	Post Stroke	Akut AMI	Post AMI	Halál
0	100%						
5	74.43%	14.23%	0.03%	0.23%	0.01%	0.13%	10.94%
10	52.56%	21.49%	0.03%	0.29%	0.01%	0.19%	25.42%
15	34.81%	21.85%	0.03%	0.28%	0.01%	0.19%	42.83%
20	20.44%	16.53%	0.02%	0.23%	0.01%	0.16%	62.61%

Az egészségi állapotokhoz rendelt költségek, valamint egészségnyereség alapján számszerűsíthetők az egyes negyedévekre várható kifizetések. A ciklusonként történő diszkontálást követően pedig becsülhetőek az inkrementális költséghatékonysági hányados (incremental cost-effectiveness ratio, ICER) számításához szükséges paraméterek. Az ICER számítása a következő képlet alapján történt:

$$ICER = \frac{Költség_{Modellprogram} - Költség_{Kontroll}}{Egészségnyereség_{Modellprogram} - Egészségnyereség_{Kontroll}}$$

Az inkrementális költséghatékonysági hányados tehát a Modellprogram szolgáltatásaival kiegészített standard háziiorvosi ellátás és a komparátorként használt standard háziiorvosi ellátás költségkülönbségét viszonyítja a Modellprogram szolgáltatásaival kiegészített standard háziiorvosi ellátás és a komparátorként használt standard háziiorvosi ellátás egészségnyereség-különbséghez. Jelen egészség-gazdaságtani elemzésben a költségek bemutatása forintban, az egészségnyereség bemutatása pedig életévben (life year, LY) kifejezve történik, így az ICER mértékegysége Ft/LY lesz. Annak eldöntésére, hogy egy eljárás elfogadható áron nyújt-e többlet-egészségnyereséget, hagyományosan **az egy főre jutó bruttó nemzeti összterméssel** (gross domestic product, GDP) való összevetés adhat választ.

Elemzésünkben a Modellprogram szolgáltatásaival kiegészített standard háziiorvosi ellátás **többlet-egészségnyereséget állított elő a jelenleg szokásos standard háziiorvosi ellátáshoz képest**. A Modellprogram szolgáltatásaival kiegészített standard háziiorvosi ellátás mellett jellemzően 11,007 kumulált, diszkontált életév várható, míg kizárólag standard terápia



mellett 10,989, mely 0,017 életév többletnek felel meg 20 éves időtartam alatt a Modellprogram szolgáltatásaival kiegészített standard háziiorvosi ellátás javára. Diszkontálás nélkül ezek az értékek 14,450 életév, 14,424 életév illetve ezek különbségeként 0,026 életév volt a fenti kategóriáknak megfelelően. A nem diszkontált értékek az egészség-gazdaságtani modell állapotai szerint a T79.táblázatban látható módon alakultak.

T79. A nem diszkontált életévek betegállapotok közötti megoszlása

	Egészséges	Magas vérnyomás	Akut stroke	Post Stroke	Akut AMI	Post AMI	Összesen
Modellprogram	10.963	3.401	0.006	0.048	0.002	0.030	14.450
Kontroll	11.135	3.171	0.007	0.057	0.004	0.051	14.424

Költségek tekintetében a Modellprogram szolgáltatásaival kiegészített standard háziiorvosi ellátás mellett a költség emelkedése várható: a Modellprogram szolgáltatásaival kiegészített standard háziiorvosi ellátás átlagosan 346 666 Ft várható egy beteg kumulált, diszkontált költségként, addig ugyanezen mutató értéke a standard háziiorvosi ellátás mellett 259 894 Ft. Azaz **jelenértéken mindösszesen 86 772 Ft költségnövekményt eredményez a Modellprogram szolgáltatásaival kiegészített standard háziiorvosi ellátás javára.** A nem diszkontált értékek az egészség-gazdaságtani modell állapotai szerint a T80. táblázatban látható módon alakultak.

T80. A nem diszkontált költségek betegállapotok közötti megoszlása

	Egészséges	Magas vérnyomás	Akut stroke	Post Stroke	Akut AMI	Post AMI	Halálozás
Modellprogram	99 200 Ft	100 103 Ft	5 526 Ft	19 113 Ft	12 784 Ft	16 036 Ft	235 926 Ft
Kontroll	-Ft	64 656 Ft	6 498 Ft	22 200 Ft	21 214 Ft	26 244 Ft	234 863 Ft

A karonként összesített, diszkontált költség, illetve egészségnyereség értékek a T81. táblázatban látható módon alakultak.



T81. A diszkontált életévek és költségek karonként összesített és inkrementális értékei

	Életév	Költség
Modellprogram	11,0066	346 666 Ft
Kontroll	10,9894	259 894 Ft
Inkrementális (Modellprogram -Kontroll)	0.0171	86 772 Ft

A diszkontált értékek alapján a Modellprogram szolgáltatásaival kiegészített standard háziiorvosi ellátás és standard háziiorvosi ellátás összehasonlításában az inkrementális költséghatékonysági hányados számítása a következő módon írható fel:

$$ICER = \frac{346\,666\text{ Ft} - 259\,894\text{ Ft}}{11,0066\text{ QALY} - 10,9894\text{ QALY}} = \frac{86\,772\text{ Ft}}{0,0171\text{ QALY}} = 5\,063\,992\ \frac{\text{Ft}}{\text{LY}}$$

Össességében tehát ebben az összehasonlításban az ICER értéke 5 063 992 Ft / LY azzal a kitételrel, hogy a **Modellprogram szolgáltatásaival kiegészített standard háziiorvosi ellátás többlet-egészségnyereséget eredményez elfogadható mértékben emelkedett költségek mellett.**

Eredményeink alapján a Modellprogram szolgáltatásaival kiegészített standard háziiorvosi ellátás becsült költséghatékonysági hányadosa bőven az egységnyi többlet-egészségnyereségért való fizetési hajlandóság küszöbértékeként szokásosan használt egy főre jutó GDP egy, illetve háromszorosa alatt marad, hiszen 2015-re vonatkozóan az egy főre jutó GDP Ft-ban kifejezve, nominális értéken 3 454 121 Ft volt (KSH STADAT adatbázis), melynek háromszorosa 10 362 363 Ft.

D.6.6. ÉRZÉKENYSÉGI ELEMZÉSEK

Az eredményeink robusztusságának igazolására determinisztikus érzékenységvizsgálatokat végeztünk, amelynek eredményei az alapeset bemutatása mellett az T82. táblázat mutatja. Az érzékenységvizsgálat alapján az eredményeink robusztusnak tekinthetőek.

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



T82. Az érzékenységelemzés eredményei

	Modellprogram		Kontroll		Diff (Modellprogram-Kontroll)		ICER
	Életév	Költség	Életév	Költség	Életév	Költség	
BC - alapeset	11.007	346 666 Ft	10.989	259 894 Ft	0.017	86 772 Ft	5 063 992 Ft
SA1 – minden költségelem +20%	11.007	415 999 Ft	10.989	311 873 Ft	0.017	104 126 Ft	6 076 790 Ft
SA2 – minden költségelem -20%	11.007	277 333 Ft	10.989	207 915 Ft	0.017	69 418 Ft	4 051 194 Ft
SA3 - időtáv =10 év	7.599	190 466 Ft	7.592	129 346 Ft	0.006	61 121 Ft	9 447 051 Ft
SA4 - hypertónia kumulatív incidenciája a megegyezik a karok között	11.007	346 666 Ft	10.971	264 279 Ft	0.035	82 387 Ft	2 347 784 Ft

D.6.7. ALC SOPORTELEMZÉS

A vizsgált kardiovaszkuláris események esetében nem tudunk olyan klinikai és gazdasági kimeneteket is tekintve releváns alcsoportot azonosítani, melyre vonatkozóan elégséges információ állna rendelkezésre egy kiegészítő elemzés elvégzésére.

D.6.8. MÁS HASONLÓ TÉMÁJÚ VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEI

Az Alapellátási Modellprogram hasonló részletességű költséghatékonysági vizsgálata a kardiovaszkuláris események indikációjában nem ismert, bár egyes, hasonló indikációban végzett, alapellátási intervenciót értékelőt vizsgálatok az utóbbi időben vélelmezik kedvező

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



eredményességét¹⁷⁰¹⁷¹ A vizsgált eljárás bevezetésének hatásai az egészségügyi kiadásokra, illetve a méltányosságra

D.6.9. EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS KÖLTSÉGVETÉSÉRE KIFEJTETT HATÁS

A Modellprogram eddigi működése során elkülönített forrásból finanszírozódott, a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával, így ezen felül közvetlen költségvetési kihatása nem volt. A fenntartással és kiterjesztéssel összefüggő költségek a E.1 fejezetben részletesen bemutatásra kerülnek.

D.6.10. HATÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSRA, SZOLGÁLTATÁSOKRA

A Modellprogram bevezetése bővíti az elérhető szolgáltatások körét (például kiegészítő szolgáltatások, vagyis a gyógytorna, dietetika, egészségpszichológia foglalkozások). Rövidtávon a Modellprogram az igénybe vett diagnosztikai egészségügyi szolgáltatások bővülésével jár, azonban az **ellátórendszer magasabb szintjein nem jelentkezik az ellátás teljesítményét emelő hatás.**

D.6.11. HATÉKONY ALKALMAZÁS FELTÉTELEI, ILLETVE A BEVEZETÉS KÖLTSÉGVONZATA

Az Modellprogram eredményességének feltétele a **lakosság általi elfogadás**, ami a korábbi felmérések eredményei alapján várhatóan kedvező lesz. A bevezetésnek a

¹⁷⁰ Tsai AG, Wadden TA, Volger S, Sarwer DB, Vetter M, Kumanyika S, Berkowitz RI, Diewald LK, Perez J, Lavenberg J, Panigrahi ER, Glick HA. Cost-effectiveness of a primary care intervention to treat obesity. Int J Obes (Lond). 2013 Aug;37 Suppl 1:S31-7. doi: 10.1038/ijo.2013.94. PubMed PMID: 23921780; PubMed Central PMCID: PMC3786743.

¹⁷¹ Mistry H, Morris S, Dyer M, Kotseva K, Wood D, Buxton M; EUROACTION study group.. Cost-effectiveness of a European preventive cardiology programme in primary care: a Markov modelling approach. BMJ Open. 2012 Oct 11;2(5). Pii: e001029. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001029. Print 2012. PubMed PMID: 23065443; PubMed Central PMCID: PMC3488746.



Modellprogram szolgáltatásaihoz kapcsolódó beruházási költségeken kívül további támogatásiáramlást bővítő költségelemei nincsenek.

D.6.12. HATÁS A MÉLTÁNYOSSÁGRA

A Modellprogram egyes szolgáltatásai a populáció rosszabb egészségügyi állapotban lévő csoportjai számára **lehetőséget teremt az ellátórendszer szolgáltatásainak igénybe vételére (segéd-egészségőri elérés), azonosítva kockázataikat (egészségi állapot felmérés) és a megfelelő szolgáltató felé tereli őket (népegészségügyi koordinátor),** így mindenképp javulást ér el a rendszerszintű méltányosság tekintetében.

D.6.13. KÖVETKEZTETÉSEK

Az elvégzett költséghatékonysági elemzés alapján a Modellprogram szolgáltatásaival kiegészített standard háziorvosi ellátás **többségnyereség előállításával mellett elfogadható nagyságú ellátási költségekkel jár a vizsgált kardiovaszkuláris kórképek kezelésében.** Ezen túlmenően a Modellprogram szolgáltatásaival kiegészített standard háziorvosi ellátás a hátrányos helyzetű betegcsoportok egészségére hatva, a betegek által elérhető szolgáltatások körét bővítve pedig kedvezően hat a méltányosságra.

Az itt megfogalmazott következtetéseink robusztusságának bemutatására determinisztikus érzékenységelemzéseket végeztünk, melyek alapján elmondható, hogy eredményeink kellő bizonyossággal támasztják alá a Modellprogram szolgáltatásaival kiegészített standard háziorvosi ellátás kedvező egészség-gazdaságtani tulajdonságait a kardiovaszkuláris kórképek kezelésében.

E. A PROGRAM KITERJESZTÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

E.1. A PRAXISKÖZÖSSÉGI MODELL KITERJESZTÉSÉRE VONATKOZÓ FORRÁSIGÉNY BECSLÉSE

Ez az alfejezet a modellprogramban megvalósult tevékenységek költségelemzése alapján alakít ki javaslatokat a tevékenységek szélesebb körű kiterjesztéséhez. A kiterjesztésre vonatkozó számítások a modellprogram tapasztalatai alapján módosított működésmódra vonatkoznak, azaz nem a projekt keretében finanszírozott tevékenységek változatlan formában való kiterjesztésével számolnak. A praxisközösségi tevékenységeken túlmutató költségekkel és hatásokkal (kiemelten: más kasszákban jelentkező hatásokkal) a szakellátás igénybevételét elemző alfejezet foglalkozik.

E.1.1. ALAPFELTEVÉSEK

Az elvégzett költségelemzés, illetve a kiterjesztéshez készített modellszámítások az alábbi feltevések, alapfeltételek mentén készültek:

- A tevékenységek fő költségokozója a szolgáltatásnyújtáshoz felhasznált **munkaerő**, így az egyes tevékenységek erőforrásigényét elsősorban a felhasznált munkaerő mértékéből vezetjük le. A rendelkezésre álló munkaerőt munkakörönként a NEFI nyilvántartása alapján minden esetben teljesmunkaidős-egyenértékesben (FTE-ben), illetve ez alapján emberhónapban fejeztük ki (bővebben lásd a HR-ről szóló alfejezetet). Éves szinten 1 FTE esetében 220 hasznos munkanappal számoltunk. A munkaerő költségét az utolsó időszakra jellemző bérszint alapján határoztuk meg, mivel a kiterjesztéshez a jelenlegi piaci bérszintet (és nem a projektben felmerült átlagköltséget) szükséges figyelembe venni.
- A **dologi kiadások** és az általános költségek fedezésére **20%-os rezsihányadot** számítunk a közvetlen munkaerőköltségekre vetítve. Az általános költségek körébe beleértendő az infrastruktúra biztosításának költsége is, amelyet a modellprogram keretében több esetben az önkormányzat ingyenesen vagy kedvezményesen bocsátott rendelkezésre. A



20%-os hányad megfelel az uniós forrásból finanszírozott humán fejlesztési projektek esetében általában is alkalmazott rezsihányadnak. Ezzel a megoldással elkerüljük azt a problémát is, amit a modellprogram keretében nehezen szétválasztható központi és helyi költségek együttes felmerülése okoz.

- A költségszámítások minden esetben az adott számítás elvégzéséhez szükséges **adattartalom leghosszabb rendelkezésre álló periódusán alapulnak**: így például az EÁF esetében a teljes időszakra rendelkezésre állnak a munkaerő-felhasználásra és az elvégzett EÁF-ek számára vonatkozó adatok, míg a többlétszolgáltatások esetében a részletesen monitorozott fél éves időszak adatait használtuk.
- A költségszámítás fókuszpontjában az egyes tevékenységek **egységköltségének meghatározása áll**: egyrészt a modell értékeléséhez is elengedhetetlen, hogy az egyes tevékenységek elvégzésének teljes költsége ismert legyen, másrészt pedig az egységköltség felhasználható a jövőbeli kiterjesztéshez használni javasolt fee-for-service finanszírozás megalapozásához.
- A kiterjesztést megalapozó vizsgálatokhoz a **négy praxisközösségi helyszín átlagköltségét vesszük alapul**. Ennek az elemzésnek nem célja az egyes helyszínek közötti eltérések mértékének vagy lehetséges okainak a vizsgálata. Ahol a projektből lesűrhető ajánlások alapján módosítani szükséges a modellen, ott e módosítások hatását már az egységköltségek számítása során is figyelembe vettük.

A fenti tényezőkből adódóan fontos hangsúlyozni, hogy az e fejezetben szereplő költségmértékek **a jövőbeli kiterjesztés becslésének célját szolgálják, és nem (feltétlenül) egyeznek meg a projektben ténylegesen felmerült költségekkel**.

E.1.2. AZ EGYES TEVÉKENYSÉGEK KÖLTSÉGSZÁMÍTÁSA

Egészségi állapot felmérés

Az állapotfelmérést összesen 22.652 fő esetében végezték el 2016. március végéig. A szűrőteam teljes kapacitása 287,75 emberhó volt, az EÁF-re jutó munkaidejüket ennek 80%-ában becsültük meg (figyelembe véve az egyéb tevékenységeket is). 330.200 Ft/fő/hó szuperbruttó fizetéssel kalkulálva **egy állapot felmérés** munkaerőköltsége 3356 Ft, ami a 20%-

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



os rezsihányaddal kiegészítve **4027 Ft-os teljes költséget** eredményez. A projektben átlagosan 1,49 munkaóra jutott egy EÁF elvégzésére. Ha a kiterjesztés során 4027 Ft-os egységdíjjal kalkulálunk, és elfogadjuk piaci bérként a fenti mértéket, akkor **egy teljes állásban foglalkoztatott munkavállalónak éves szinten 1181 db. állapotfelmérést** kell elvégeznie a fedezeti pont eléréséhez.

Toborzás

A segéd-egészségőrök összesített kapacitása 750,45 emberhó volt 2016. március végéig. Mivel csak a felnőtt és vegyes praxisok mellett dolgozó segéd-egészségőrök vettek részt a toborzásban (ez a praxisok 87,5%-a), illetve csak munkaidejük egy részét fordították toborzásra (becsült arány 60%), ezért a figyelembe vehető kapacitás 394 emberhó. 22.652 elvégzett EÁF-et, illetve 163.830 Ft-os (1 FTE-re jutó) superbruttó fizetést figyelembe véve egy EÁF-re 2849 Ft-os munkaerőköltséget kalkulálunk. **A rezsihányaddal együtt egy EÁF-re vetítve 3419 Ft-os toborzási költség jut** (ebben az arányszámban minden EÁF benne van, az is, amelyre nem segéd-egészségőri toborzás útján jutottak el a kliensek). A modellprogram keretében a toborzási tevékenységet párosával végezték a segéd-egészségőrök, egyedüli munkavégzést feltételezve az egységköltség 1710 Ft/EÁF mértékű lenne. Ha azt az ajánlást is figyelembe vesszük, hogy egy klienst legfeljebb 5 alkalommal érdemes személyesen felkeresni, akkor a projekt keretében megfigyelt megkeresések száma 7%-kal csökkent volna. Ebből végül **1590 Ft/EÁF toborzási költség** adódik.

Prevenációs rendelés

A prevenációs rendelésen való részvételről a 2015. április és 2016. március közötti időszakra vonatkozóan álltak rendelkezésre részletes adatok. Összesen 3796 fő járt prevenációs rendelésen, és a praxisok adatszolgáltatása alapján egy alkalom átlagos időigénye 41 perc volt. A projekt keretében mért megjelenési arányszám 12,1 fő/100 fő (12%) regisztrált TAJ/év volt.

Ha standard 40 perces időigénnyel és 10 fő/100 fő regisztrált TAJ/év megjelenési arányszámmal számolunk, akkor egy átlagos, 1421 fős praxis esetében havi 7,9 óras munkaidőszükséglet adódik a prevenációs rendelések lebonyolítására. A házi orvos munkaidejét 600.000 Ft/FTE/hó mértéken figyelembe véve, valamint 20%-os rezsihányadot alkalmazva **3273 Ft/db. költség adódik egy-egy prevenációs rendelésre.**

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



**ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI
MODELLPROGRAM**

SZÉCHENYI

PROGRAMIRODA

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Svájci
Hozzájárulás**



Többletszolgáltatások (dietetikus, egészségpszichológus, gyógytornász)

A többletszolgáltatások a 2015. október és 2016. március közötti fél éves időszakra vonatkozó monitoringjelentések alapján értékeltük. Meghatároztuk az egyéni és csoportos foglalkozások számát, résztvevőinek számát és időigényét, illetve a rendelkezésre álló kapacitásokat és a munkaerő költségét (ld. T83. táblázat). A közvetlenül szolgáltatásnyújtásra fordított idő, azaz **a kliensekkel eltöltött kontakt idő a dietetikusok** esetében a teljes munkaidőkeret **31%-át, a gyógytornászoknál 43%-át, az egészségpszichológusoknál 23%-át** töltötte ki. Ehhez adódik még hozzá az utazással, felkészüléssel, egészségügyi és projektadminisztrációval töltött idő.

T83. Részvétel a többletszolgáltatásokon (2015. okt. – 2016. márc.)

Részvételi adatok	Csoportos foglalkozás			Egyéni fogl.		Egyéni fogl. arány	Kapac. (ember-hó)	Superbr. (Ft/hó/FTE)
	Szám	Időtart. (óra)	Részvt. (fő)	Időtart. (óra)	Részvt. (fő)			
dietetikus	367	502	8184	466	813	48%	21	381.000
gyógytornász	1315	1089	20353	321	593	23%	22,25	330.200
egészségpszichológus	206	288	2912	445	508	61%	21,5	330.200

Adatok forrása: NEFI

Látható, hogy az **egyéni foglalkozások** az egészségpszichológusok esetében kifejezetten jellemzőek voltak (a kliensekre fordított munkaidő 61%-át tették ki), de a dietetikusoknál is nagy arányban fordultak elő (48%), míg a gyógytorna inkább csoportos formában valósult meg. Az egyéni foglalkozások keretében átlagosan a dietetikusok 34 percet, a gyógytornászok 32 percet, az egészségpszichológusok 53 percet töltöttek egy klienssel. A **csoportos foglalkozások** átlagos hossza a dietetikusok esetében 82 perc, a gyógytornászoknál 50 perc, az egészségpszichológusoknál 84 perc volt. Ezekből az adatokból látható, hogy a többletszolgáltatások esetében minimálisan is az egyes szakemberek szintjén szükséges differenciálni a tevékenységek finanszírozását.

A kiterjesztéshez készült modellszámításban mindhárom szakma esetében 75%-os terheléssel számoltunk (azaz a teljes, szabadságok levonása után rendelkezésre álló hasznos munkaidő 75%-át kliensekkel töltik a szakemberek); figyelembe véve az adminisztrációs, egyeztetési, továbbképzési, közlekedési stb. szükségleteket, ennél magasabb arány aligha célozható meg. Ez egyébként havonta átlagosan 110 órányi „szolgáltatási időkeretnek” felel

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



meg. Az egyéni foglalkozások arányát a dietetikusok és egészségpszichológusok esetében 50%-ban, a gyógytornászok esetében 25%-ban határoztuk meg. Az egyéni foglalkozások hossza a gyógytornászok és dietetikusok esetében 30 perc, az egészségpszichológusoknál 60 perc. A csoportos foglalkozások a gyógytornászoknál 60 percig, a másik két szakembernél 90 percig tartanak. A 20%-os rezsihányad alkalmazásával az alábbi egységkötségek adódnak az egyes szakemberek esetében:

- **Dietetikus: egyéni – 2078 Ft/fő; csoportos foglalkozás – 6236 Ft/alkalom.**
- **Gyógytornász: egyéni – 1801 Ft/fő; csoportos foglalkozás – 3602 Ft/alkalom.**
- **Egészségpszichológus: egyéni – 3602 Ft/fő; csoportos foglalkozás – 5403 Ft/alkalom.**

Természetesen felmerülhet a jövőbeli kiterjesztés során az az opció is, hogy a szakemberek által nyújtott szolgáltatásokat ennél részletesebben, az egyes intervenciók típusa alapján differenciálják (hasonlóan, mint ahogyan a járóbeteg-szakellátás keretében meghatározott OENO-khoz eltérő németpont-értékek tartoznak). Ez leginkább akkor lenne szükséges (és a becslés eredményét potenciálisan akkor befolyásolja), ha a szakemberek által a jövőben nyújtandó tevékenységek összetétele lényegesen különbözne attól, mint ami a modellprogram keretében megvalósult.

Védőnői többletszolgáltatások

A projekt keretében a védőnők többlettevékenysége kétféle volt: **(1) anya-gyermek klubok szervezése, (2) szülői és rizikókérdőívek kitöltése.** (A „normál” védőnői tevékenység keretében végzett időszakos státuszfelméréseket figyelmen kívül hagyjuk az elemzés során.) A védőnők projektben töltött idejét havi 0,25 FTE-vel vettük figyelembe, így az egy FTE-re jutó teljes (szuperbruttó) munkaerőköltségük 404.322 Ft.

Az **anya-gyermek klubok** lebonyolítása a védőnői adatszolgáltatás alapján átlagosan 4,5 órát vett igénybe (szervezéssel együtt). Az átlagos résztvevői létszám 29 fő volt, a vendéglátás és ajándék dologi költségét 1000 Ft/részvevő mértékben becsültük. A munkaerőköltségre felszámított 20%-os rezsihányaddal együtt így **egy-egy alkalomra 43.886 Ft-os költség jut.**



Szintén a MAVÉ védőnői adatszolgáltatása alapján a védőnők oldaláról egy-egy **szülői kérdőív** kitöltésének időszükséglete a 20 percben, a rizikókérdőívek kitöltése 15 percben határozható meg. (Mivel e két kategórián belül a csecsemők, gyermekek, várandósok kérdőíveinek időszükséglete között kis különbség mutatkozik, nem alkalmaztunk további differenciálást.) A 20%-os rezsihányadot alkalmazva **egy-egy szülői kérdőív kitöltésének költsége 1103 Ft, egy-egy rizikókérdőív pedig 827 Ft.**

E.1.3. JAVASOLT FINANSZÍROZÁSI MÓDSZERTAN

A jövőbeli kiterjesztés során az egyes tevékenységek finanszírozására az alábbi módszerek (vagy ezek kombinációi) kerülhetnek szóba:

- **A többlet munkaerő finanszírozása (inputfinanszírozás):** a projekt keretében ez a típusú finanszírozás valósult meg, hiszen az egyes szakemberekkel a NEFI kötött havi fix összegre szóló szerződést. Ez egyrészt a tevékenységek folyamatos előírását („havi feladatlista”), illetve ellenőrzését („havi beszámoló”) tette szükségessé, másrészt pedig érzéketlen volt az egyes praxisközösségek méretbeli eltéréseire. A jövőbeli kiterjesztésnél azt is figyelembe kell venni, hogy egyes funkciókat akár a mostani szereplők is képesek lehetnek megvalósítani (pl. az állapotfelmérést a praxiszónán), így **érdemes a személyek finanszírozásától a funkciók és tevékenységek finanszírozása felé elmozdulni.**
- **Fejkvótaalapú finanszírozás:** ez a típus már most is erőteljesen jelen van az alapellátás finanszírozásában. Alapvetően az állandó jelleggel felmerülő, a tevékenységek outputján keresztül nehezen mérhető tevékenységek esetében érdemes alkalmazni (pl. a praxisközösségi részvétellel járó adminisztrációs, egyeztetési költségek esetében). Akkor is ezt a finanszírozási típust érdemes választani, ha **a többlettevékenységek nehezen választhatóak el az alaptevékenységtől** (pl. a védőnők által végzett periodikus, egy-egy gyermek esetében relatíve gyakran ismétlődő szűrések).
- **Volumenfinanszírozás (outputfinanszírozás):** a szakellátás finanszírozása döntő mértékben e módszer szerint történik, ugyanakkor az alapellátásban nagyon korlátozott az alkalmazása (ambuláns díj). A fee-for-service típusú finanszírozás erős ösztönzést jelent az adott tevékenységek volumenének növelésére, így ha elsődleges célunk **a kiterjesztés során a praxisközösségek által nyújtandó tevékenységek létrejöttének**

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



öztönzése, akkor erre leginkább ez a finanszírozási módszer alkalmas. A kiegyensúlyozott szolgáltatásnyújtás érdekében ugyanakkor az ellátandó lakosság méretéhez igazodó időszaki limiteket is szükséges alkalmazni.

- **Minőség alapú (outcome-) finanszírozás:** a háziorvosi szolgáltatások finanszírozásában már jelenleg is megtalálható a **minőségi indikátorrendszeren** alapuló komponens. A projekt keretében elvégzett elemzések is azt támasztják alá, hogy ez a komponens tovább fejlesztendő a jövőben, és a módszertani fejlesztéseket követően súlya növelhető. Tekintve, hogy a **praxisközösségi modellhez való csatlakozást csak önkéntes alapon javasolt megvalósítani** (így a belátható jövőben továbbra is számíthatunk jelentős számú szóló praxis fennmaradására), a minőség alapú finanszírozási komponensnek továbbra is a praxisok szintjére kell elsősorban vonatkoznia. A finanszírozó és a társadalom szempontjából lényegében mindegy, hogy a kívánt eredményeket egy-egy praxis önállóan vagy pedig praxisközösségi társulás keretében éri el. Kisebb mértékben ugyanakkor fokozatosan bevezethetőek olyan minőségi indikátorok is, amelyek a praxisközösségi szintű teljesítmény jellemzésére alkalmasak.

A fentiek mellett fontos még azt is megjegyezni, hogy a finanszírozási módszer elsődlegesen a **finanszírozó (azaz a társadalombiztosítás) és a finanszírozott egység (azaz a praxisközösség)** viszonyában értelmezendő. Az, hogy a praxisközösség a saját dolgozóival milyen szerződést köt (pl. fix havi összeget tartalmazó munkaszerződést, mozgóbért vagy teljesítményarányos alvállalkozói szerződéseket), már a helyi menedzsmenten múlik. A központilag működtetendő monitoringnak is a praxisközösségi szintre kell elsősorban irányulnia, az egyes tagok és dolgozók teljesítményének ösztönzése egyértelműen helyi vezetési feladat. Összességében tehát a **praxisközösségeket fejkvótaalapú, illetve fee-for-service típusú finanszírozás mellett javasolt működtetni**. Az egyes komponensek a következő, a modellszámítást bemutató alfejezetben találhatóak meg.

E.1.4. A KITERJESZTÉSRE VONATKOZÓ MODELLSZÁMÍTÁS

Az alábbiakban bemutatott, kiterjesztésre vonatkozó számítások átlagos értékekre vonatkoznak (pl. átlagos praxisközösségenkénti lakosságszámra, átlagos praxisszámra stb.), ebből következően a **kiterjesztési költségek nagyságrendi becslésére alkalmasak**, de egy-egy konkrét praxisközösség működtetésének költségeinek meghatározására vagy szabályozására

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

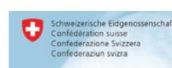
www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI
MODELLPROGRAM

SZÉCHENYI

PROGRAMIRODA



Svájci
Hozzájárulás



1 HAJDÚ-BIHAR:
• Berettyóújfalú
• Hencsida • Komádi
• Magyarhomorog
• Mezőpeterd

2 BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:
• Borsodnádasd
• Arló
• Járdánháza
• Borsodszentgyörgy

3 HEVES:
• Heves
• Átány
• Kömlő
• Tiszánána

4 JÁSZ- NAGYHUN - SZOLNOK:
• Jászapáti
• Jászkisér
• Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!**

434

nem alkalmasak. Annak érdekében, hogy a helyi sajátosságokat teljes körűen figyelembe lehessen venni, a modellszámításban használt átlagos vagy tipikus értékektől eltérések megengedhetőek és szükségesek is a kiterjesztés során (pl. a praxisközösséget alkotó praxisok számára vonatkozóan nem egyetlen értéket, hanem egy szélesebb intervallumot célszerű megadni).

Javaslatunkban átlagosan 14 ezer lakosra, azaz – az átlagos praxisméretet figyelembe véve – 9,9, kerekítve 10 praxisra számoltunk egy praxisközösség létrehozásával. Egy naptári év alatt a regisztrált lakosok 20%-a vesz részt egészségi állapot felmérésen (2800 fő), és az elvégzett EÁF-ek felét követi prevenciós rendelés (1400 fő). Az elvégzett EÁF-ek 67%-a esetében számolunk aktív toborzással (és így toborzási költséggel). A többlétszolgáltatásokat nyújtó pozíciók esetében éves szinten 90%-os betöltöttséget feltételezünk.

Irányítás

A praxisközösség irányítását a modellprogramban két szereplő (a praxisközösségi koordinátor és a népegészségügyi koordinátor) végezte; e két szerepkört a kiterjesztés során is érdemes megtartani. A résztvevő háziorvosok közül kell kiválasztani a **praxisközösségi vezető háziorvost**, illetve praxisközösségenként félállásban javasolt **népegészségügyi koordinátor** alkalmazása (azaz egy koordinátor két, egymáshoz közeli praxisközösség munkájában venne részt). A modellprogramból kiindulva a vezető háziorvos havi javadalmazása 300.000 Ft/fő, a koordinátor superbruttó fizetése 552.450 Ft/FTE (azaz 276.225 Ft/praxisközösség). A 20%-os rezsihányaddal kiegészítve ez praxisközösségenként évente 8,3 m Ft-ot jelent, regisztrált lakosokra lebontva pedig **593 Ft/TAJ/év** mértéket.

Egészségi állapot felmérés

Az állapotfelmérések finanszírozásához a modellprogramban működő, szűrőteamet alkalmazó módszert vesszük alapul, így az annak kapcsán kalkulált **4027 Ft/EÁF** finanszírozási díjjal kalkulálunk. A díj mértéke független attól, hogy a praxisközösségnek mely szereplői milyen arányban végzik el az állapotfelméréseket; akár az a megoldás is megfelelő, hogy az EÁF-ek egy részét dedikált **szűrőteam**, más részét pedig **a praxisnővérek** végzik. Az állapotfelmérések évente – az elvégzendő 2800 EÁF-re vonatkoztatva – 11,3 m Ft bevételt jelentenek praxisközösségenként.

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



Prevenációs rendelés

A modellprogramban mért háziiorvosi időfelhasználást alapul véve a prevenációs rendelések díjtétele **3.273 Ft/fő**. Az éves 1400 fős részvételre vetítve ez 4,6 m Ft/praxisközösség finanszírozási összeget jelent.

Többletszolgáltatások (dietetikus, gyógytornász, egészségpszichológus)

Figyelembe véve a modellprogram értékelését, illetve azt, hogy a szakemberek rendelkezésre állása jelenleg közel sem biztosított a munkaerőpiacon, a modellszámítások során azt az ajánlást vesszük figyelembe, mi szerint praxisközösségenként (azaz átlagosan 14.000 lakosonként és 10 praxisonként) **1 FTE gyógytornász és 0,5-0,5 FTE dietetikus és egészségpszichológus alkalmazása indokolt és kivitelezhető**. A szakemberek szolgáltatásainak díjtételeit megalapozó költségszámítás (ld. fentebb) szerinti egyéni és csoportos foglalkozási arányok, az ott feltételezett, a kliensekkel való kontaktidő szempontjából 75%-os kihasználtság, az álláshelyek átlagos 90%-os betöltöttsége, valamint a csoportos (klubszerű) foglalkozásokon való 13,92 fő/alkalom átlagos részvétel évente 19.400 főnyi részvételt eredményezne. A praxisközösségi átlagos lakosságszámra vetítve ez **1,39 részvétel/lakos/év** arányszámot jelent. Amennyiben a csoportos foglalkozások egy része helyett a szakemberek szélesebb tömegeket érintő közösségi egészségfejlesztési tevékenységekben vesznek részt, ez az elérésre vonatkozó arányszám még nagyobb lesz.

A kalkuláció során meghatározott díjtételeket alapul véve (**dietetikus: egyéni – 2078 Ft/fő; csoportos foglalkozás – 6236 Ft/alkalom; gyógytornász: egyéni – 1801 Ft/fő; csoportos foglalkozás – 3602 Ft/alkalom; egészségpszichológus: egyéni – 3602 Ft/fő; csoportos foglalkozás – 5403 Ft/alkalom**) egy-egy praxisközösség átlagos finanszírozása évi 8,9 m Ft lenne.

A védőnői praxisok részvétele

A védőnők esetében azzal számolunk, hogy praxisközösségi tevékenységként az **anya-gyermek klubokat** tartják meg havonta (**43.886 Ft/alkalom**), illetve **havi fix finanszírozásban** részesülnek a praxisközösségi munkában való részvételért (**30.000 Ft/praxis**). A betöltött védőnői állások számából kiindulva egy praxisközösségre átlagosan 7,3 védőnői praxis jut, amiből átlagosan **6,4 m Ft éves költség** adódik praxisközösségenként.

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



436

A háziiorvosi praxisok részvétele, toborzás

A háziiorvosi praxisok részvételének ösztönzésére **TAJ-számhoz kötődő fejkvótát** célszerű alkalmazni, ez jelent fedezetet a praxisközösségi működéshez kötődő egyeztetési, adminisztratív, illetve a mindennapi folyamatokba (pl. krónikus gondozásba) beépülő többletfeladatokra. Ennek javasolt mértéke 60 Ft/TAJ/hó, azaz **720 Ft/TAJ/év**. Ez praxisközösségi szinten évi 10 m Ft díjazást jelent.

Mivel a toborzási tevékenység elsősorban az egyes praxisokhoz kötődik, és a modellprogram tapasztalatai alapján a praxisok jelentős hatással tudnak lenni a toborzás eredményességére, ezért **a toborzással kapcsolatos költségeket** is a praxisokhoz kapcsolódóan (és nem az EÁF-hez kapcsolódóan) tárgyaljuk. Az elvégzett EÁF-ek 67%-ára vetítve számolunk aktív toborzással: a visszautasításokat is figyelembe véve ez azt jelenti, hogy az állapotfelmérésre érkezők kb. fele aktív toborzás eredményeképpen jelenik meg. A fentebb kalkulált **1590 Ft/fő** költséget figyelembe véve praxisközösségenként és évente 3 m Ft díjazás társul a toborzáshoz.

Praxisközösségi szintű összesítés

A fenti tételek összesítésével **egy praxisközösségre átlagosan évente 56,5 m Ft finanszírozási összeg** jut. Ismételten ki kell emelni azt, hogy ez a modellszámítás az átlagos helyzetekre készült, így ettől az egyedi praxisközösségek finanszírozása jelentősen különbözhet. Ez már csak azért is így van, mert jelen javaslat a fejkvótaalapú, illetve fee-for-service típusú finanszírozás előtérbe helyezésével kifejezetten méret-, illetve teljesítésarányossá teszi a praxisközösségek finanszírozását (szemben a modellprogramban megvalósuló, alapvetően fix nagyságú erőforrást biztosító megoldással).

A vázolt megoldás mellett a szerveződés alapját **jelentő háziiorvosi praxisokra a fenti összegből mintegy 29 m Ft, egy praxisra vetítve pedig évente átlagosan 2,9 m Ft többletbevétel** jut (ez havi 245 ezer forintnak felel meg). Ez az összeg fejkvótaalapú (TAJ-szám arányos) **részvételi díjból**, illetve a **toborzás, egészségi állapot felmérés és prevenciók rendelés** finanszírozására szolgáló egységdíjből áll össze (azaz e tevékenységek elvégzésének ellenértéke). Amennyiben egy praxisközösség úgy dönt, hogy a toborzás vagy az állapotfelmérés végrehajtására további szereplőket von be (segéd-egészségőröket, szűrőteamet), akkor természetesen e szereplők bérét ebből az összegből kell rendeznie, azaz

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



a praxisok számára rendelkezésre álló finanszírozási összeg ennél kevesebb lesz. A fee-for-service típusú finanszírozás ugyanakkor biztosítja azt, hogy a társadalombiztosítási finanszírozás tárgya az elvégzendő tevékenység legyen, függetlenül attól, hogy ezt az egyes praxisközösségek pontosan milyen szerveződési formában érik el (pl. az állapotfelmérést a praxisnővérek vagy szűrőteam hajtja végre, vagy az adott területen hatékonyan bizonyul-e külön segéd-egészségőri toborzó csapat alkalmazása).

A modellszámítás alapjául szolgáló praxisközösségi személyi összetételt a T84. táblázat foglalja össze.

T84. A praxisközösség személyi összetétele

Szerepkör	Kapacitás
Praxisközösségi vezető háziorvos	1 fő
Háziorvosi praxis	10 háziorvos, praxisnővérek
Védőnői praxis	7 védőnő (területi, iskolai)
Népegészségügyi koordinátor	1 FTE (egész állás)
Gyógytornász	1 FTE (egész állás)
Dietetikus	0,5 FTE (félállás)
Egészségpszichológus	0,5 FTE (félállás)
Szűrőteam	Szükség szerint (kb. 2-2,5 FTE, ha szűrőteam végzi az összes EÁF-et)
Segéd-egészségőr	Szükség szerint, helyi viszonyoknak megfelelően (az átlagos praxisközösségi toborzási díj kb. 1,25-1,5 FTE segéd-egészségőr foglalkoztatására biztosít fedezetet).

A kiterjesztésre vonatkozó modellszámítás

A praxisközösségi szintre adott költségbecslés felszorzásával meghatározhatóak a szélesebb körű kiterjesztés esetében jelentkező működési költségek is. A T85. táblázat mutatja be azokat a scenáriókat különböző érintett praxis- és lakosság számok esetében. A T86. táblázat további opciókat részletez. Egy közel teljes, **országos kiterjesztés éves működési költsége a számítás szerint kb. 37-48 Mrd forint lenne.** Újra fontos kihangsúlyozni, hogy ez a modellszámítás már számos – költséget csökkentő – változtatást tartalmaz a modellprogramhoz képest, sőt a modell további vizsgálatát lehetővé tevő és emiatt számos adminisztratív és monitoring elemet tartalmazó, tervezett EFOP-projekt számára sem jelent előírászerű igazodási alapot.

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



438

T85. Kiterjesztésre vonatkozó modellszámítás

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 lakosságszám (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 (m Ft)	791	1 413	2 826	5 651	16 954	36 734

T86. További opciók a kiterjesztés során

Változtatások az alapmodellhez képest	Hatás 650 praxisközösség esetén
67%-kal magasabb részvételi díj (100 Ft/TAJ/hó) Ezzel kb. 300.000 Ft / praxis a többletfinanszírozás.	4 368
Dietetikus teljes állásban (félállás helyett)	1 605
Egészségpszichológus teljes állásban (félállás helyett)	1 605
Gyógytornász további 0,5 FTE (összesen 1,5 FTE)	1 391
Kétszer több segéd-egészségőr foglalkoztatása Praxisközösségenkénti átlagban 2,5 FTE segéd-egészségőr.	1 939
Összesen	10 908

A modellszámítás kifejezetten csak a praxisközösségi szintű működési költségekre vonatkozik, **nem tartalmazza a központi monitoring költségeit** (amely a modell működtetéséhez és folyamatos felülvizsgálatához elengedhetetlen). A megjelölt forrásigény azt sem jelenti, hogy az alapellátásra fordítandó társadalombiztosítási kiadásokat csak ezzel az összeggel lenne szükséges emelni: **bár a praxisközösségi modell hozzájárulhat az alapellátás vonzóbbá válásához, a jelentkező humán erőforrás-utánpótlási problémák kezelése a modell kiterjesztésétől függetlenül is szükségessé teheti az alapellátásra fordított kiadások növelését, illetve az alapellátási szereplők ellátási kompetenciáinak kiterjesztését.** Ugyanígy szükség lehet arra, hogy a területi egyenlőtlenségek mérséklése érdekében a finanszírozás differenciáljon a hátrányos helyzetű és fejlett területek között, azáltal is többletforrást biztosítva a leszakadó térségek számára (pl. ilyen differenciálást valósítana meg az a megoldás, amely toborzási díjat csak a hátrányos helyzetű térségekben biztosítana).

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



E.2. A PRAXISKÖZÖSSÉGI MODELL SZERVEZETI ÉRTÉKELÉSE ÉS A KITERJESZTÉSÉVEL KAPCSOLATOS AJÁNLÁS A MODELLPROGRAM SZERVEZETI ÉRTÉKELÉSE ÉS AJÁNLÁSAI

E.2.1. BEVEZETŐ

A Svájci- Magyar Alapellátásfejlesztési Modellprogram olyan modellkísérlet, amely a magyar alapellátásban a hagyományosan ismert házi orvosi praxis szervezeti modellt szélesebb kontextusba helyezte mind szolgáltatási, mind szervezeti oldalról. A **szolgáltatások köre kiegészült** evidencia alapú, népegészségügyi fókuszú szolgáltatásokkal, amelyek Magyarország égető – nemzetközi összehasonlításban kirívóan kedvezőtlen- népegészségügyi terhet jelentő területeit célozta meg. Mindemellett **megjelent egy új szervezeti megoldás**, amely a népegészségügyi szolgáltatási portfólió kielégítésén túl **a kliensek érdekei köré szerveződő, területi csapatmunka** szervezeti kulturális alapjait vetették meg. Az új szervezeti megoldás mellett, hogy a kliensek betegsége helyett az egészségüket helyezi a középpontba közvetlen **gyógyírt jelent az alapellátás egyik legfőbb pontjára is: a szolgáltatók izolált – és ezáltal szervezeti értelemben hatékonytalan – működési problémájára, amely sem az ellátottaknak, sem az ellátóknak nem kedvez. Kihhasználva a szereplők eltérő erőforrás-szerkezetében rejlő szinergia-potenciált – elindult működési, szervezeti integrációjuk nem csak horizontálisan** (az alapellátás szereplőinek összekapcsolásával), **de vertikálisan is**, mivel az eddig csak a szakellátás szintjén elérhető szolgáltatások is bekapcsolódtak a praxisközösségi szervezeti működésbe. **A praxisközösségek működése a létező szakmai irányelvekhez és jogszabályi előírásokhoz¹⁷² igazodó egységes protokollon** (ld. Praxisközösségi Eljárásrend) **alapul, amely az ellátás minősége és a betegbiztonság szempontjából is az áttörés lehetőségét jelenti a magyar alapellátó rendszerben.**

¹⁷² 51/1999. NM rend., 1997/ CLIV Tv.



Mindezek alapján a szervezeti működés oldaláról elmondható, hogy a praxisközösségi szervezeti modellkísérlet ígérete messze túlmutat magán az SH8/1 számú projekt keretein, és a magyar alapellátásfejlesztés meghatározó mérföldköveként méltó megemlíteni a jövőben.

Jelen fejezet szándéka, hogy a szervezeti modellkísérlet hasznosítható tapasztalataira építve javaslatot tegyünk a modell országos szintű kiterjesztésére, adaptációjára. Értékelésünk a Svájci Program eredményeire épül, a következtetéseknek és az ajánlásnak az a célja, hogy kiemeljük a pilotból az időtálló, általánosítható elemeket és kiegészítsük olyan javaslatokkal, amelyek országos szinten is működőképesek. Törekszünk ugyanakkor arra is, hogy felhívjuk a döntéshozók és rendszerfejlesztők figyelmét az esetleges buktatókra, és a rendszerszinten szóba jövő kiegészítési lehetőségekre is.

Az ajánlásokat három szervezeti értékelési dimenzió mentén fogalmaztuk meg:

1. **Funkciók**
2. **Erőforrás felhasználás**
3. **Szervezeti megoldás**

A felsorolás sorrendje egyben a dimenziók prioritását is jelenti. A funkciók (output) és az erőforrás együtt határozzák meg a hatékonyságot. Ha a stratégia megalapozását célozva rendszereinket úgy építjük fel, hogy azok erőforrásfelhasználása optimális, akkor a rendszerünk hatékony. Miután definiáltuk a funkciókat és az erőforrásokat, menedzsment oldalról választ kell adnunk ezek hatékony szervezeti megoldására is.

Elemzési dimenzióként három szálon futnak elemzési következtetéseink:

1) Mi az, ami időtálló? 2) Mi az, ami módosítandó? 3) Mi az, ami hiányzik?

A fejezetben arra törekszünk, hogy mindhárom fentebb említett dimenzióban a praxisközösségi szervezeti modellre vonatkozó konkrét ajánlásokat fogalmazzunk meg. **A Modellprogram összefoglaló tapasztalatai alapján megállapítható, hogy a háziiorvosi praxisok praxisközösségi működése sikeres alternatívája az alapellátás jelenlegi szervezeti működésének.**



A szervezetelméleti értékelés dimenzióin belül, az egészségpolitikai szempontokra és a WHO Fenntartható Fejlődés Célrendszerének (Sustainable Development Goals, SDGs)¹⁷³ egyes pontjaira utalva is röviden rámutatunk a Modellprogram értékeire.

E.2.2. A PRAXISKÖZÖSSÉGI SZERVEZETI MODELL FUNKCIONÁLIS ÉRTÉKELÉSE ÉS AJÁNLÁSAI

A funkció dimenzió értékelés és ajánlás fókuszában a szervezeti modell legfontosabb funkcionális eredménytermékei állnak mind a vállalások (ld. a Modellprogram Megvalósíthatósági tanulmány 1. sz. melléklet vonatkozó eredményindikátorait), mind a szélesebb szakmai- ill. egészségpolitikai elvárások (ld. Alapellátási Törvény¹⁷⁴, SDGs¹⁷⁵ fő üzenetei) oldaláról.

E.2.3. MI TEKINTHETŐ IDŐTÁLLÓNAK A PRAXISKÖZÖSSÉGI SZERVEZETI MODELL FUNKCIÓIT ILLETŐEN?

1. A megvalósult népegészségügyi szolgáltatások.

A Modellprogram népegészségügyi – orvos-szakmai tartalma evidencia alapú, arra vonatkozóan a WHO, az Európai Unió szakmai fórumainak ajánlásai ismertek¹⁷⁶, a szolgáltatások ezekkel összhangban valósultak meg. A szakirodalom és szakmai fórumok egyik fontos megállapítása, hogy bármely rendszer kontrolját célszerű a negatív kimeneteket kiváltó okok megszüntetésére, semmint a következmények korrekciójára

¹⁷³ Id. bővebben itt: <http://www.who.int/sdg/en/>

<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>

¹⁷⁴ Id. 2015./ CXIII. Tv.

¹⁷⁵ <http://www.who.int/sdg/en/>

¹⁷⁶ <http://www.who.int/whr/2008/en/>



fókuszálni (Conant-Ashby, 1970; Bakacsi, 2015)¹⁷⁷. Ez konkrétan az egészségügyi rendszer nézőpontjából azt jelenti, hogy a **betegség központú ellátás helyett egészség központúvá kell alakítani az egészségügyi ellátórendszereket, amelyben az alapellátásnak van kulcsszerepe**. Különösen vonatkozik ez a célkitűzés olyan rizikókra és a következményes betegségekre, amelyek megelőzhetők, ill. korai szűréssel nagyobb sikerrel gondozhatók, életmódváltással lassíthatók, vagy vissza is fordíthatók. **A Modellprogram ezeket megcélozva valósult meg. Szolgáltatásainak fókuszában olyan rizikók és betegségek állnak, amelyeket illetően hazánk a legrosszabb helyeken szerepel nemzetközi összehasonlításban** (pl.: szív- és érrendszeri halálozás, kardio-metabolikus betegségek, tüdőrák, depresszió és öngyilkosság, mozgásszegény életmód, elhízás, malignitások, stb.).¹⁷⁸ **Egészség-gazdaságtani szempontból is bizonyítottan költség-hatékony¹⁷⁹ több rizikó (pl.: elhízás, dohányzás), ill. betegség (pl: cukorbetegség, magasvérnyomás) korai felismerése, megelőzése, gondozása az alapellátás szintjén.**

A megelőzésben, szűrésben és gondozásában kiemelendők a praxisközösségek alábbi, az alapellátásban megjelent újszerű funkciói:

- *átfogó és szisztematikus egészségi állapot felmérés a teljes populáció számára,*
- *átfogó és szisztematikus prevenció szolgáltatások (beleértve toborzást és az azt követő valamennyi egészségfejlesztő szolgáltatást)*

¹⁷⁷ Conant, Roger - Ashby, W. Ross (1970): Every good regulator of a system must be a model of that system. International Journal of Systems Science. Vol.1., No.2, pp. 89-97.

Bakacsi Gyula: A szervezeti magatartás alapjai. Semmelweis Kiadó, 2015. p.

¹⁷⁸ <http://stats.oecd.org/#>

¹⁷⁹ Maeng D. D. et al: Value of primary care diabetes management: long-term cost impacts, American Journal of Managed Care 2016 Mar, 22(3):88-94., Johnson J.A. et al: Collaborative care versus screening and follow-up for patients with diabetes and depressive symptoms: results of a primary care-based comparative effectiveness trial, Diabetes Care. 2014 Dec; 37(12):3220-6., Katon W et al: , Joan Russo, Elizabeth H B Lin, Julie Schmittiel, Paul Ciechanowski, Evette Ludman, Do Peterson, Bessie Young, Michael Von Korff: Cost-effectiveness of a multicondition collaborative care intervention: a randomized controlled trial, Archives of General Psychiatry. 2012 May; 69(5): 506-14., Hoerger T J et al: Medicare's intensive behavioral therapy for obesity: an exploratory cost-effectiveness analysis, American Journal of Preventive Medicine. 2015 Apr; 48 (4): 419-25., stb.



- *a krónikus nem fertőző betegségek (non communicable diseases, NCDs) lakóhely közeli, alapellátás szinten megvalósuló:*
 - *szisztematikus (ezáltal korai felismerést támogató) szűrése, és*
 - *szakdolgozói humán erőforrásra épülő, célzott többletszolgáltatásokkal kiegészült megelőzése és gondozása*
- *a népegészségügyi és társadalmi oldalról sérülékeny társadalmi rétegekre szabott szolgáltatások nyújtása:*
 - *a romák népegészségügyi mozgósítása új alapellátás szereplők (segéd-egészségőrök) és célzott szolgáltatások (pl.: anya-gyermek klubok) bevetésével*
 - *az idősek felkarolása, és az aktív öregedés elősegítése preventív gyógytorna, diétetika, pszichológiai, egészségfejlesztő szolgáltatások lakóhely közeli megjelenésén, elérhetővé tételén keresztül*

2. A Megvalósíthatósági Tanulmányban¹⁸⁰ megfogalmazott eredményindikátorok teljesítése.

A fenti szolgáltatásokra épülő **modellkísérlet -a Megvalósíthatósági tanulmányban megfogalmazott célkitűzésekkel összevetve- funkcionális szempontból sikeres volt**, hiszen az **egészségi állapot felmérésén a településeken életvitel szerűen tartózkodók több mint 80 %-a vett részt, közülük pedig 60 % ment el preventációs rendelésre**. Egyes háziorvosi krónikus beteg gondozási NEAK indikátorok szignifikáns javulást mutattak a kontrollhoz képest¹⁸¹, és a háziorvosi teljesítményt kiegészítette a **szakdolgozói gondozás**. A szakdolgozói-kliens találkozások száma dominált a Modellprogramban az orvos-kliens találkozásokhoz képest.¹⁸² Utóbbi a krónikus beteg gondozásban világszerte

¹⁸⁰ Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet: Népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram. Megvalósíthatósági Tanulmány. 2011. november, 1. sz. melléklet

¹⁸¹ Id. részletesen a D.3. fejezetben

¹⁸² A diétetika, gyógytorna és egészség-pszichológia többletszolgáltatás a praxisközösségi szakemberek beszámolója alapján a preventív jellegű kezdeti dominancia után a Program végéhez közeledve egyre komolyabb gondozási hangsúllyal látta el feladatait (a krónikus betegeket is mozgósítva).



egyre népszerűbb és terjed, mivel eredményes és költséghatékony a relatív drága orvosi gondozáshoz képest.¹⁸³

Összességében azt is figyelembe kell vennünk, hogy mindezt a teljesítményt hátrányos helyzetű területen sikerült elérni. A szakirodalom összességében nem tekinti az iskolai végzettséget és etnikumot erős prediktoroknak a várható kliens együttműködés szempontjából.¹⁸⁴ Ez alapján vélelmezzük, hogy **az ennél kedvezőbb szocio-ökonómiai adottságú** (nagyobb egészségműveltséggel rendelkező) **lakosság körében is hasonló eredményvárható** (kivéve a nagyon jól szituált, magas iskolai végzettségűeket¹⁸⁵), és **ezáltal a teljes magyar lakosság körében áttörés értékű változást lehetne elindítani.**

3. Minőségi ellátás és betegbiztonság.

A szervezeti működést a szolgáltatásokra vonatkozóan Praxisközösségi Eljárásrend szabályozza, amelynek standardjai a Modellprogram futamideje alatt folyamatos fejlesztés alatt álltak. Utóbbi azért lényeges, mert a magyar alapellátásban megteremti a minőségbiztosítás, egységes szakmai protokoll alapjait, amely hozzájárul a betegbiztonsághoz is (Lám és tsai, 2016)¹⁸⁶. Minderre hosszabb távon építeni lehet.

4. Korábban csak a szakellátásban elérhető többletszolgáltatások megjelenése az alapellátásban. Elmozdulás a vertikálisan integrált betegellátás felé.

A Modellprogram újszerű szolgáltatásainak részletes szakmai eredményességi értékelését és megalapozottságukat a vonatkozó fejezetek szakirodalmi hivatkozásokkal együtt bőrségesen tárgyalják, ezért itt bővebb kifejtés nem indokolt.

5. Monitoring, elemző - értékelő rendszer kialakítása.

¹⁸³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0047434/>

¹⁸⁴ Jing Jin et al: Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. Therapeutics and clinical risk management. 2008 Feb; 4(1): 269–286. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2503662/>

¹⁸⁵ DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. Health Psychol. 2004;23:207–18. [PubMed]

¹⁸⁶ Lám Judit - Merész Gergely - Bakacsi Gyula - Belicza Éva - Surján Cecília - Takács Erika (2016): A betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra változása a hazai akkreditációs programot tesztelő intézményekben. Orvosi Hetilap, Vol.157. No. 42. pp. 1667-1673.



A Modellprogram kivitelezésével párhuzamosan a szolgáltatások hatásvizsgálatára alkalmas monitoring rendszer módszertani megalapozása is megvalósult az érintett szakmai műhelyek által. A Modellprogramban kezdetektől elvárás volt a praxisközösségi szolgáltatások megvalósulásának és hatásainak mérése és értékelése. Ennek eredményeként olyan módszertanok és valid adatállományok álltak elő, amelyek **népegészségügyi, egészség-gazdaságtani és egészségpolitikai oldalról is lehetővé teszik az alapellátás-fejlesztés evidencia alapú folytatását.** A monitoring célterületei összefoglalva:

- a praxisközösségek működtetéséhez szükséges erőforrások (HR, eszközök, infrastruktúra, finanszírozás)
- praxisközösségi szolgáltatások részletes forgalmi adatai (célcsoport elérések szerint is)
- a lakossági elégedettség és attitűd mérése
- a lakosság egészségmutatóinak (Vokó, 2015)¹⁸⁷ mérése az alap és végállapot felmérésben és ezek epidemiológiai és biostatistikai értékelése
- társadalombiztosítási hatások mérése
 - kasszahatások
 - háziorvosi indikátorok: régi, továbbfejlesztett és új indikátorok esetén is
- toborzás, diétetika, gyógytorna és pszichológiai szolgáltatások klinikai monitoring-ja
- monitoring igények megjelenítése és azok kiszolgálása – a teljes magyar alapellátás informatikai fejlesztését is célzó- praxisközösségi software fejlesztésben

Fenti kutatások megvalósítása hiánypótló volt az alapellátás- fejlesztésben. Ezek **nélkül ugyanis a legjobb népegészségügyi kezdeményezés is értékelhetetlen maradna és elsikkadna.**

¹⁸⁷ Vokó Zoltán (2015): Az egészségi állapot meghatározó tényezői (Egészségdeterminánsok). Debreceni Egyetem, Debrecen



6. Egészségpolitikai elvárások teljesülése.

A Program egészségpolitikai értékelését külön fejezet tárgyalja, ezért itt csak rövid utalás szerepel. Az alapellátó rendszerrel szemben támasztott társadalmi és egészségpolitikai elvárások közül az alábbiakra adott választ a Program:

- *A lakosság egészségi állapotának javítása:* ennek folyamata elindult, egyelőre a rövid távon reális, lakossági attitűdben mért értékek szintjén, illetve pár ígéretes –további vizsgálatot igénylő- relatív kockázatcsökkenés esetében (pl.: stroke és szívinfarktus, ld. később is)
- *Költséghatékony és definitív ellátás nyújtása lakóhelyhez közel, az alapellátás szintjén:* egyes korcsoportokban a célértéket elért magasvérnyomás aránya meghaladta a kontroll területet, a preventív TAG kezelés esélyhányadosa közel duplája lett a kontroll területnek, a stroke és myocardiális infarktus relatív kockázatcsökkenése következett be már rövid távon
- *Méltányosság megvalósulása, egyenlőtlenségek csökkentése:* a szolgáltatásokhoz való hozzáférés és tájékozottság a roma lakosság és a községek esetén jelentősen kedvezőbb a kontroll területhez képest
- *Minőségi ellátás nyújtása (hatásosság, betegbiztonság, az egyének igényeire való reagálóképesség):* egységes protokollrendszer mentén történt a népegészségügyi szolgáltatások bevezetése, folyamatos monitoring és indikátorfejlesztés megteremtése mellett, az egészségi állapot felmérések alapján a lakosság tényleges egészségfejlesztési szükségleteit célozva
- *Hatékonyság (technikai-, költség- és allokatív hatékonyság):* preventív, olcsó beavatkozásokkal az alapellátásban valósult meg az ellátás, már a rizikók szintjétől kezdve a különböző krónikus betegségek gondozásáig
- *Fenntarthatóság:*
 - A Program nem generált szignifikáns társadalombiztosítási kiadás növekményt rövidtávon az országos kontrollhoz képest. A Programmal összefüggésbe hozható mértékű, statisztikailag szignifikáns kiadásnövekmény nem volt detektálható sem a járó, sem a fekvőbeteg, sem a labor, sem a gyógyszer kiadásban.



- A Modell a nemzetgazdasági- és az egészségügyi ellátórendszerre fordított kiadás növekedés üteme alapján fenntarthatónak bizonyult (a praxisközösségi szolgáltatások hatékonyságának növelése mellett).
- A Modell szervezeti megoldása mérsékelni képes a magyar alapellátás fenntarthatóságát veszélyeztető háziiorvosi humán erőforrás hiányt, ugyanakkor azt önmagában semmiképp nem oldja meg, csak a ráépülő intézkedésekkel együtt lehet a megoldás egyik részeleme.
- A Program szolgáltatásaival kapcsolatos *lakossági elégedettség* rendkívül magas.
- Az alapellátás további fejlesztésére vonatkozó *egészségpolitikai döntéshozatal transzparenciája hosszútávon biztosítható* a Programban bevezetett monitoring módszertan további alkalmazásával.

7. A WHO SDGs célrendszerével való összhang.

A Modellprogramban megvalósult funkciók, és az azokkal kapcsolatosan mért teljesítmények az alábbi SDG célokkal állnak összhangban:

- *Good Health and Wellbeing* (Jó Egészség és Jólét): a Program a szervezett szűrések, és egészségfejlesztő szolgáltatásokon keresztül hozzájárult ahhoz, hogy a jó egészség és jólét az érintett lakosság körében javuljon¹⁸⁸
- *Reduced Inequalities* (Egyenlőtlenségek Csökkentése): a Program szocio-ökonómiai szempontból hátrányos helyzetű településeken (a 105/2015 Kormányrendelet értelmében fejlesztendő településeken) ingyenesen tett hozzáférhetővé olyan egészségügyi többlétszolgáltatásokat, amelyek az alacsonyabb iskolázottsággal és szociális státusszal összefüggésben gyakrabban kialakuló életmódi rizikók és betegségek¹⁸⁹ korai felismerését, megelőzését és gondozását teszik lehetővé; a magyar kormány ezen szolgáltatásokat 2017 évre meghosszabbította
- *Partnerships for the Goals on local level*: a Program egyik legfontosabb innovációja, hogy a tervezéstől a megvalósításig erősen épített a **helyi**

¹⁸⁸ Id. d.2. fejezetben

¹⁸⁹ Vokó Zoltán (2015): Az egészségi állapot meghatározó tényezői (Egészségdeterminánsok). Debreceni Egyetem, Debrecen



szereplők (önkormányzatok és intézményeik, civil/kisebbségi szervezetek, pedagógusok, helyi lakosok közül toborzott segéd-egészségőrök bevonására) aktív részvételére. Példaként említhető, hogy a Modellprogram hatására **a településeken dolgozó pedagógusok is elsajátítottak olyan ismereteket** (pl. egyszerű gyógytorna gyakorlatokat) **amelyeket** azután önállóan is **tudtak** a szakemberekkel egyeztetve **a napi foglalkozásokba építve**, rendszeresen **gyakorolni az óvodás és iskoláskorú gyermekekkel**. A Program a **népegészségügyi koordinátorok** keresztül az **egészségmegőrzés és egészségfejlesztés kereteit** a **nemzetközi szakmai ajánlásoknak megfelelően, multiszektoriálissá tette és az érintett összekapcsolta a napi gyakorlat szintjén**.

Itt utalunk Jim Campbell, a WHO Egészségügyi Munkaerő Részleg igazgató ajánlására, amely szerint az SDGs megvalósítása az egészségügyi erőforrásba való befektetéssel kezdődik.¹⁹⁰ Az ajánlás szerint a motivált, stabil egészségügyi munkaerő a kulcsa a kihívásokra reagálni képes, összehangoltan működő (integrált), emberközpontú egészségügyi ellátásnak. **Megfelelő egészségügyi munkaerő nélkül az SDGs célrendszere nem teljesíthető egyetlen országban sem.**

8. A Modellprogramban megvalósult informatikai fejlesztés.

A létrejött informatikai specifikációs követelményrendszer és software fejlesztés mind a praxisközösségek, mind a hagyományos házi orvosi praxisok kiszolgálásának támogatására alkalmas oly módon, hogy lehetőséget teremt modern, kliensbarát szolgáltatások (virtuális szolgáltatások, MeNTA) integrálására és az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási térhez való csatlakozásra is.

¹⁹⁰ Jim Campbell, Director, Health Workforce Department (WHO), Executive Director, Global Health Workforce Alliance, <http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2015/path-towards-SDGs/en/>



Mi az, ami módosítandó?

1. A szervezeti modell olyan speciális megoldásokat is tartalmaz (roma segédegészségőrök képzése és alkalmazása), amelyek kifejezetten a megcélzott földrajzi régió szocio-ökonómiai jellemzőire és népegészségügyi szükségleteire válaszolnak. A teljes magyar populáció esetén is szükséges az **aktív toborzás**, de ez a helyi sajátosságoktól függően a háziiorvosi rendelőben, annak HR erőforrásával, ill. a védőnők bevonásával is kivitelezhető (a segéd-egészségőri rendszer terület specifikus kiterjesztése mellett). **A tevékenységre szánt finanszírozás a területi szocio-demográfiai adottságoktól függően beépítendő az érintett szolgáltatók kompenzálásába.**
2. Az egészségi állapot felmérés a betegforgalomhoz illeszkedve, várakozási időben, a nem fertőző kliensekre irányulóan a háziiorvosi rendelők szűrő személyzettel való megerősítésével látszik a leghatékonyabbnak, ezt látszik alátámasztani az a tény, hogy a lakossági attitűd felmérésben a nyilatkozók mintegy 80 %-a jelezte¹⁹¹, hogy a háziorvosa hívására vett részt a szűrővizsgálaton.
3. A kiegészítő szolgáltatások (szűréstől a prevencióos rendelésekig) igénybevitelében az idős nők felülreprezentáltsága arra enged következtetni, hogy kétműszakos, ill. speciális helyszínű (bevásárló központ, munkahely) megoldásokat érdemes keresni az aktív korúak megtalálására. **A szolgáltatás időstruktúráját tehát érdemes egyre jobban az igénybe vevők időstruktúrájához igazítani.** Erre volt több sikeres kezdeményezés is a Modellprogramban mind az aktívak, mind az otthonukhoz kötött, immobilis egyének számára (pl. hétvégi, vagy otthoni szűrések).
4. Itt fontos megemlíteni az Előrehaladási Jelentésben is javasolt lehetőséget: **a foglalkozás egészségügyi és magánellátásban végzett szűrések összehangolását és az információ megosztást a praxisközösségi egészségi állapot felméréssel, ill. a háziiorvosi rendszerekkel, és azon keresztül egy központi anonim népegészségügyi**

¹⁹¹ Id. D.2. fejezet



nyilvántartásba (anonim nemzeti népegészségügyi adatgyűjtési rendszer – „ANNA”)¹⁹², amely jogosultságok alapján lenne hozzáférhető.

5. A praxisközösségi szervezeti-működési keretéből -jól megfogalmazható indokok- miatt hiányoztak olyan alapellátás szereplők, mint az iskolaorvosi szolgálatok, foglalkozás egészségügyi szolgáltatók, fogorvosi szolgálatok. Emellett hosszabb távon logikus szakmai igény a területi háziorvosi ügyeleti ellátásban és a mentésben történt események adatainak becsatornázása a praxisközösségi nyilvántartásokba (ld. EESZT). Így a háziorvos, ha közvetlen kapcsolatban nem is mindig áll az ügyeletet, ill. mentést ellátó szolgálattal, de fontos visszajelzést kap, ezáltal hosszabb távon ki tud alakulni egyfajta együttműködés (pl. az indokolatlan ügyeleti riasztások megelőzése célzott praxisközösségi egészségnevelésen keresztül; vagy a sürgető, riasztást igénylő jelek korai felismerésének oktatása érdekében). Itt megjegyezzük, hogy a balesetmegelőzés és baleseti ellátás oktatás is részét képezte a praxisközösségi szolgáltatásoknak, tehát a praxisközösségek teljesen nyitottak erre a lehetőségre is.
6. A védőnők és a házi gyermekorvosok nem tudtak hozzáférni egy átfogó -18 év alatti populációt is lefedő- praxisközösségi informatikai rendszerhez. Emellett a 18 év felettek esetén is gondot jelentett, ill. relatív későn tudott megvalósulni (adatvédelmi és közbeszerzési feltételek megvalósításának kihívásai miatt) az adatok –standard-elektronikus rögzítése egy közös rendszerben és egy fejlett, rendszeres kimutatás lekérdezésére/küldésére is alkalmas praxisközösségi ICT háttér megteremtése.

Mi a hiányzó?

1. Modellprogramban lefolytatott lakossági egészségi állapot és attitűd felmérések alapján (Ld. D.2. fejezetben), míg az életmóddal összefüggő egészségmutatók kedvezőtlenek, az érintett lakosság jelentős hányada nem tekint problémaként több – drága krónikus betegségeket okozó- rizikóra (pl.: elhízásra, dohányzásra), noha az intervenció területen a kontrollhoz képest ezek megítélésében jelentős pozitív eltérés volt mérhető a Program végére. Mindez alátámasztja a Modellprogram szolgáltatásainak fenntartását

¹⁹² Egy népegészségügyi központi nyilvántartási rendszer (anonim nemzeti népegészségügyi adatgyűjtés) kialakításnak pontos keretei további ágazatvezetői megfontolást igényel.



2017 után is, amely **forrásteremtést és kormányzati döntést igényel**. Ehhez hozzátartozik a **nemzeti szakmai, módszertani vezetés megerősítése és a monitoring háttér biztosítása** is.

2. A monitoring és praxisközösségi dolgozók helyszíni tapasztalataira építve meghatározandó, hogy milyen **célpopulációkat**, milyen speciális **kommunikációs kampánnyal** érdemes a jövőben népegészségügyi céllal mozgósítani (ld. hétfégi szűrések). A Program tapasztalatai **nemzeti szintű egészségkommunikációs protokollrendszerben** hasznosítandók. Példaként említendő, hogy a speciális addikciókra, így pl. az alkohol problémára jó kommunikációs megoldás megtalálása szükséges. Az egészségi állapot felmérés tapasztalata szerint az érintettek nem nyilatkoztak róla a szégyenérzet miatt, tehát csak bizalmi szereplő (leginkább a házi orvos) jön szóba ezen problémák feltárásában. Döntési fa mentén speciális kommunikációs taktika alkalmazandó az egyes egyének esetén, és ebben a házi orvos a kulcsszereplő, őket javasolt erre kiképezni és alkalmazni megfelelő kompenzálás mellett. A **veszélyeztetett egyének és csoportok beazonosításának és felkeresésének módszertani fejlesztése** és a létező szakmai ajánlások alkalmazása mellett értelemszerűen az addikciókkal kapcsolatos **prevenció intézményesülésére is hangsúlyt szükséges helyezni** (ld. fiatalkori drog és alkoholprevenció, addikció feltárása, szsz. preventív gondozása). Mindezek megvalósítása nem csupán az egészségügyi szektor feladata. A tartós siker feltétele, hogy több ágazatban egyszerre biztosított legyen ennek összehangolt módszertani háttere és tartós szervezeti megoldása (vagyis nem kampány szinten és nem projektekre támaszkodva kell megvalósítani).
3. A **védőnők aktívabb bevonása** a toborzásba és a praxisközösségi működésbe a 18 év felettek esetében is támogatandó.
4. **Kliensút követés**. Nehézkes volt a programban monitoring oldalról, hogy egyedi szinten beazonosítható és követő legyen, hogy mi történt azokkal a kiszűrtekkel, akik az egészségfejlesztés javaslat ellenére nem látogatták a kiegészítő szolgáltatásokat: miért nem tették, hogyan alakult a gondozásuk, kontroll szükségessége kiknél lenne kulcsfontosságú? Ennek megoldására 2017. januártól szakmai együttműködés indult a SE EMK- NEFI-NEAK – ÁEEK WP3- MAVE közreműködésével. Bármely hasonló program hatásvizsgálata szempontjából lényeges, hogy technikailag megoldható legyen az egyedi szintű anonim követéses vizsgálatok (betegút elemzések) kivitelezhetősége.



5. Kormányzati stratégia szintű feladat tisztázni, hogy szakmai, jogi és informatikai oldalról milyen **országos informatikai megoldások** jönnek szóba, hogyan valósul meg az **anonim nemzeti népegészségügyi adatgyűjtés** rendszere, milyen funkciókkal és milyen hozzáférésekkel? Hogyan kapcsolódik ez az **alapellátás HR tervezéséhez** és **ösztönzési rendszeréhez**. Mindezekre már tett utalást az Előrehaladási Jelentés, de a szakmapolitikai gondozás szükséges az Államtitkárság és az Alapellátási Igazgatóság koordinációja alatt. Ez a kérdés tehát elválaszthatatlanul kapcsolódik mind a nemzeti szakmai – módszertani vezetés, mind a komplex alapellátás monitoring fent már említett szükségességéhez (népegészségügyi és egészség-gazdaságtani oldalról egyaránt).
6. Szükséges a **házi orvosi nyilvántartások és az NEAK ellátási adatok összehangolása** is nemzeti szinten az anonim nemzeti népegészségügyi adatgyűjtéssel összhangban, azzal párhuzamosan. E nemzeti adatvagyonok kiépítése, rendszeres, strukturált követéses vizsgálata, és kimutatásai a Modell alapján megteremtett egészségügyi rendszerfejlesztés stabil alapját jelenthetik.
7. Hasonló módon szükséges a **morbidity, mortalitási és ellátási adatok rendszeres visszacsatolása az országos és a helyi szereplőkhöz** (közigazgatási és szakmai oldalon egyaránt) a tájékoztatás és evidencia alapú fejlesztések támogatása érdekében. A szakmai-módszertani vezetés és a folyamatos monitoring ezt az igényt képes lenne kiszolgálni.
8. Az **egyéb alapellátás szereplők bevonása stratégiaileg javasolt, módszertanilag előkészítendő feladat a további alapellátás fejlesztés keretében**. A Programban résztvevő házi orvosok egy része iskolaorvos is, ezért az ő integrálásuk a praxisközösségbe adott volt. Az iskolaorvosi hálózat azonban fontos szereplője lenne logikusan a jövőben a praxisközösségeknek. Hasonlóképp felmerül a kötelező, rendszeres munkahelyi egészségügyi szűréseket végző foglalkozás-egészségügyi szolgáltatók bevonásának lehetősége, amint arra korábban utaltunk. A fogorvosok esetén a legnagyobb probléma a betöltetlenül váló alapellátást nyújtó szolgálatok szaporodása. Esetükben is történt forrásbevonás 2010 óta, de ennek mértéke nem elegendő ahhoz, hogy a humán erőforrás hiányt pótolja, a területet vonzóvá tegye. A számukra is pályázható praxisváltás és letelepedés támogatás ezt a folyamatot várhatóan segíteni fogja. A házi orvosi ügyeletellátási eseményeinek visszacsatolása, és a területi együttműködések erősítése is kézenfekvő szakmai igény. Mindezek kezelése egészségpolitikai feladat.

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



Funkciókra vonatkozó Következtetések és ajánlások:

Ajánlásainkat a funkcionális értékelésben fent bemutatottak alapján fogalmaztuk meg.

RcS.1. A Program tapasztalatai alapján a **siker kulcsa, hogy a rendszerfejlesztési programok nemzetközi népegészségügyi, orvos-szakmai, egészség-gazdaságtani és egészségpolitikai evidenciákra, ill. azok ajánlásaira épüljenek. Ehhez a feltételek biztosítása a döntéshozók feladata.** Úgy gondoljuk, hogy a Program azért volt képes kimagasló teljesítményt nyújtani, mert a szakmai feltételrendszer biztosítását mindkét kormányzat támogatta. Ahhoz, hogy ugyanez jellemezze a jövő fejlesztéseit, a kormányzat folyamatos elkötelezettségére és az akadémiai szféra szakmai szupervíziójának biztosítására van szükség. **Az egészségpolitika és fejlesztéspolitika feladata, hogy a Program evidenciáinak beazonosításával, azokra építve tervezze az egészségpolitikai intervenciókat és a további rendszerfejlesztési programokat. Egészségpolitikai feladat az is, hogy az alapellátás és az ahhoz kapcsolódó integrált ellátás fejlesztés logikai kereteit tisztázza, felügyelje, és a fejlesztések következetesen ehhez igazodjanak.** Tiszta logikai keret és az ahhoz illeszkedő, logikus építkezés nélkül a szerteágazó programok áttekinthetlenné válnak, és nem lehet megakadályozni, hogy egy újabb fejlesztés ne újra az alapoktól induljon, esetlegesen ismételve azt, ami egyszer már megtörtént. **Az egészségpolitika ezen kötelezettségeinek csak egy erős, országos szakmai, módszertani irányító, koordináló, monitoringért felelős szerv biztosításával tud eleget tenni.** A NEFI és alegységeinek (így az Alapellátási Igazgatóság) megszűnésével erről a kormányzat felelőssége gondoskodni. **Az országos szakmai-módszertani irányítás és monitoring hatékony megvalósítása intézményközi kapcsolatok erősítésével és kutató egyetemek, szakmai műhelyek elemzői kapacitásainak bevonásával biztosítható.** Erre külön országos apparátust nem szükséges kialakítani. Egy kisebb, magasanképzett szakemberekből álló multidiszciplináris team képes mindezt vezetni, koordinálni az országosan létező közigazgatási és akadémiai intézményes erőforrások hatékony kihasználásával. Ehhez erős és következetes kormányzati felhatalmazás szükséges, amelyért az ágazatvezetésnek lobbiznia szükséges.

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



RcS.2. Fentiek kapcsán kiemelendő **kormányzati kommunikációs stratégiai szempont a sikerek felmutatása**, amely a lakosság, a helyi stakeholder-ek, az országos szakmai érdekképviseletek és Svájc, a WHO, ill. az uniós partnerek irányában is gazdagodhat a Program pozitív eredménytermékeire épülő üzenetekkel. A sikertényezők azonosítása a Menedzsment és a Szakmai Vezetés koordinációja alatt megvalósítható.

RcS.3. A szakmai evidenciákon nyugvó, és jelentős vizsgálati eredmények (ld. attitűd vizsgálat, társadalombiztosítási kasszahatások, fenntarthatósági számítások, klinikai hatásvizsgálatok) alapján is sikeres Program tapasztalatai alapján **a Modellprogram szolgáltatásai fenntartását, megerősítését és országos kiterjesztését javasoljuk.**

RcS.4. A Praxisközösségi Eljárásrendre épülő **alapellátási és közösségi egészségfejlesztési protokollfejlesztést javaslunk**, amely esetdefiníciós csoportok és azokon belül célcsoportok szerint (azok speciális jellemzőit szem előtt tartva), **multiszektoriális szereplőkre** (önkormányzatok, köztisztviselők, pedagógusok, szociális szféra, civil szervezetek, helyi lakosság) **tervezve** tartalmazza:

- a. az **egészségkommunikációra** (Lakossági Egészségnevelő program keretében célcsoportok és csatornák azonosításával, országos és regionális szinteken, több szektorban- oktatás, helyi és közmédia, stb.)
- b. **toborzásra** (különböző célcsoportokra és településtípusokra)
- c. **szűrővizsgálatok** módszertanára és megszervezésére
- d. **intervencióra és preventív egészségnevelésre**
- e. orvosi, szakdolgozói, és a nem egészségügyi humán erőforrásra épülő **gondozásra, erőforrás allokációra** (eszközök, humán erőforrás, finanszírozás-ösztönzőrendszer) vonatkozó protokollokat.

A protokollok alkalmazásakor természetesen a helyi adottságoknak megfelelő szervezeti-menedzsment megoldást kell alkalmazni, melynek módszertani és monitoring felügyelője jelen javaslat szerint a NEFI Alapellátási Igazgatóság, kivitelezői a praxisközösségek a járási szinteken kijelölendő szakmai koordinációval, ill. a helyi szereplőkkel együttműködésben (részletes szervezeti modell javaslatot ld. a továbbiakban). Fontosabb javaslatok erre vonatkozóan:



- A Programban végzett vizsgálatok alapján, a szűrés teljes mértékben és a toborzás jelentős hányada is a háziorvosi rendelökhöz telepítendö, erőforrásigénye is döntően ide allokálándó.
- A toborzás a szociálisan hátrányos helyzetű roma lakosság által sűrűbben lakott településeken és városrészekben kívánja segéd-egészségörök alkalmazását. Leterheltebb területeken a segéd-egészségörök át tudnak venni feladatokat más szereplöktöl, így, pl. közösségi egészségfejlesztés események helyszíni szervezési feladatai, gyermekek fejtetű és rühesség szűrése. A toborzás a kedvezöb adottságú településeken a praxisokra és a védönökre átdelegálándók (pl.: városi, háztömbös környezetben a toborzásba bevonhatók), viszont a segéd-egészségöröknek adhatók át a hátrányosabb helyzetű településeken fontos feladatok a védönök és a praxisok részéről (pl.: oktatási intézményekben hajtetű szűrés, amire ki is alakult spontán gyakorlat a Modellprogramban).
- A szolgáltatások időstruktúráját, helyszíneit az igénybe vevö célcsoportok időstruktúrájához és elérhetöségéhez érdemes tudatosan igazítani
- Addikciók (pl. alkohol) esetén az egyéni kliensek azonosítása (kommunikációs stratégiai okból) a praxisokhoz-védönökhöz delegálándó, míg a csoportos veszélyeztetettek azonosításában a népegészségügyi szakembereknek lehet kulcsszerepe. (Megj.: a preventív egészségnevelés e téren is egyértelműen eredményesebbnek bizonyult a kontroll területhez képest)

Országos rendszerhatékonysági szempont a **munkahelyi foglalkozás- egészségügyi szűróvizsgálatok és a magánellátásban történo népegészségügyi jelentöségű szűrések eredményeinek becsatornázása a háziorvosi nyilvántartásokba** (és azokon keresztül az anonim nemzeti népegészségügyi adatgyűjtés rendszerébe).

RcS.5. Nemzeti **NEAK/NEAK- morbiditási, ellátási (betegút) és mortalitási adatok követése, strukturált monitoring és jelentési rendszerének bevezetése** javasolt a nagy népegészségügyi terhet jelentö és intervenció által célzott esetdefiníciós csoportok azonosításával. A Program fókuszára és tapasztalataira alapozva az alábbi esetdefiníciós csoportokra folytatandó és továbbfejlesztendö a monitoring:

- i. elhízás
- ii. 2-es típusú cukorbetegség
- iii. magasvérnyomás betegség
- iv. hyperlipidaemia
- v. alkohol abúzus
- vi. dohányzás
- vii. drog abúzus és egyéb addikciók (pl. szerencsejáték)
- viii. depresszió
- ix. mozgásszervi krónikus degeneratív betegségek
- x. rákprevenció

Fentiek későbbiekben folyamatosan kiegészítendőik újabb esetdefiníciós csoportokkal, hisz a Program az adott területeket tudta többé-kevésbé lefedni. Emellett oktatni szükséges az alapellátás szereplőit annak érdekében, hogy standard módon, rendszeresen lekövezzék és rögzítsenek az esetdefinícióra vonatkozó rizikó-, betegség és beavatkozási kódokat.

RcS.6. Előbbivel összhangban javasolt az **anonim nemzeti népegészségügyi adatgyűjtés rendszerének** kiépítése az alapellátás szereplőinek közreműködésével (a jogi és informatikai háttér rendezésével), amellyel kapcsolatban, a Modellprogramban már javaslatot tettünk az Előrehaladási Jelentésben is. **Ez a rendszer lenne alkalmas mind az időszakos lakossági népegészségügyi állapot, mind a különböző szűrési, gondozási protokollok rendszer szintű megvalósításának és hatásának követésére.** Mindez a szakellátásban közelmúltban útnak indult regisztereket is fel kéne, hogy ölelje, és folyamatosan kellene kiegészíteni újabb és újabb népegészségügyi- és egészség-gazdaságtani esetdefiníciókra ill. földrajzi területekre, célcsoportokra vonatkozó regiszterekkel. Az **anonim nemzeti népegészségügyi adatgyűjtés rendszerének** kiépítése **egészségpolitikai stratégiai feladat**, amelynek megvalósítása, koordinációja az **országos szakmai, módszertani irányító szerv vezetése alatt megvalósítható.**

RcS.7. Előző két pont megvalósíthatatlan az **alapellátás** (minden szolgáltatástípus és szolgálat) **egységes, kliensút követésre alkalmas és az alapellátás valamennyi érintett szereplője által fokozatosan hozzáférhetővé tehető ICT háttérének biztosítása** és az EESZT illesztése nélkül. Ez magában foglalja a **nemzeti standard** és akkreditációs követelményrendszer felállítását, amelynek minden software beszállítónak eleget keltenie, és amely már a praxisközösségi működés feltételeit is

képes teljesíteni. (Kormányzati stratégiai kérdés a standard mellett open source software háttér elérhetővé tétele. Mindezeket részletesebben tárgyalja a B.2. fejezet) A fejlesztési szükséglet magában foglalja az **alapellátásban dolgozók rendszeres adatvédelmi és informatikai kötelező képzési hátterének megteremtését** is, miután a Programban végzett vizsgálatok szerint mind a software ismeret, mind az adatvédelem, adathasználat, valid adatszolgáltatás terén szükséges az egészségügyiek ismereteinek bővítése és rendszeres frissítése. **Ennek a területnek gazdái a NEAK és az ÁEEK.**

RcS.8. Javasolt a morbiditási, mortalitási és ellátási monitoring adatok rendszeres visszacsatolása az érintett országos és a helyi szereplőkhöz (közigazgatási és szakmai oldalon egyaránt) a tájékoztatás és evidencia alapú fejlesztések támogatása érdekében. Megerősített szakmai-módszertani vezetés koordinációja alatt a folyamatos monitoring révén ez az igény kiszolgálható. Utóbbi alkalmas arra, hogy a kormányzati döntéstől függően folytatni lehessen a magyar alapellátó rendszer és a praxisközösségi működés hatásvizsgálatát. A népegészségügyi és egészséggazdaságtani monitoring által evidencia alapú rendszerfejlesztés válna megvalósíthatóvá, ezért **egészségpolitikai szempontból is javasolt egy komplex monitoring és vezetői információs rendszer kialakítása**. Amikor az egészségügyi ellátórendszer a lakosság demográfiai változása, a humán erőforrás elöregedése, elvándorlása, az intézmények adósságállománya miatt magas kockázatokkal üzemel, akkor felértékelődik az erőforrások allokációjának finomhangolása.

RcS.9. Az egészségpolitika számára javasoljuk, hogy -a fent leírtakkal összhangban- esetdefiníciós csoportokra fókuszálva¹⁹³ dolgozzon tovább az egészségügyi ellátások horizontális (azonos ellátási szinten tevékenykedő szolgáltatók összekapcsolása) és vertikális (eltérő ellátási szintek) integrációján:

- a rendszerhatékonyság (vagyis az erőforrások hatékony felhasználása)
- a szolgáltatások minőségbiztosítása
- a kliensutak hatékonysága és folyamatossága

¹⁹³ vagyis a hasonló sorsú, azonos betegségcsoportba tartozók ellátási szükségleteire, a vonatkozó nemzetközi ajánlásokra és hazai betegút vizsgálatokra alapozva



d. és a megbiztonság érdekében.

- RcP.2.** Javasolt a demográfiai kihívások, népességszaporulat kedvező fordulatának elősegítése érdekében a kapcsolódó szűrés (meddőség), egészségnevelés (szexuálhigiéné, családtervezés) és gondozás beépítése a Modellprogram szolgáltatásai közé. Ezáltal az egészségügyi szektor is kivenné a részét abból a munkából, amely a szociális és családügyi-, ill. a gazdaságpolitikai szektorban zajlik.
- RcP.3.** A praxisközösségek jógyakorlataira építve, javasolt az együttműködési rendszer tovább építése az alapellátás más szereplői felé is (amelyek a Modellprogram idő és infrastrukturális keretei közé nem voltak beilleszthetők, ld. iskolaorvosi rendszer, fogorvosok, foglalkozás egészségügy, háziorvosi ügyelet). Itt utalunk vissza az országos alapellátás szolgáltatók standard ICT háttérének biztosítására, amely alapfeltétel az együttműködések, integrált szolgáltatási rendszerek kialakításához.
- RcS.10.** A helyi szereplők, így az önkormányzatok kiemelten fontos szereplők a lakhelyközeli alapellátásfejlesztésben, ezért meg kell találni a megoldást, hogy a helyben, organikusan kapcsolódó egészségügyi és szociális szolgáltatások feltételeinek kialakításában aktívan vehessenek részt, arra ösztönözve legyenek (ilyen jellegű fejlesztéspolitikai programok kidolgozása javasolt) .

Fentiek megvalósítása –amint utaltunk rá- egy országos felhatalmazással bíró, a folyamatokat megtervező, koordináló, kontrolláló népegészségügyi és alapellátás módszertani központ alatt válik megvalósíthatóvá. Jelenleg a Kormány az ágazati háttérintézményeket (így a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetet, annak Alapellátási Igazgatóságával együtt) megszünteti és beolvasztja a minisztériumokba. A fent ismertettekre és a háziorvosi praxisok betöltésének kritikus helyzetére tekintettel az ágazatvezetés szerepe kiemelt abban, hogy az alapellátórendszer fejlesztésének szakmai- módszertani szervezeti háttérét és az alatta logikusan szükséges területi szakmai hálózat (ld. Alapellátási Tv.: kollegiális vezetők) kiépítését biztosítsa.



E.2.4. A MODELL SZERVEZETI ÉRTÉKELÉSE ÉS AJÁNLÁSAI AZ ERŐFORRÁSOK FELHASZNÁLÁSA SZEMPONTJÁBÓL

Mi időtálló?

Az erőforrások tekintetében a betervezett szükségletek és keretek időtállóak, és alkalmasak arra, hogy kiindulást jelentsenek a Modellprogram szolgáltatásainak országos kiterjesztésre, annak szabályozási, finanszírozási, szervezeti háttérének megteremtésére. Ennek kezdeményezése, biztosítása a Program ajánlása alapján, ágazatpolitikai feladat. Az erőforrásokra vonatkozó javaslatokat a humán erőforrás, eszközök, finanszírozás, infrastruktúra tekintetében ld. lent.

Mi módosítandó?

- 1. A humán erőforrásra vonatkozó javaslatok.** A Modellprogram humán erőforrás szerepkörei az alapellátás népegészségügyi megerősítése és a roma lakosság népegészségügyi szükségleteinek figyelembe vételével, szakmai evidenciákon alapul, tehát időtálló. A rendelkezésre álló **HR kihasználtság hatékonysága** a praxisközösségi monitoring eredményei szerint **helyi és országos szinten is növelhető** (a módosítási javaslatokat ld. a továbbiakban). Ennek fő oka, hogy a közbeszerzések lassúsága, és a teljesen új, praxisközösségi jelentési rendszer kialakítása, üzemeltetése és a folyamatos vizsgálatok olyan többlet energiákat vettek el a praxisközösségi pilot programban, amellyel a továbbiakban nem kell ilyen mértékben számolni. Az emberi erőforrás felhasználás hatékonyabbá tételével, a Modellprogram szolgáltatásainak **éves országos költségvetése (HR és 20 %-os átalány együtt) mintegy 40 Mrd Ft-ra tehető. Hatékonyságnövelő lehetőségek:**
 - a.** 2015. október és 2016. március között a teljes munkaidejüknek a **gyógytornászok 47, a dietetikusok 27, az egészségpszichológusok 24%-át** töltötték kliensek részére történő szolgáltatásnyújtással (felkészülés, utazás, szervezés, és a pilotból adódó jelentős adminisztráció mellett). E téren a hatékonyságot **75%-ra javasolt növelni** -elsősorban Modellprogram jellegéből adódó- **jelentős adminisztratív terhek csökkentésével, az eszközös háttér és infrastruktúra tudatos alakításával** (fejlesztéspolitikai szempont), **fejlett ICT háttérrel.**

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

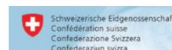
www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI
MODELLPROGRAM

SZÉCHENYI

PROGRAMIRODA



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Svájci
Hozzájárulás



b. Az országos szintű HR hatékonyság érdekében a **szerepkörök súlyozása és munkakörökhez rendelése mindig a helyi viszonyokhoz igazodva** alakítandó, a munkakörök tehát országosan a helyi adottságokat, jellegzetességeket ismerve differenciáltan kezelendők. Például:

- i. A népegészségügyi toborzás, szűrés, közösségi egészségfejlesztés szolgáltatások szervezése, koordinált működése megvalósíthatatlanok népegészségügyi koordinátorok nélkül. A népegészségügyi szakembereket és koordinátorokat 15-20 ezres lélekszámtól feltételen, illetve járási szinten javasoljuk foglalkoztatni, a kollegiális szakmai vezető (házi orvos) mellett (megfelelő ICT háttér, automatikus praxisközösségi jelentések, kimutatások) biztosításával. Automatizált praxisközösségi teljesítményjelentések és a kapcsolódó monitoring funkciók segítségével a járási népegészségügyi koordinátorok a Programban tapasztalt adminisztratív terhek helyett a felügyeletük alá tartozó szűrési, foglalkozási mutatókat tudnák követni és az alapján koordinálni a településeken zajló egészségfejlesztést a kollegiális vezető munkáját segítve.
- ii. Segéd egészségőrökre (továbbiakban ld. így is: SEŐ) szükség van a sérülékeny társadalmi rétegek egészségfejlesztése érdekében; alkalmazásukat főként szórt falvas, fejlesztendő településekre (de egyes esetekben városrészekben is) a telepszerű körülmények között élők körében érdemes megvalósítani, vagyis olyan területein az országnak, ahol a mediációra az egészségműveltség kialakítása és a népegészségügyi mozgósítás érdekében szükség van (ld. a C.9. fejezetben)
- iii. Különösen javasoljuk a segéd egészségőri hálózat kialakítását és megerősítését olyan fejlesztendő területeken, ahol a védőnői körzetek kiüresedtek, a védőnő több települést is látogat, nagyobb terheléssel dolgozik; a Program maga is rámutatott ennek életszerűségére, amikor természetes módon kialakult kooperáció a SEŐ és a védőnő között
- iv. A SEŐ alkalmazása nem szükségszerűen páronként megvalósítandó, ezt is a helyi adottságok függvényében kell mérlegelni az önkormányzat, védőnő, házi orvosok bevonásával népegészségügyi koordinátorok operatív koordinációja alatt.
- v. A mediációra nem szoruló, kedvezőbb helyzetű, nagyobb településeken, lakótelepi, vagy tömbházas környezetben a védőnők



bevonásával javasolt megvalósítani a toborzást ahhoz, hogy ugyanazt a funkcionális kimenetet kapjuk, mint a Modellprogramban

vi. A házi orvosok szerepe országosan megerősítendő a toborzásban, tehát **a szűrési humán erőforrás (szűrő személyzet) a házi orvosok mellé telepítendő**; az ő munkájukat kell, hogy kiegészítse. Az intervenció terület 1022 fő körében végzett lakossági végfelmérésünk azt mutatta, hogy a kliensek, közel 82 %-a¹⁹⁴ a házi orvos hívására vett részt az egészségi állapot felmérésen. Ebből következően **a kézenfekvő kontroll pont a rendszerben a házi orvos**. Ezt az is megerősíti, hogy a házi orvosoknál prevenciók rendelésen megjelenő kliensek 60%-a volt előzőleg egészségi állapot felmérésen.¹⁹⁵ **A képzett szakdolgozók nem csak a szűrésben, hanem a kliensút szervezésében és a krónikus gondozásban is** (ld. pl.: NHS practice nurse rendszert) tehermentesíthetik az országosan **egyre nagyobb terheléssel dolgozó házi orvosi praxisokat** (a házi orvosi praxisok forgalma országosan folyamatosan növekszik¹⁹⁶).

c. A gyógytorna, dietetika, pszichológiai szolgáltatás terén az országos alapellátási szintű lefedettség fokozatos biztosítása a járóbeteg kapacitások és képzési kapacitások ismeretében javasolt minhárom szakmai szupervízor, a lakosság egészségi állapota és a klinikai monitoring eredményei alapján. **Javaslatunk** (a praxisközösségi jelentési adatok alapján), helyi település viszonytól függően **átlagosan minden 14-15 ezer főre ½ FTE dietetikus, 1 FTE gyógytornász, ½ FTE felsőfokú egészségügyi végzettségű pszichológus bevonása az alapellátásba**.

2. **Pedagógusok tudatos bevonása az egészségnevelésbe**. A népegészségügyi többlétszolgáltatások szakképesítést nem igénylő, ámde kulcsfontosságú ismeretei a pedagógusoknak átadhatók, a segítségükkel az egyszerűbb gyógytorna gyakorlatok, dietetika/gyógytorna/stressz és konfliktuskezelési fogalmak, ismeretek az óvodai, iskolai tantervbe beépíthetők. A többlétszolgáltatást nyújtó szakemberek a

¹⁹⁴ Fenti adatot 1022 fő megkérdezése alapján mértük fel a Modellprogrammal kapcsolatos Lakossági attitűd vizsgálatban. Részleteket ld. a vonatkozó D.2. fejezetben.

¹⁹⁵ Fenti adatot 3796 prevenciók rendelésen részt vett kliens körében vizsgáltuk 2015. október és 2016. március közötti praxisközösségi házi orvosi jelentések alapján. Részleteket ld. a prevenciók rendelést bemutató C.3. fejezetben.

¹⁹⁶ 2005-ben 65,4 millió, 2015-ben már 66,9 millió volt a házi orvosi szolgálatoknál megjelentek száma



szakképesítést igénylő szakmai szupervíziót, speciális foglalkozási igények felmérését és kielégítését tudnák végezni a pedagógusok bevonása révén. A Modellprogramon alapuló ismeretek – különös tekintettel a hátrányos helyzetű területek speciális kihívásaira- a pedagógusok kötelező szakmai továbbképzési rendszerébe is beépíthetők.

3. **Önkormányzatok érdekeltségének megteremtése.** Az infrastruktúra megteremtésében az önkormányzati érdekeltség, **fejlesztéspolitikai és üzemeltetési lehetőségek megteremtése javasolt.** A lakossági visszajelzések szerint a foglalkozások helyszíne nem mindig volt kifogástalan. Az infrastrukturális fejlesztési igények a részletes felmérésekből kinyerhetők, az infrastrukturális fejlesztési szükséglet a fejlesztéspolitikai programokba beépítendő.
4. **Praxisközösségi szolgáltatásokhoz szükséges eszközök biztosítása. A praxisközösségi működéshez szükséges eszközök** tekintetében a Záró Értékelés más fejezete részletes értékelést ad (ld. a B.3. fejezetben.) Fontos megjegyeznünk, hogy a NEFI és praxisközösségi dolgozók segítségével külön-külön is **felmértük az eszközigényt és amortizációs időt, így az eredmény egy esetleges kiterjesztés, minimum feltétel szabályozás esetén hasznosítható és ezáltal időtállóvá tehető.** Az eszközök költségvetési forrásigénye a döntéshozó által megállapított finanszírozási technikába beépíthető.
5. **A praxisközösségi finanszírozás nem teljesítmény, hanem bázis alapon történt,** hisz a teljesítményeket a Program végére lehetett egészében elemezni és értékelni. A Programban a praxisközösségek zárásáig zajlik (a gyógytorna, dietetika, pszichológia foglalkozások) társadalombiztosítási beavatkozási kódok fejlesztése és jelentések készítése, amelyek elősegítik a **későbbi teljesítményjelentés bevezetését.** Emellett elkészült az a kiterjesztési kalkulátor, amelynek segítségével a praxisközösségek kiterjesztésének költségvetési finanszírozási igénye előre kiszámolható. **A kifejlesztett kalkulátor segítségével és a részletes jelentési adatok alapján az új tételes finanszírozási technika is kifejleszthető.** Az alapokat tehát mind a humán erőforrás, mind az eszköz-, mind a finanszírozási igények bevezetéséhez sikerült előállítani. Amennyiben a HR hatékonyság a javaslatainknak megfelelő mértékben (75%-ra) növelhető, akkor **az országos kiterjesztés éves költségvetési forrásigénye mintegy 35-40 Mrd Ft.**
6. A bázisfinanszírozásból biztosított közalkalmazotti bérek mellett a fluktuációs ráta magas volt a szűrő team-ek, a gyógytornások, a dietetikusok és a pszichológusok esetén is. Ennek egyik fontos üzenete, hogy ezen tevékenységekre vonatkozóan rugalmasabb, piacképes, teljesítményalapú bérezéssel (és az infrastrukturális,

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

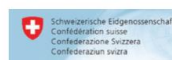
www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI
MODELLPROGRAM

SZÉCHENYI

PROGRAMIRODA



Svájci
Hozzájárulás



eszközös háttér megoldásával) lehet megtartani a szakembereket a praxisközösségekben. A praxisközösségi interjúk alapján megállapítható, hogy a helyi kötéssel bíró munkavállalók sokkal nagyobb valószínűséggel maradtak a praxisközösség tagjai, ez aláhúzza a helyi szakemberek tartós, kiszámítható keretek közötti foglalkoztatásának fontosságát (ld a B.1. fejezetben részletesen). Itt utalunk arra is, hogy a többlétszolgáltatások folytatása iránti lakossági igény 95 %-os volt, egy igen magas (839 válaszadó közül a teljes mértékben elégedettek aránya: 94,1 % volt) elégedettségi szint mellett.

7. A bázisfinanszírozás és a tételes teljesítményjelentés alapján történő finanszírozás közötti választás szükséges a döntéshozók részéről. Jelen javaslat a tételes finanszírozást támogatja NEAK finanszírozási szerződéssel bíró praxisközösségek számára.
8. A Modellprogram szintjén kipróbált, de az országos kiterjesztés esetén hatékonyabban biztosítható, **standardizálható, tömeges adminisztratív és informatikai erőforrások és szolgáltatások automatizálása, ill. országosan egységes arculatának, funkcionalitásainak kialakítása javasolt** (helybiztosítás, időpontfoglalás, automatikus jelentések generálása az adatrögzítésekből, stb. ld. lent).

Mi a hiányzó?

Telephelyi és praxisközösségi adminisztratív kapacitás támogatása a tömeges, ismétlődő rutin feladatokra:

- a. **egységes, integrált informatikai megoldás:** országosan is standardizálható informatikai kiszolgáló háttér, automatikus informatikai jelentések és funkcionalitások
 - minden, a beteg ellátásában érintett szolgáltató jogosultság alapú hozzáféréssel
 - a praxisközösségek által generált többlet adminisztráció támogatására,
 - népegészségügyi koordinátoroknak, praxisközösségi koordinátoroknak, kollegiális vezetőknek menő monitoring jelentések előállítására,
 - a rendszeres egészségfejlesztési szolgáltatások koordinatív és jelentésköteles informatikai támogatására,
 - elszámolható NEAK teljesítményjelentések előállítására



b. költséghatékony, összevont HR megoldás a rutinszerű adminisztratív funkciókra pl.:

- a praxisközösségi szolgáltatások helyi adminisztratív és koordinatív támogatására,
- a háziiorvosi szolgáltatók támogatására telephelyenként, ill. egyes esetekben magasabb területi szinten is megvalósítható: betegirányításra, a programozható labor beutalásokra, szakellátási beutalások menedzselésére, betegszállítás és mentés ügyintézésre, rokkantsági kérelmek szabályos előkészítésére, a praxis nyilvántartások időszakos átnézésére és rendbe tételére.

Egyes funkciókat a betegforgalomtól függően elláthat 1 főállású adminisztratív szakdolgozó egyszerre több háziiorvosi praxisra, vagy azonos településen lévő több telephelyre is (shared service).

c. költséghatékony, összevont infrastruktúra biztosítása a praxisközösségi szűrés, foglalkozások számára a területi önkormányzatok által: a helyi adottságoknak megfelelően alakítható és jobban kihasználhatóvá tehető akár a helyiségek, akár az eszközök; szórt települések esetén ugyanez nehezebben és drágábban biztosítható, ezért ennek a szempontnak a fejlesztéspolitikai és finanszírozási technikákban is meg kell jelennie az Alapellátási Igazgatóság vezetése alatt; a Modellprogramban tapasztalatot szerzett népegészségügyi koordinátorok és háziorvos szakértők részvétele szintén alapvető

d. A jövőben betegellátási oldalról kívánatos valamennyi alapellátás szereplő csatlakozási lehetőségének biztosítása, a teljes alapellátási portfólió integrált rendszerként kezelése.

Következtetések és ajánlások:

Jelen erőforrás tervezés javaslat csak a Modellprogram szereplőivel számol, de a jövőben az alapellátás valamennyi szolgáltatójának (iskolaorvosok, fogorvosok, háziiorvosi ügyelet) fokozatos, részben önkéntes, szükség¹⁹⁷ esetén államilag szervezett csatlakozási

¹⁹⁷ betegbiztonságot veszélyeztető humán erőforrás hiány esetén



lehetőségét biztosítani javasolt. Az ágazatpolitikai tervezés vezérelve minden esetben a folyamatos és teljes alapellátás szolgáltatási portfólió biztosítása, és ezen keresztül az esélyegyenlőség és megbiztonság szavatolása az ország minden településén.

A 2010 óta megfigyelhető forrásbevonás trend, illetve az alapellátás prioritásként kezelése alapján a Modellprogram szolgáltatásai hatékony erőforrás tervezéssel országosan bevezethetők, a praxisközösségek megalakulása támogatandó. Részben önkéntes, (a várhatóan magas halálozási arányok miatt pedig) részben államilag szervezett csatlakozással, a speciális képzési, szabályozási, finanszírozási, és infrastrukturális háttér biztosításával javasolható a szolgáltatások országos kiterjesztése. Az idős (65 évet meghaladó) korosztály aránya töretlen tendenciával növekszik, ezért a háziorvosi halálozás/ ill. kilépés miatt az alapellátás szervezetfejlesztése nem opció, hanem igen magas kockázatú, szoros kontrollt igénylő állami feladat. Az egészségpolitika felelőssége a kockázatok pontos azonosítása alapján a kezelési stratégia megválasztása, a Kormány felelőssége az adminisztratív felhatalmazás és az erőforrások -akár rendkívüli- biztosítása az egészségpolitika és fejlesztéspolitika számára. Részletek:

RcP.4. Az önkéntes csatlakozás olyan praxisok esetén várható, ahol a háziorvos életkora, munkaképessége, motivációja ezt lehetővé teszi. Emellett további feltétel, hogy a praxisok önálló fenntartása kisebb/átmeneti problémákba ütközhet. Ez a magyarországi felnőtt praxisok cca. 58%-a, a vegyes praxisok 66%-a, a gyermek praxisok 33%-a esetén fordulhat elő a háziorvosi praxisok sérülékenységét érintő EMK elemzések alapján¹⁹⁸. Amennyiben a háziorvos kritikusan idős, ott az állami beavatkozás szükségessé válhat. Utóbbi várhatóan 1464 felnőtt, 539 vegyes, 690 gyermek praxist (összesen 2693 db) érint 5 éven belül¹⁹⁹. A praxisközösségek megalakulása gyors tempóban javasolt. Ha például önkéntesen évi 100 praxis csatlakozna az előbbieket közül, az 27 év alatti kiterjesztést jelentene, amely rendkívül lassú, kedvezőtlen dinamika lenne. Ehelyett évente mintegy 650 praxis csatlakozása

¹⁹⁸ A magyarországi praxisok közül ennyi praxisnak volt legalább egy fél éves időszaka, amikor annyi betege és annyi bevétele volt, mint amilyen karakterisztikával azok a praxisok rendelkeztek, amelyek legalább egyszer legalább fél évig betöltetlenek voltak a vizsgált 108 hónap alatt 2007. január-2015. decembere között. Ld. Záró Konferencia Poszter: Háziorvosi praxisok sérülékenysége. Dózsa Katalin és mtsai. SH8/1 Záró Konferencia, Semmelweis Egyetem EMK. 2017.

¹⁹⁹ Ennyi praxisban lesz 65 év felett az orvos 2022-ben, azaz 5 év múlva



lenne a cél. Mivel a praxisok összeolvadása várhatóan felgyorsul a halálozások miatt, és egyre kevesebb házi orvos fogja betölteni a körzeteket, ezért a 650 csak orientáló jellegű praxiszám. 10 év múlva a praxisok száma a jelen trendek alapján, várhatóan 4800 körül alakul, a trendek megállítása esetén 5500 körül²⁰⁰. **Az államnak tehát párhuzamosan kell kezelni a házi orvosi HR krízist és az alapellátás szervezetfejlesztését praxisközösségek kialakításával, a rendszer szervezeti hatékonyságának növelésével, modernizálásával.** Népegészségügyi és politikai okból javasolt 10 év alatt gondoskodni a teljes alapellátás HR utánpótlás és szervezeti átalakítás megoldásáról:

- a. a képzési kvóták sürgős, teljes revíziójáról, a szükséglet alapú célszámok feltöltéséről sz.e. területi tehetséggondozáson keresztül is támogatott, megfelelő létszámú graduális és posztgraduális hallgatókkal
- b. megújult képzési és előmeneteli rendszerről, amely képes öngondoskodó módon folyamatosan bevonzani az új munkaerőt, biztosítani a tartalékképzést is biztosító bevételt és ezáltal a nyugdíjba vonulást lehetővé tevő jövedelmet. A helyi infrastrukturális fejlesztési igényeket a NEFI Alapellátási Igazgatóság a házi orvosok megkérdezése alapján mérte fel.
- c. Az integrált informatikai háttér nemzeti standardjának meghatározása sürgető ágazatpolitikai feladat. Ez alapján akár állami, akár piaci fejlesztésű software háttér kialakítható fejlesztéspolitikai döntés szerint.
- d. Teljesítményfinanszírozás felé történő tudatos elmozdulás időszerű. Szükséges elismerni a fokozott ellátási feladatokat, így pl. a betegforgalomból, területi jellemzőkből, aluliskolázottságból adódó speciális terheket, az extra teljesítményeket és továbbfejlesztett formában az ellátás minőségét is.
- e. Az alapellátás stratégiai HR és szervezés tervezéshez javasolt egy integrál HR, infrastruktúra és eszköz, valamint a kompetencia regiszter kialakítása országosan

²⁰⁰ A 2007. óta megfigyelhető új házi orvos belépési trenddel korrigált 2007.-2015. december közötti orvoskilépések alapján



- RcP.5.** A modellprogram humán erőforrás igényű funkcionalitásai országosan az adott terület helyi adottságainak és szükségleteinek megfelelő súlyokkal alakítandó, részleteket ld. fent
- RcP.6.** Telephelyi és praxisközösségi adminisztratív kapacitás támogatása a tömeges, ismétlődő rutin feladatokra országosan sürgető és javasolt az alábbi célok érdekében:
- Országosan standardizálható, automatikus informatikai megoldások képesek kiváltani HR kapacitást és támogatni a preventív szemléletű praxisközösségi szervezeti működést, valamint annak teljesítménykövetését, P4P kialakítását (részleteket ld. fent)
 - Költséghatékony, összevont HR megoldás a rutinszerű funkciókra sürgető, mivel jelen Záró Jelentésben is bemutattuk, mennyire aktuális a házi orvosok tehermentesítése a csökkenő házi orvosi állomány és a növekvő népegészségügyi feladatok mellett. Emellett közismert, hogy a szakdolgozói fronton is fokozódik a munkaerő hiány az egészségügyben. A javaslat részleteit ld. feljebb
- RcS.11.** Költséghatékony, szakmai-módszertani irányítási struktúra biztosítása a Praxisközösségi Eljárásrendhez és az alapellátás fejlesztés elvárásaihoz igazodva az Alapellátási Igazgatóság szakmai vezetése alatt (részleteket ld. fent)
- RcS.12.** A Modellprogram tapasztalata alapján az NKK a közösségi egészségfejlesztésben résztvevő szakdolgozókat koordinálja, hangolja össze. Ezáltal a házi orvosok és a népegészségügyi koordinátor szerepkörök egyensúlya is megszilárdítható.

E.2.5. A MODELL SZERVEZETI ÉRTÉKELÉSE ÉS AJÁNLÁSAI A SZERVEZETI MEGOLDÁS SZEMPONTJÁBÓL

Mi időtálló?

- A házi orvosi praxisok praxisközösségekbe szervezése nélkül nem lehet eredményes népegészségügyi mozgósítást végrehajtani, ezért a praxisközösség, mint szervezeti megoldás időtálló.
- A praxisközösségek országos szakmai- módszertani irányítására az egységes, megbízható minőségű szolgáltatásnyújtáshoz szükség van.

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

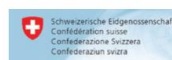
www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI
MODELLPROGRAM

SZÉCHENYI

PROGRAMIRODA



Svájci
Hozzájárulás



3. A folyamatos adatgyűjtés²⁰¹, a monitoring biztosítása, az eredmények és a hatékonyság mérése, valamint a bizonyíték alapú további fejlesztések érdekében szükséges az **alapellátás országos szakmai-módszertani vezetés** (jelenlegi: Alapellátási Igazgatóság) irányítása, koordinációja alatt tartani a folyamatot.

4. A Modell szereplői feladatai, funkciói beváltak, megtartandók, és ezek szervezeti megoldásában hatékonyságra kell törekedni a területi adottságok figyelembe vételével. A **területi szervezeti és HR megoldások** mindig a **helyi adottságok és a szervezeti hatékonyság mentén valósíthatók meg** egy országos kiterjesztésre vonatkozó szabályozás és finanszírozástechnika ismeretében. Utóbbiakhoz a Program megfelelő mértékű evidenciával szolgált.

Mi módosítandó?

A szervezeti hatékonyság növelése érdekében a funkciók és erőforrások a területi adottságokhoz (infrastruktúra, népegészségügyi szükségletek) igazodva a mellékletben szereplő szervezeti ábra alapján képzelhetők el. Az egyes dolgozók teljes munkaidő ekvivalensben kifejezett munkaideje és arányai a praxisközösség méretétől és a területi jellemzőktől függ. (A szervezetfejlesztéssel kapcsolatos ábrákat a terjedelem miatt ld. a később, a fejezet végén.)

Következtetések, ajánlás:

A népegészségügy és alapellátás kormányzati prioritásként történő kezelése folytatandó, a továbbfejlesztett praxisközösségi modell és a köré szerveződött szakmai műhelymunka ennek záloga. Ebből következően, ha a Kormány a praxisközösségi megoldást az alapellátás új országos rendszer-modelljévé kívánja tenni, úgy irányításának és kontrolljának szervezeti helyét meg kell emelnie az Államtitkárság közvetlen alárendeltségébe, de legalább az ÁEEK főigazgató, vagy egy országos népegészségügyi intézet közvetlen irányítása alá (mivel a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet megszűnik).

²⁰¹ amely háziiorvosi, védőnői, praxisközösségi és OEP/NEAK alapú főként



Az államnak párhuzamosan kell kezelni a háziiorvosi HR krízist és az alapellátás szervezete fejlesztését praxisközösségek kialakításával, a rendszer szervezeti hatékonyságának növelésével, modernizálásával. Ehhez kompetens országos módszertani, stratégiai irányításra képes és felhatalmazott központra van szükség széles intézményi kapcsolatrendszerrel, amely az egész országra kiterjed (ld. ágazati háttérintézmények, orvosegyetemek- képzőhelyek, kormányzati és önkormányzati szereplők, szociális, sport, társadalmi felzárkóztatási és oktatási szektor, stb.). Szükséges az is, hogy a módszertani, stratégiai javaslatok átfutási ideje a kormányzati-közigazgatási oldal szilárd támogatását élvezze és megjelenjen a jogszabályi és finanszírozási szabályok szintjén rövid átfutással.

Felülvizsgálandó és fejlesztendő az önkormányzatok szerepköre – a Modellprogram tapasztalatai alapján- az alapellátásszervezésben. A praxisközösségi vezetők egyértelmű preferenciája, hogy a jövő praxisközösségei az önkormányzatoktól független, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel önállóan szerződő vállalkozások legyenek. Ugyanakkor a Záró Jelentés írásakor megjelenő EFOP 1.8.2. program az önkormányzatok nagyobb szerepvállalásának kedvez egyértelműen.²⁰² Az önkormányzatok megkerülhetetlen szereplők. A Modellprogram ideje alatt bebizonyosodott, hogy milyen meghatározó az, hogy a helyi döntéshozók hogyan viszonyulnak a lakosság egészségéhez. Meglátásunk szerint a társadalombiztosítási ösztönzők célzott és transzparens módon történő önkormányzati felhasználási kereteinek megteremtése (nem csak jogszabályi, de gyakorlati szinten) kulcskérdés annak érdekében, hogy az elkötelezett önkormányzatok nagyobb szerepet vállalhassanak, különösen a HR krízissel jobban sújtott, fejlesztendő országrészekben. Az is fontos, hogy az önálló praxisközösségi szervezetek megalakulásának feltételei is biztosítottak és államilag ösztönöztek legyenek. Függetlenül tehát az uniós és egyéb fejlesztési programoktól, rendszerszintre javasolt emelni a praxisközösségi szervezetek kialakítását és a csatlakozás lehetőségét. A NEAK által koordinált korábbi pályázatokhoz hasonló rendszerben ez kivitelezhető.

A praxisok együttműködési szintjeiről a NEFI Alapellátási Igazgatósága részletes ajánlást készített az EFOP 1.8.2. Megvalósíthatósági Tanulmány keretében a praxisok

²⁰² palyzat.gov.hu, EFOP 1.8.2., 11. sz. melléklete



együttműködési szintjeiről²⁰³, amely előremutató, összhangban áll a Modellprogram praxisközösségi koncepciójával és segíti, hogy a független háziiorvosi praxisok fokozatosan képesek legyenek - támogatott módon – szervezetileg átalakulni. Ennek fokozatai opcionálisan illeszkedik a csatlakozó háziiorvosok egymás közötti konszenzus szerinti szándékaihoz és ezáltal tág keretet biztosít a népegészségügyi, orvos-szakmai, szervezeti hatékonyság kívánalmaknak megfelelő működés kialakításához. Az ajánlás szerint az együttműködés egyes szintje (guestor szint), amikor egy **önkéntes befogadó praxis az üzemeltető**, ő foglalkoztatja a Modellprogramban meghatározott, vagy egyéb többlet munkaerőt és kiszolgálja a többi háziiorvosi praxist. Az együttműködés második szintjén gazdasági társaság jön létre több háziorvos részvételével (a Modellprogramhoz hasonlóan) csak a többletfeladatok ellátására. Az együttműködés harmadik, legmagasabb szintje, amikor a gazdasági társaság összeolvadt praxisok együttese és megosztják mind a háziiorvosi praxisokra vonatkozó, mind a többlet feladatokat. Utóbbi megoldás az az innovatív megoldás, amely bizonyosan szóba jön az ország azon területein, ahol a praxisok értékesítése lehetetlen, nem életszerű, illetve ahol az utánpótlás is nagyobb gondot jelent. Ezekben a területeken a hatékony szervezeti forma kialakításának támogatása fejlesztéspolitikai és finanszírozáspolitikai oldalról is fontos: infrastruktúra-, beleértve ICT háttér fejlesztést, és területi alapú finanszírozásfejlesztést tesz szükségessé, a háziiorvosi és szakdolgozói kompetenciák szélesítésével, a háziiorvosok szakdolgozói tehermentesítésével. (Részleteket ld. F.6. mellékletben, a praxisfinanszírozás fejlesztéssel kapcsolatban)

Amint korábban írtuk, a szervezeti megoldás területfüggő, járásonként (praxisközösségi vezető szakemberekből) kinevezett kollegiális vezető (háziorvos) és vezető népegészségügyi koordinátor bevonásával érdemes a leghatékonyabb megoldás kialakítására törekedni - településenként aluról építkezve- a funkciók humán erőforráshoz és infrastruktúrához rendelkezés. Gyors tempójú (5-10 éves) szigetszerű bevezetés jön szóba, a leghátrányosabb területek megcélzásával, és a háziiorvosi generációváltás folyamatos kormányzati támogatásával (ld. háziiorvosi keretszám 250-300-ra emelése, egyetemi mozgósítás az első évfolyamtól, a háziiorvosi életpálya szakmai perspektívájának tudatos szélesítésével, licencekkel, praxisváltás és letelepedés támogatás folyamatos biztosításával).

²⁰³ Id. palyazat.gov.hu, EFOP 1.8.2.



Alábbi szervezeti javaslataink részint a hatékonyság növelését, részint az eredményesség fejlesztését szolgálják.

A praxisközösség szintjén végrehajtható hatékonyságnövelő megoldások:

- A SEÖ-k szerepe a hátrányos helyzetű praxisközösségekben egyértelműen szükséges, jobb adottságú körzetekben feladataik szétszthatóak a többi praxisközösségi szereplő között. A segédegészségörök bizonyos feladatai (pl. szűrésre mozgósítás) városi környezetben, mediációra nem szoruló körében hatékonyabban megvalósíthatók a védőnök által, ugyanakkor a védőnök tehermentesítésében szerepe lehet a segédegészségöröknek a mediációra szoruló lakosság körében (településtípustól függetlenül).
- Az algoritmikusan végezhető adminisztratív feladatok összevonhatók – vagy praxisközösségi szintre, vagy egyes feladatoknál több praxisközösség összefogásával magasabb szintre – ezzel is biztosítva egyfelől a praxisközösségi tagok tehermentesítését (és az így felszabaduló idő alaptervékenységre fordíthatóságát), másrészt az adminisztratív feladatokat végzők munkaidejének teljesebb (hatékonyabb) kihasználását. Ehhez a szereplők számítógépes összekapcsoltsága és IT támogatása elengedhetetlen alapfeltétel;
- a számítógépes összekapcsoltság más okból is alapfeltétel: adatbázisokhoz való hozzáférés, „egyablakos” és real-time adatbevitel nagy rendszerekben;
- a feladatok újra elosztásával egyidejűleg célszerű az adott feladatok finanszírozásához (kompenzálásához) rendelt forrásokat is hozzáigazítani a munkamegosztás új rendjéhez.

E.2.6. ÖSSZEFOGLALÓ ALPELLÁTÁSFEJLESZTÉS AJÁNLÁSOK A MODELLPROGRAM TAPASZTALATAI ALAPJÁN

A Svájci- Magyar Alapellátásfejlesztési Modellprogram olyan modellkísérlet, amely a magyar alapellátásban a hagyományosan ismert háziiorvosi praxis szervezeti modellt szélesebb kontextusba helyezte mind szolgáltatási, mind szervezeti oldalról. A **szolgáltatások köre kiegészült** evidencia alapú, népegészségügyi fókuszú szolgáltatásokkal, amelyek Magyarország égető – nemzetközi összehasonlításban kirívóan kedvezőtlen- népegészségügyi terhet jelentő területeit célozta meg. Mindemellett **megjelent egy új szervezeti megoldás**, amely a népegészségügyi szolgáltatási portfólió kielégítésén túl **a kliensek érdekei köré**

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

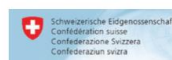
www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



ALPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI
MODELLPROGRAM

SZÉCHENYI

PROGRAMIRODA



Svájci
Hozzájárulás



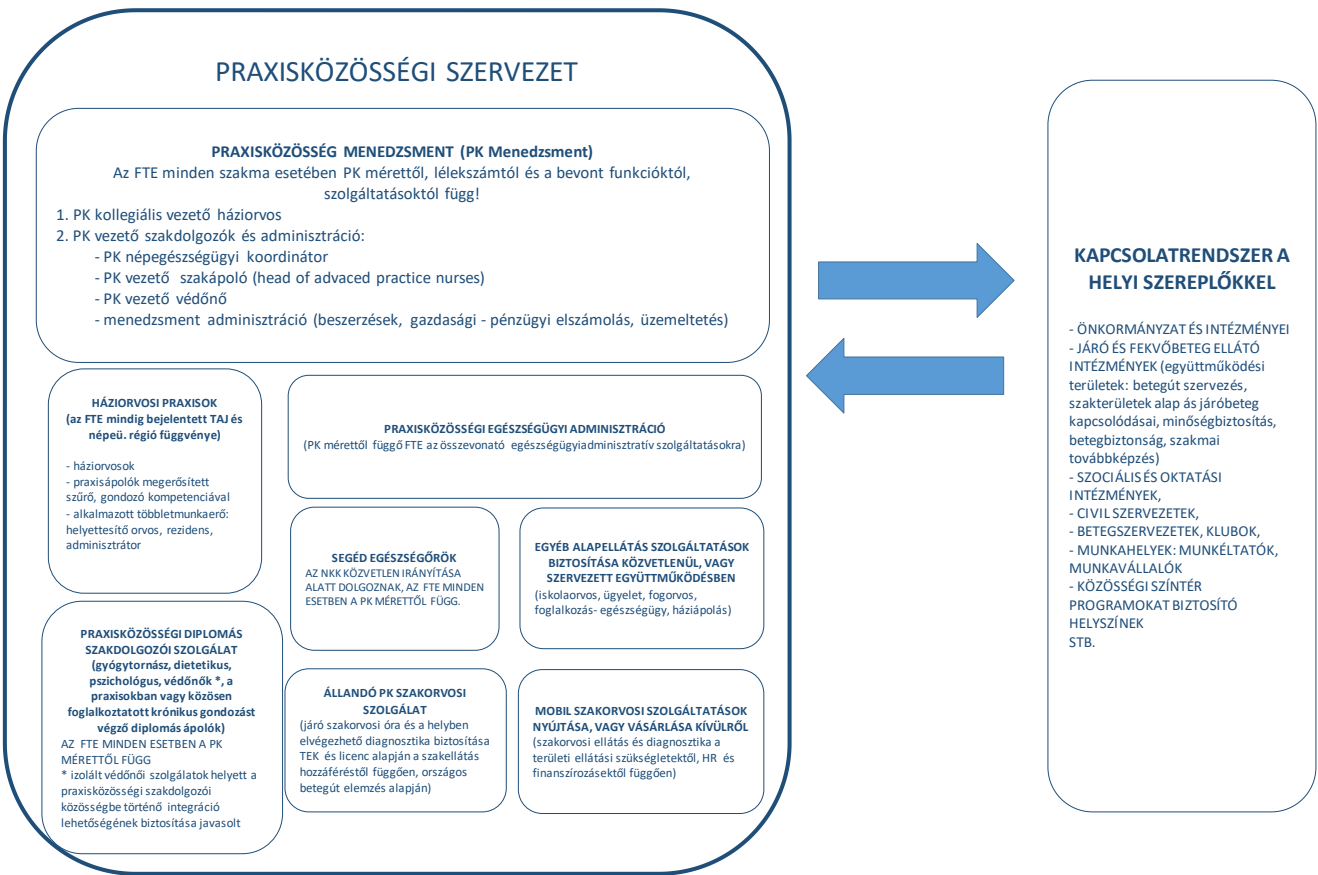
szervező, területi csapatmunka szervezeti kulturális alapjait vetették meg. Utóbbi megoldás azon túl, hogy a kliensek egészségét helyezi a középpontba (nem a betegségeket), közvetlen megoldást ad a szolgáltatók izolált és ezáltal szervezeti értelemben hatékonytalan működési problémájára, amely sem az ellátottaknak, sem az ellátóknak nem kedvez. **A szereplők működési, szervezeti integrációja indult meg nem csak horizontálisan** (az alapellátás szereplőinek összekapcsolásával), **de vertikálisan is**, mivel az eddig csak a szakellátás szintjén elérhető szolgáltatások is bekapcsolódtak a praxisközösségi szervezeti működésbe.

Javasolt a szolgáltatások fenntartása az érintett területen és azok fokozatos kiterjesztése országosan is:

- a szervezeti funkciók megtartása és a szervezeti hatékonyság növelése mellett
- a Program eredményeire épülő következetes rendszerfejlesztéssel amely érinti:
 - több ágazatra kiterjedően a fejlesztéspolitikai szempontokat (önkormányzatok, szociális szféra, oktatás, egészségügyi infrastruktúra)
 - szakember képzés és továbbképzés fejlesztést
 - alapellátás irányelv és protokoll fejlesztést
 - jogszabályi környezet illesztését,
 - finanszírozásfejlesztést
 - illeszkedő országos infokommunikációs háttér fejlesztést
 - anonim nemzeti népegészségügyi adatgyűjtés és monitoring fejlesztést
 - nemzeti közfinanszírozott ellátás jelentés monitoring fejlesztést
 - a nemzeti HR monitoring szerves kapcsolását az alapellátásfejlesztéshez
- fentiek **csak egy erős országos szakmai-módszertani-koordinációs háttér biztosításával valósíthatók meg, az alapellátásnak erős gazdára és erős partnerségi rendszerre van szüksége**

E.2.7. A PRAXISKÖZÖSSÉG TOVÁBBFEJLESZTÉSÉRE JAVASOLT SZERVEZETI MEGOLDÁSOKHOZ KAPCSOLÓDÓ ÁBRÁK

F142. A praxisközösség bővítési lehetőségei



A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajchozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu

1 HAJDÚ-BIHAR:
• Berettyóújfalú
• Hencida • Komádi
• Magyarhomorog
• Mezőpeterd

2 BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:
• Borsodnádásd
• Arló
• Járdánháza
• Borsodszentgyörgy

3 HEVES:
• Heves
• Átány
• Kömlő
• Tiszánána

4 JÁSZ- NAGYHUN - SZOLNOK:
• Jászapáti
• Jászkisér
• Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!**



474

F143. Praxisközösségi felelősségi mátrix fejlesztési lehetőségei

MUNKAKÖRI SZEREPEK A PRAXISKÖZÖSSÉGI ELLÁTÁSBAN	PRAXISKÖZÖSSÉGI SZOLGÁLTATÁSOK				
	háziorsvi ellátás nyújtása	klinikai szakorvosi szolgáltatások nyújtása	védőnői ellátás nyújtása	közösségi egészségfejlesztés nyújtása	mobil és telemedicina szolgáltatások nyújtása
házi orvos	<ul style="list-style-type: none"> • akut, krónikus és preventív háziorsvi szakellátás szolgáltatások nyújtása • praxisközösségi orvos-szakmai vezetése 	<ul style="list-style-type: none"> • licenchez, vagy klinikai szakvizsgához kötött diagnosztikus és terápiás szakorvosi szakellátások biztosítása az alapellátásban* * háttérre hazánkban még nem biztosított 	<ul style="list-style-type: none"> • védőnői konzultációra rendszeres lehetőséget biztosít a védőnők által kiszűrt várandósokkal, gyermekekkel kapcsolatban 	<ul style="list-style-type: none"> • szakmailag felügyeli a közösségi egészségterv, szűrési terv kidolgozását és azt jóváhagyja 	<ul style="list-style-type: none"> • szakdolgozói riasztás esetén online leleteket értékel, sz.e. sürgősségi ellátást kezdeményez, ill. végez* * háttérre hazánkban még nem biztosított
népegészségügyi koordinátor	<ul style="list-style-type: none"> • a háziorsvi munkáját a saját szakterületének megfelelően támogatja helyi népegészségügyi monitoring alapján, a praxisközösségi szakdolgozói szolgáltatások koordinálásával, közösségi egészségfejlesztési szolgáltatások megszervezésével és koordinálásával 	<ul style="list-style-type: none"> • szakorvosi, vagy licenc igényű népegészségügyi indikátorok teljesülése érdekében (pl. cukorbetegség, szemészeti gondozásának követése); szsz. járóbeteg szintű riasztás, ill. a közösségi egészségfejlesztés koordinatív támogatása a vezető háziorvost segítve 	<ul style="list-style-type: none"> • kapcsolatot tart a védőnőkkel, a védőnői indikátorok képzésében, követésében 	<ul style="list-style-type: none"> • közösségi egészségterv készítése és gondozása • közösségi szűrési terv készítése és gondozása • szűrési és toborzás koordinációja • közösségi egészségfejlesztés színter programok tervezése, szervezése • praxisközösségi szintű szakdolgozói preventív szolgáltatások koordinálása a krónikus gondozás kivételével • szűrés, toborzás és egészségmutató indikátorok követése, gondozása 	
praxisápoló	<ul style="list-style-type: none"> • akut, krónikus és preventív háziorsvi szolgáltatások biztosításának szakpóli támogatása kiterjesztett krónikus gondozási hatáskörrel, megerősített szűrési kapacitással: • krónikus beteg gondozás végzése licenc alapján • a praxis háziorsvi gondozási indikátorainak követése, krónikus gondozottak felkeresése, mozgósítása • online leletek fogadása, előszűrés, orvos riasztása • praxis szűrési/gondozási indikátorok követése rendszeres referálása 	<ul style="list-style-type: none"> • több ápoló, többféle licenc alapján részt vesz a háziorsvi által indikált krónikus gondozásokban (ld. COPD, IBD)* • a krónikus gondozást igénylő betegek szakdolgozói gondozását elvégzi, biztosítja szsz. praxisközösségi szinten is • a járóbeteg szakorvosi szintű gondozások teljesülésének követése, szsz. a vezető háziorsvi és NKK riasztása * háttérre hazánkban még nem biztosított 	<ul style="list-style-type: none"> • krónikus beteg gravidák és gyermekek utánkövetése és gondozása saját licenc alapú kompetencia alapján, pl.: gesztációs diabéteszes kliensek utánkövetése, gyermekkori diabéteszes gondozottak követése, szsz. támogatása; IBD, asztma betegek gondozása, követése 	<ul style="list-style-type: none"> • toborzás támogatása a praxisban • egészségi állapot felmérések végzése • minimál intervenciók végzése, közösségi egészségnevelés szakképesítésének megfelelően 	
védőnő	<ul style="list-style-type: none"> • védőnői szűrésekkel, háziorsvoshoz irányított kliensekkel kapcsolatban rendszeresen tartja a kapcsolatot a praxisápolókkal 	<ul style="list-style-type: none"> • követi, hogy a szakorvosi gondozásra irányított kliensek sorsát, ennek érdekében tartja a kapcsolatot a háziorsvi praxisok ápolóival; a szakorvosi ellátásra javasolt szűrési eredményeket a PK népegészségügyi koordinátornak is továbbítja 	<ul style="list-style-type: none"> • iskola és területi védőnői feladatok ellátása • praxisközösségi toborzásban vesz részt • gyermekkori szűrés végzése, együttműködés a népegészségügyi koordinátorral és háziorsvosokkal, védőnői szűrési és gondozási indikátorok követése, gondozása 	<ul style="list-style-type: none"> • családok népegészségügyi mozgósításában, toborzásában részvétel • népegészségügyi koordinátorral együttműködve részt vesz a szakterületéhez tartozó célcsoportok egészségnevelésében 	szakterületéhez kapcsolódó akkreditált, egészségfejlesztésre szolgáló alkalmazások tesztelése, oktatása
segéd-egészségőr	<ul style="list-style-type: none"> • praxisok jelzése alapján a népegészségügyi koordinátor irányítása alatt toboroz, egészségnevelést, mediációt végez • sürgős, vagy elhanyagoltak tűnő, háziorsvi ellátást igénylő, gyanús esetekről riasztja a praxisápolókat 	<ul style="list-style-type: none"> • sürgős, vagy elhanyagoltak tűnő, szakorvosi ellátást igénylő, gyanús esetekről riasztja a praxisápolókat 	<ul style="list-style-type: none"> • részt vesz a védőnőket tehermentesítő feladatok ellátásában (óvodai, iskolai fejtetű-rüh szűrés) 	<ul style="list-style-type: none"> • toborzás, népegészségügyi mozgósítás a lakosság körében (különös tekintettel a mediációra szorulókra) • részt vesz a közösségi programok szervezésében és lebonyolításában (ld. Babamam-klub, színter programok) 	
dietetikus	<ul style="list-style-type: none"> • az NKK koordinációja alatt ellátja a háziorsvi által hozzá irányított klienseket, a praxisokkal együttműködik 	<ul style="list-style-type: none"> • szakorvosi ellátást igénylő szövődményes esetekről riasztja a praxisápolót, vagy a háziorvost 	<ul style="list-style-type: none"> • az NKK koordinációja alatt, a háziorsvi validációjával, ellátja a védőnő által hozzá irányított klienseket 	<ul style="list-style-type: none"> • közösségi szakdolgozói prevenciók szolgáltatások nyújtása • közösségi szakdolgozói krónikus gondozási szolgáltatások nyújtása 	
gyógytornász	<ul style="list-style-type: none"> • az NKK koordinációja alatt ellátja a háziorsvi által hozzá irányított klienseket, a praxisokkal együttműködik 	<ul style="list-style-type: none"> • szakorvosi ellátást igénylő szövődményes esetekről riasztja a praxisápolót, vagy a háziorvost 	<ul style="list-style-type: none"> • az NKK koordinációja alatt, a háziorsvi validációjával, ellátja a védőnő által hozzá irányított klienseket 	<ul style="list-style-type: none"> • közösségi szakdolgozói prevenciók szolgáltatások nyújtása • közösségi szakdolgozói krónikus gondozási szolgáltatások nyújtása 	
egészség-pszichológus	<ul style="list-style-type: none"> • az NKK koordinációja alatt ellátja a háziorsvi által hozzá irányított klienseket, a praxisokkal együttműködik 	<ul style="list-style-type: none"> • szakorvosi ellátást igénylő szövődményes esetekről riasztja a praxisápolót, vagy a háziorvost 	<ul style="list-style-type: none"> • az NKK koordinációja alatt, a háziorsvi validációjával, ellátja a védőnő által hozzá irányított klienseket 	<ul style="list-style-type: none"> • közösségi szakdolgozói prevenciók szolgáltatások nyújtása • közösségi szakdolgozói krónikus gondozási szolgáltatások nyújtása 	
praxisközösségi egészségügyi adminisztráció	előjegyzési rendszer, betegirányítás üzemeltetése, kiértékelések/behívók kiküldése, beutalók PK szintű intézése, receptek kiadása, igazolások, rokkantság/ munkaképesség kérelmek előkészítése a PK orvosok számára, Kliens bejelentkezések kezelése				
praxisközösségi menedzsment adminisztráció	praxisközösségi üzemeltetés: beszerzések, szerződések, gazdálkodás, praxisközösségi eszközök nyilvántartása vétele, használatuk regisztrálása, eszközgazdálkodás				

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcichozaajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



F. MELLÉKLETEK

F.1. MELLÉKLET A B.2. FEJEZETHEZ - A PHASE-2 ALAPELLÁTÁSI FUNKCIÓI – HIERARCHIKUSAN – AZ ALÁBBIAK:

1. Praxis menedzsment
 - a. Praxis adatainak kezelése
 - i. Praxis adatok karbantartása
 - ii. Felhasználói adatok, jogosultságkezelés
 - iii. Rendszerbeállítások
 - b. Praxis riportolási tevékenysége
 - i. Kötelező jelentések
 - ii. Eseti jelentés
 - iii. Lekérdezések (Praxison belül)
2. Praxis pacienstörzs kezelése
 - a. Paciens keresés
 - b. Páciens bekerülése a praxisba
 - c. Páciens adatainak karbantartása
 - i. Személyes és törzsadatok kitöltése / aktualizálása
 - ii. Anamnézis adatok kitöltése / aktualizálása
 - iii. Páciens kikerülése a praxisból
3. Praxis szolgáltatások / Ellátás
 - a. Paciens bekerülése az ellátásba
 - i. Paciens azonosítása és felvétele alapellátáshoz
 - ii. Egészségügyi esemény azonosítása
 - iii. Szolgáltatás adminisztratív előkészítése
4. Betegellátási szolgáltatások
 - a. Betegellátás alapadatainak meghatározása
 - b. Paciens panaszainak felvétele
 - c. Vizsgálat - metrikus/műszeres
 - d. Vizsgálat - státuszfelvétel
 - e. Diagnózisok meghatározása

- f. Beutalás más egészségügyi szolgáltatóhoz
 - g. Leletek, laboreredmények kezelése
 - h. Gyógyszerfelírás
 - i. Táppénzes állományba vétel és kiírás
 - j. Szükséges beavatkozások elvégzése
 - k. Terápia meghatározása
 - l. Alkalmassági vizsgálatok elvégzése
 - m. Ápolás feladatok elvégzése
 - n. Ellátási dekurzus leírása
 - o. Orvosi bizonylat kiállítása
 - p. Védőoltások beadása
 - q. Életmódi tanácsadás
 - r. Betegségcsoportokra vonatkozó szűrések
- 5. Betegellátás folyamatai**
- a. Gyors-akut folyamat
 - b. Beutalás folyamat
 - c. Gondozási folyamat
 - d. Ismételt gyógyszerírási folyamat
 - e. Kötelező időszakos vizsgálat folyamat
 - f. Tanácsadási folyamat
 - g. Ambuláns ellátás folyamat
 - h. Táppénzre vételi folyamat
 - i. Jogosítvány alkalmassági folyamat
- 6. Ellátás lezárása**
- a. Ellátás lezárásához kötődő ellenőrzések
 - b. Ambuláns lap nyomtatása
 - c. Pénzbeli ellátás meghatározása

A Phase-2 alapellátással kapcsolatos funkcióinak részletesebb leírásának létrehozásával a Kiaknázatlan lehetőségek, amelyekre építeni lehet a további fejlesztési programok során c. fejezetben foglalkozunk.

A **Phase-2 praxisközösségi funkciói** a praxisközösségi eljárásrend és a jelentéstételi rendszer alapján kerültek kifejlesztésre az alábbi struktúrában:

1. Többlétszolgáltatások tervezése

- a. Éves tervek létrehozása
 - i. EÁF szűrési terv
 - ii. Egészségfejlesztési terv
- b. Események létrehozása
 - i. Egyéni foglalkozások létrehozása/módosítása
 - ii. Csoportos foglalkozások létrehozása/módosítása
 - iii. Színtérprogramok létrehozása
2. Többletszolgáltatások végrehajtása
 - a. Szűrések lebonyolítása
 - b. Toborzás végrehajtása
 - i. Mediátorfüzet adminisztrálása
 - c. Foglalkozások végrehajtása
 - i. Egyéni foglalkozások adminisztrálása
 - ii. Csoportos foglalkozások adminisztrálása
 - d. Színtérprogramok lebonyolítása
3. Praxisközösségek működtetése
 - a. Munkaterv létrehozása
 - i. Szabadságok kezelése
 - ii. Ünnepek kezelése
 - b. Eszközigénylés
 - c. Feladat kiosztás
 - d. Értekezletek
 - e. Jelentések
 - f. Monitoring
 - i. Többletszolgáltatások monitorozása
 - ii. Teljesítmény-monitoring és értékelések

A **Phase-2 VEK funkciói** azt a célt szolgálják, hogy a lakosság egyrészt tájékozódni tudjon a praxisközösségek által nyújtott többletszolgáltatásokról, másrészt kapcsolatba tudjon lépni azok végrehajtóival és foglalkozásokra tudjon jelentkezni. A funkcionalitását az alábbi bontásban szemléltetjük:

1. Tájékoztató anyagok
 - a. Alapellátás-fejlesztési modellprogramról
 - b. Praxisközösségekről
 - c. Többletszolgáltatásokról



2. Eseménynaptár

a. Praxisközösségenként

- i. Foglalkozások
- ii. Színtérprogramok
- iii. Szűrések

b. Jelentkezés eseményekre

3. Szolgáltatáskereső

- a. Többletszolgáltatást nyújtó munkatársak elérhetőségei
- b. Bejelentkezés ellátóhoz

4. Tudásbázis

- a. Tájékoztató anyagok betegségekről, szolgáltatásokról

5. Kérdőívek

- a. EÁF online kérdőívek
- b. Egészségtervek



F.2. MELLÉKLET A C.2. FEJEZETHEZ

Szakdolgozók által tartott közösségi egészségfejlesztő foglalkozások listája a praxisközösségi jelentések és a praxisközösségi eljárásrend alapján:

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu





NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KOORDINÁTOROK ÁLTAL TARTOTT KÖZÖSSÉGI FOGLALKOZÁSOK	NÉPEGÉSZSÉGÜGYI SZAKEMBEREK ÁLTAL (EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT FELMÉRÉSEKEN FELÜL) TARTOTT KÖZÖSSÉGI FOGLALKOZÁSOK	PRAXISKÖZÖSSÉGI NŐVÉR ÁLTAL (EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT FELMÉRÉSEKEN FELÜL) TARTOTT KÖZÖSSÉGI FOGLALKOZÁSOK	VÉDŐNŐ ÁLTAL TARTOTT KÖZÖSSÉGI FOGLALKOZÁSOK (az első kettő kivételével a védőnő rutin feladatival átfedő, de a Modellprogram következtében bővült foglalkozások is szerepelnek a felsorolásban)
Alkohol rövid intervenció	Elsősegély nyújtás / Balesetmegelőzés	Alkohol rövid intervenció	Közösségi egészségfejlesztési rendezvényen részvétel, egészségnevelés
Daganatos betegségek megelőzése, szűrővizsgálatok	Higiénia (kéz, száj, testi, intim, stb)	Dohányzás rövid intervenció	Baba-mama klub megtartása (tanácsadás)
Dohányzás csoportprogram	Rossz szájhigiénia	Közösségi egészségfejlesztési egyéb rendezvény/foglalkozás	18 éven aluliak egészségi állapot felmérése (korai fejlesztés szűrővizsgálattal és rizikófelméréssel bővült)
Dohányzás rövid intervenció	Szűrővizsgálat fontossága / Prevenció lehetőségei	Szűrővizsgálat fontossága / Prevenció lehetőségei	Életmód tanácsadás várandósoknak, szülőknél, gyerekeknek (praxisközösségi szolgáltatásokkal bővült feladatkör)
Elsősegély nyújtás / Balesetmegelőzés	Közösségi egészségfejlesztési rendezvény	Toborzás	Várandósok, újszülöttek, gyermekek rizikó felmérése (krónikus betegségek rizikómérése)
Kampányszerű szűrővizsgálat	Kampányszerű szűrővizsgálat	Elsősegély nyújtás / Balesetmegelőzés	Kiszűrt gyermekek továbbküldése praxisközösségi szakemberhez
Közösségi egészségfejlesztési rendezvény	Daganatos betegségek megelőzése, szűrővizsgálatok	Halmozottan terhelt daganatos családi anamnézis miatti tanácsadás	Iskolaorvosi rendelőben végzett fogadóóra (kibővült a praxisközösségi szolgáltatási háttérrel)
Rossz szájhigiénia	Alkohol rövid intervenció	Kampányszerű szűrővizsgálat	
Szűrővizsgálat fontossága / Prevenció lehetőségei	Dohányzás rövid intervenció	Higiénia (kéz, száj, testi, intim, stb)	
Táplálkozás			
Túlsúly			
Drog-prevenció			
Lelki egészség programok			
Iskolai egészségnevelési foglalkozások			
Óvodai egészségnevelési foglalkozások			
Tematikus szülő-gyermek klubok			

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu





PRAXISKÖZÖSSÉGI DIETETIKA FOGLALKOZÁSOK	PRAXISKÖZÖSSÉGI GYÓGYTORNÁ FOGLALKOZÁSOK	PRAXISKÖZÖSSÉGI PSZICHOLÓGIA FOGLALKOZÁSOK
Diabetes	Gyermek lábtorna	Iskolai konfliktuskezelés
Egészséges életmód	Gyermek tartásjavító torna	Közösségi egészségfejlesztési egyéb foglalkozás/rendezvény
Fogyókúra, testsúly-csökkentés	Felnőtt gerinctorna	Pszichológiai konzultáció
Gyermekkori elhízás	Felnőtt nyak-váll torna,	Stresszkezelő, Probléma megoldó csoport
Gyomor, bélrendszeri problémák	Felnőtt ülő torna	Testsúly-csökkentő csoport
Gyulladásos bélbetegségek	Közösségi egészségfejlesztési rendezvény	Élet az éveknek
Kardioprotektív diéta / Koleszterincsökkentés	Mozgáskészség fejlesztés	Baba-mama klub
Kismama diéta	Osteoporosis és reumás ízületi gyulladás	Szülői fórum
Köszvény kezelése	Rehabilitációs gyógytorna	Képesség- és készségfejlesztés gyerekeknek
Közösségi egészségfejlesztési egyéb program/rendezvény	Tartásjavítás, lábdeformitás és fizikai állapotfejlesztés	Előadások tartása általános iskolásoknak
Laktóz/tejcukorérzékenység	Adminisztráció	Adminisztráció
Metabolikus szindróma	Általános gyógytorna	Iskolai konfliktuskezelés
Öröklött anyagcsere betegségek	Gátizom torna	Relaxációs csoport
Rossz tápláltság, soványság, hiánybetegség	Felnőtt kardio-torna,	Alkohol rövid intervenció
Speciális, egyéni étrend	Felnőtt kéztorna,	Dohányzás csoportprogram
Szív-érrendszeri (hypert, lipid)	Kismamatorna	Dohányzás rövid intervenció
Túlsúly	Légtorná	
Vesebeteg	Testsúly csökkentés	
	Értorna, érzékszervek megelőző torna	
	Vénás torna	
	Vízitorna	

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu

F.3. MELLÉKLET A C.4. FEJEZETHEZ - GYÓGYTORNÁSZ

BETEGDOKUMENTÁCIÓS LAPOK A PROGRAM KERETÉBEN VÉGZETT

F.3. F.3. FOGLALKOZÁSOK EREDMÉNYESSÉGÉNEK RÖGZÍTÉSE

CÉLJÁBÓL

F.3.1. EGYÉNI GYÓGYTORNÁHOZ

F.3.1.1. I. Személyi azonosító adatok

Név (születéskori név):.....

Taj száma:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lakcím:.....

Születési hely, idő:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Foglalkozás:

.....

Részt vett-e egészségi állapot felmérésen?

Igen

Nem

Beutató orvos

neve:.....

F.3.1.2. II. Orvosi anamnézis, diagnózis

Korábbi

betegségei/műtétei:.....



483

Jelenlegi diagnózis:

.....

.....

.....

Betegállományban van-e jelen panaszai miatt? Igen Nem

Ha igen,
mióta:.....

F.3.1.3. III. A gyógytornász kezelési tervéhez szükséges vizsgálatok

1. Anamnézis

.....

.....

.....

.....

2. Inspekció/palpáció

.....

.....

.....

.....

F.3.2. FIZIOTERÁPIÁS VIZSGÁLATI LAP A PROGRAM ELEJÉN

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



F.3.2.1. IV. Funkcionális vizsgálat

1 Ízületi mozgásvizsgálat:.....

.....

.....

2. Izomerő vizsgálat:.....

.....

.....

3. Funkcionális korlátozottság:.....

.....

.....

4. Légzés/keringés vizsgálat:.....

.....

.....

5. Fájdalom (helye, jellege, ideje):

.....

.....

6. Fájdalom mértéke (VAS skála):.....1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Szubjektív panaszok:.....

F.3.3. FIZIOTERÁPIÁS VIZSGÁLATI LAP A PROGRAM VÉGÉN

F.3.3.1. V. Együttműködési készség/ Szubjektív tapasztalatok

- | | | |
|--|------|-----|
| 1. Végigcsinálta-e a beteg a számára előírt fizioterápiás programot? | Igen | Nem |
| 2. Eljárt-e rendszeresen a foglalkozásokra? | Igen | Nem |
| 3. Végezte-e a beteg az otthoni feladatokat? | Igen | Nem |

Szöveges megjegyzés:

.....

.....

F.3.3.2. VI. Funkcionális vizsgálat

1. Ízületi mozgásvizsgálat

.....

.....

(1)javulás:.....(2)nem változott.....(3)romlás:.....

2. Izomerő
vizsgálat.....

.....

.....

(1)javulás:.....(2)nem változott.....(3)romlás:.....

3. Funkcionális
korlátozottság.....

.....

.....

(1)javulás:.....(2)nem változott.....(3)romlás:.....

4. Légzés/keringés vizsgálat.....

.....

.....

(1)javulás:.....(2)nem változott.....(3)romlás:.....

5. Fájdalom (helye, jellege, ideje):

.....

.....

6. Fájdalomértéke (VAS skála):.....1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(1)javulás:.....(2)nem változott.....(3)romlás:.....

7. Szubjektív panaszok.....

.....

Dátum:

.....

gyógytornász



487

F.3.3.3. VII. Foglalkozások

Név (születéskori név):.....

TAJ szám:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Foglalkozás dátuma	Beteg aláírása	Megjegyzés
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

Dátum:

.....

gyógytornász



F.3.4. CSOPORTOS GYÓGYTORNÁHOZ

F.3.4.1. Azonosító adatok

Intézmény:.....

Csoport:.....

Program:.....

Intézményi felelős (név, beosztás)

.....

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI
MODELLPROGRAM

SZÉCHENYI

PROGRAMIRODA

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Svájci
Hozzájárulás



F.3.4.2. Foglalkozások

	Dátum	Létszám	Program	Felelős aláírása
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

Dátum:.....

.....

intézmény vezetője

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



F.3.4.3. Szubjektív tapasztalatok

.....

.....

.....

.....

Dátum:

.....

gyógytornász





F.3.5. DOKUMENTÁCIÓS LAPOK

F.3.5.1. Egyszeri csoportos gyógytorna szolgáltatás dokumentációs lap

Egyéni gyógytornász szolgáltatás összesítő												
Praxisközösség												
Gyógytornász neve												
Időszak	tól	ig										
Háziorvos												
Település	Dátum	Név	TAJ szám	Állapot	Diagnózis	Első alkalom	Kontroll	Változás	★ Labor változás	Élkezési szokás változás	Megjegyzés	
Település	Dátum	Név	TAJ szám	Állapot	Diagnózis	Első alkalom	Kontroll	Változás	★ Labor változás	Élkezési szokás	Megjegyzés	
Háziorvos												
Település	Dátum	Név	TAJ szám	Állapot	Diagnózis	Első alkalom	Kontroll	Változás	★ Labor változás	Élkezési szokás változás	Megjegyzés	
Település	Dátum	Név	TAJ szám	Állapot	Diagnózis	Első alkalom	Kontroll	Változás	★ Labor változás	Élkezési szokás	Megjegyzés	
Megjegyzés:	★ Indokolt esetben szükséges a laboradatok megjelenítésével.											
Dátum:												
Gyógytornász	Aláírás											

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

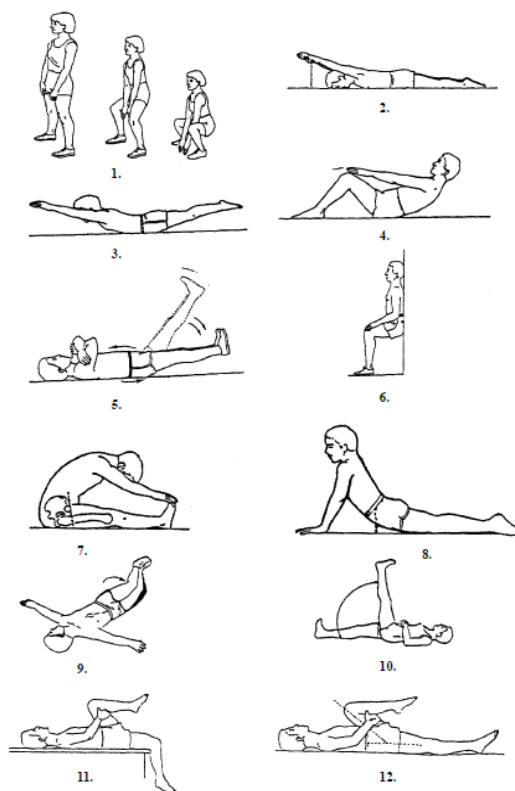
www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



F.3.6. MAGYAR GERINCGYÓGYÁSZATI TÁRSASÁG TARTÁSKORREKCIÓS

ÁLLAPOTFELMÉRÉSE

1. Állás-guggolás viszonyának vizsgálata az erő és a rugalmasság szempontjából
2. A váll- vállöv erő és nyújthatósági vizsgálata
3. A hát és a csípő feszítő izmainak erővizsgálata
4. A has izmainak felülről indított erővizsgálata
5. A has izmainak alulról indított erővizsgálata
6. A comb elülső izmainak erővizsgálata
7. Az ágyéki gerinc előrehajlításának vizsgálata
8. Az ágyéki gerinc hátrahajlításának vizsgálata
9. Az alsóháti és ágyéki gerinc csavarodásának vizsgálata
10. A comb és a lábszár hátsó izmai nyújthatóságának vizsgálata
11. A csípőt hajlító izmok nyújthatóságának vizsgálata
12. A csípőízület nyújtási képességének vizsgálata



Útmutató a kivitelezéshez: Az izomerőt

ellenőrző gyakorlatokat 3-szor kell elvégeztetni, és mindvégig figyelni kell arra, hogy minden ismétléskor egyformán végezze a gyakorlatot a tanuló. A gyakorlatokat ismétlésenként 3 másodpercig kell kitartani. Kivétel az 1. számú és a 6. számú ellenőrző gyakorlat. Az 1. számú gyakorlatot háromszor, ismétlésenként 10 másodpercig (5-5), a 6. számú gyakorlatot pedig egyszer, 30 másodpercig kitartva kell végeztetni. Az izom nyújthatóságát ellenőrző gyakorlatokat egyszer kell elvégeztetni, az alsó végtag gyakorlatait oldalanként külön- külön. Fontos, hogy ezeket a gyakorlatokat a tanulók lassan, nyugodtan, ellazított izmokkal végezzék, egy gyakorlatot 6 másodpercen keresztül. A tesztlap kitöltése: Ha a gyakorlat pontos elvégzésére képes a tanuló, az egyes pontot, ha nem, a kettes pontot jelölik.



F.3.7. 3. OSWESTRY DISABILITY INDEX 2.1A – MAGYAR VERZIÓ

Ez a kérdőív arra szolgál, hogy információt adjon nekünk arról, hogy az Ön hát (vagy láb) panaszra mennyire befolyásolja a mindennapi életét. Kérjük, minden fejezetre válaszoljon! Minden fejezetnél csak egy választ jelöljön, azt amelyik ma a leginkább jellemző Önre.

1. fejezet - A fájdalom erőssége

- Jelen pillanatban nincs fájdalom.
- A fájdalom jelenleg nagyon enyhe.
- A fájdalom jelenleg mérsékelt.
- A fájdalom jelenleg elég erős.
- A fájdalom jelenleg nagyon erős.
- A fájdalom jelenleg az elképzelhető legrosszabb.

2. fejezet – Gondoskodás magamról (mosakodás, öltözködés, stb)

- Külön fájdalom nélkül tudok magamról gondoskodni.
- Rendesen tudok magamról gondoskodni, de ez nagy fájdalommal jár.
- A magamról való gondoskodás fájdalommal jár, ezért lassú és óvatos vagyok.
- Némi segítségre szorulok, de nagyrészt meg tudom oldani a magamról való gondoskodást.
- A magamról való gondoskodás nagy részében minden nap segítségre szorulok.
- Nem szoktam felöltözni, nehezen megy a mosakodás és ágyban maradok.

3. fejezet - Emelés

- Külön fájdalom nélkül tudok nehezet emelni.
- Tudok nehezet emelni, de ez külön fájdalommal jár.
- A fájdalom megakadályoz abban, hogy nehéz dolgokat emeljek a földről, de meg tudom oldani, ha azok kényelmesen vannak elhelyezve, pl. egy asztalon.
- A fájdalom megakadályoz abban, hogy nehéz dolgokat emeljek a földről, de meg tudom oldani, ha azok közepesen nehezek vagy könnyűek és kényelmesen vannak elhelyezve.
- Csak nagyon könnyű tárgyakat tudok felemelni.
- Sem emelni, sem vinni egyáltalán nem tudok semmit.

4. fejezet - Gyaloglás

- A fájdalom nem akadályoz meg abban, hogy bármekkora távolságot gyalogoljak.
- A fájdalom megakadályoz abban, hogy másfél kilométernél többet gyalogoljak.
- A fájdalom megakadályoz abban, hogy 400 méternél többet gyalogoljak.
- A fájdalom megakadályoz abban, hogy 100 méternél többet gyalogoljak.
- Csak mankóval vagy bottal tudok járni.
- Leginkább ágyban vagyok és a večére is csak úgy mászok ki.

5. fejezet - Ülés

- Bármilyen széken tudok ülni, ameddig csak akarok.
- Kedvenc széken addig tudok ülni, ameddig csak akarok.



- A fájdalom megakadályoz abban, hogy 1 óránál tovább üljek.
- A fájdalom megakadályoz abban, hogy félóránál tovább üljek.
- A fájdalom megakadályoz abban, hogy 10 percnél tovább üljek.
- A fájdalom megakadályoz abban, hogy bármennyit is üljek.

6. fejezet - Állás

- Külön fájdalom nélkül addig tudok állni, ameddig csak akarok.
- Addig tudok állni, ameddig csak akarok, de ez külön fájdalommal jár.
- A fájdalom megakadályoz abban, hogy 1 óránál tovább álljak.
- A fájdalom megakadályoz abban, hogy félóránál tovább álljak.
- A fájdalom megakadályoz abban, hogy 10 percnél tovább álljak.
- A fájdalom megakadályoz abban, hogy bármennyit is álljak.

7. fejezet - Alvás

- Fájdalom soha nem zavar az alvásban.
- Fájdalom néha zavar az alvásban.
- A fájdalom miatt 6 óránál kevesebbet alszom.
- A fájdalom miatt 4 óránál kevesebbet alszom.
- A fájdalom miatt 2 óránál kevesebbet alszom.
- A fájdalom megakadályoz abban, hogy bármennyit is aludjak.

8. fejezet – Nemi élet (amennyiben Önt érinti ez a kérdés)

- Nemi életem normális és nem okoz külön fájdalmat.
- Nemi életem normális, de némi fájdalommal jár.
- Nemi életem majdnem normális, de nagy fájdalommal jár.
- Nemi életemet a fájdalom erősen korlátozza.
- A nemi életem majdnem hiányzik a fájdalom miatt.
- A nemi életet a fájdalom lehetetlenné teszi számomra.

9. fejezet - Társasági élet

- A társasági életem normális és nem okoz külön fájdalmat.
- A társasági életem normális, de fokozza a fájdalmaimat.
- A fájdalomnak nincs jelentős hatása a társasági életemre, kivéve a több energiát igénylő tevékenységeket, pl. sport, stb.
- A fájdalom korlátoz a társasági életben, ezért ritkábban járok el hazulról.
- A fájdalom társasági életemet az otthonomra korlátozza.
- A fájdalom miatt nincs társasági életem.

10. fejezet - Utazás

- Bárhova el tudok utazni fájdalom nélkül.
- Bárhova el tudok utazni, de ez külön fájdalommal jár.
- A fájdalom rossz, de meg tudom oldani a két óránál hosszabb utazásokat.
- A fájdalom utazásaimat kevesebb, mint egy órára korlátozza.
- A fájdalom az elengedhetetlen utazásaimat 30 percnél rövidebbre korlátozza.
- A fájdalom akadályoz az utazásban kivéve a kezelésekre való eljutást.



F.3.8. TUG (TIMED UP AND GO) JÁRÁSTESZT

A teszt a beteg mobilitását méri föl. Ezen belül a betegnek több olyan feladatot kell végrehajtania, amiknek az önálló végzése fontos a mobilitáshoz: ülésből felállás, elindulás, járás, fordulás, megállás, leülés.

A teszt végzéséhez szükséges:

- Stopperóra
- Karfával rendelkező karosszék
- A széktől 3 m-re a fordulópont jelölése
- A beteg által használt segédeszköz kéznél legyen

A teszt kivitele:

- A beteg a karosszékbe helyet foglal, segédeszköze kéznél legyen, járáshoz használt biztonságos lábbeliben legyen
- Kezei a karfán nyugalomban legyenek
- Betegnek el kell mondani, hogy
 - Az indulás szóra álljon fel, induljon el a 3 m-re levő jel után forduljon meg, jöjjön vissza székhez és üljön le, segédeszközt tegye le, kezeit tegye a karfára
 - Az időmérés az indulás szóra indul, és akkor fejeződik be, amikor kezei újra a karfán vannak.
 - Közlekedjen a lehetőleg minél gyorsabban, de biztonságosan.



F.3.9. ROLAND-MORRIS DISABILITY KÉRDŐÍV

Amikor fáj a háta, nehézséget okozhat néhány dolog, amit általában el szokott végezni. Az alábbiakban olyan mondatokat talál, amelyekkel mások jellemezték önmagukat, amikor fáj a hátuk. A mondatok elolvasásakor találhat olyat, ami pontosan az Ön *mai* állapotát írja le. Az állítások olvasásakor a saját, *mai* állapotára gondoljon. Ha olyan mondatot olvas, amely a *mai* állapotát írja le, jelölje meg (☒) a mellette lévő négyzetet, egyéb esetben, hagyja üresen és folytassa a következővel. Kérjük, ügyeljen arra, hogy csak akkor jelölje meg a négyzetet, ha biztos benne, hogy az állítás az Ön *mai* állapotát írja le.

1. A nap nagy részét otthon töltöm a hátam miatt.
2. Gyakran változtatok testhelyzetet, hogy megpróbáljam a hátamat kényelembe helyezni.
3. A hátam miatt a szokásosnál lassabban járok.
4. A hátam miatt semmilyen házimunkát nem végzek, amit egyébként szoktam.
5. A hátam miatt használom a korlátot, amikor felmegyek a lépcsőn.
6. A hátam miatt gyakrabban fekszem le pihenni.
7. A hátam miatt fogózkodnom kell, hogy fel tudjak állni a fotelból.
8. A hátam miatt próbálok másokat megkérni, hogy végezzenek el helyettem dolgokat.
9. A szokásosnál lassabban öltözöm fel a hátam miatt.
10. Csak rövid ideig tudok állni a hátam miatt.
11. A hátam miatt kerülöm a hajlogtatást vagy térdelést.
12. A székből való felállást nehéznek találom a hátam miatt.
13. Majdnem mindig fáj a hátam.
14. Az ágyban való megfordulást nehéznek találom a hátam miatt.
15. A hátfájdalmam miatt nincs túl jó étvágyam.
16. Nehezen veszem fel a zoknim (harisnyám) a hátfájdalmam miatt.
17. Csak rövid távolságokat gyalogok a hátam miatt.
18. A hátam miatt rosszabbul alszom.
19. A hátfájdalmam miatt segítséggel öltözködöm.
20. A hátam miatt a nap nagy részét ülve töltöm.
21. Kerülöm a nehéz otthoni munkákat a hátam miatt.
22. A hátfájdalmam miatt a szokásosnál ingerültebb és morogva vagyok az emberekkel.
23. A hátam miatt a szokásosnál lassabban megyek a lépcsőn felfelé.
24. A nap nagy részét az ágyban töltöm a hátam miatt.

F.3.10. WHO FRACTURE RISK ASSESSMENT TOOL

Calculation Tool

Please answer the questions below to calculate the ten year probability of fracture with BMD.

Country: **Hungary** Name/ID: [About the risk factors](#)



Questionnaire:

1. Age (between 40 and 90 years) or Date of Birth
 Age: Date of Birth: Y: M: D:

2. Sex Male Female

3. Weight (kg)

4. Height (cm)

5. Previous Fracture No Yes

6. Parent Fractured Hip No Yes

7. Current Smoking No Yes

8. Glucocorticoids No Yes

9. Rheumatoid arthritis No Yes

10. Secondary osteoporosis No Yes

11. Alcohol 3 or more units/day No Yes

12. Femoral neck BMD (g/cm²)
 Select BMD

Weight Conversion

Pounds kg

Height Conversion

Inches cm

00197587
 Individuals with fracture risk assessed since 1st June 2011

F.3.11. THE KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE

Hogyan jellemezné a jelenlegi egészségi állapotát? Kérem jelöljön be egy választ!

Kiváló	Jó	Közepes	Rossz	Nagyon rossz	Kiváló

Mennyire zavarja az életét a hólyag problémája? Kérem jelöljön be egy választ!

Kiváló	Jó	Közepes	Rossz	Nagyon rossz	Kiváló

Itt talál felsorolva néhány napi teendőt, amit érinthet a hólyag problémája. Mennyire befolyásolja egyes tevékenységekben ezen probléma? Kérem minden kérdést válaszoljon meg. Jelölje be a legjellemzőbb választ!

3.MINDENNAPI TEENDŐK	Egyáltalán nem 1	Kissé 2	Közepesen 3	Nagyon 4
A. Befolyásolja a házimunkában a hólyag problémája? (takarítás, vásárlás stb.)				
B. Befolyásolja a hólyag problémája a munkáját, vagy a lakáson kívüli napi teendőit?				



499

4.FIZIKAI/TÁRSASÁGI KORLÁTOK	Egyáltalán nem 1	Kissé 2	Közepesen 3	Nagyon 4
A Befolyásolja a hólyag problémája a fizikai aktivitásban (pl. séta, futás, sport, edzőterem stb.)?				
B. Befolyásolja a hólyag problémája a közlekedésben?				
C. Korlátozza a hólyag problémája a társasági életben?				
D. Korlátozza a hólyag problémája abban, hogy találkozzon a barátaival, vagy meglátogassa őket?				

5.SZEMÉLYES KAPCSOLATOK	Egyáltalán nem 1	Kissé 2	Közepesen 3	Nagyon 4
A. Befolyásolja a hólyag problémája a partnerével való kapcsolatát?				
B. Befolyásolja a hólyag problémája a szexuális életét?				
C. Befolyásolja a hólyag problémája a családi életét?				

6.ÉRZELMEK	Egyáltalán nem 1	Kissé 2	Közepesen 3	Nagyon 4
A. Lehangoznak érzi magát a hólyag problémája miatt?				
B. Ideg esnek vagy feszültnak érzi magát a hólyag problémája miatt?				
C. Rosszul érzi magát a hólyag problémája miatt?				

HAJDÚ-BIHAR:

- Berettyóújfalu
- Hencida • Komádi
- Magyarhomorog
- Mezőpeterd

BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:

- Borsodnádasd
- Arló
- Járdánháza
- Borsodszentgyörgy

HEVES:

- Heves
- Átány
- Kömlő
- Tiszánána

JÁSZ-NAGYKUN - SZOLNOK:

- Jászapáti
- Jászkisér
- Jászivány

MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!



500

7.ALVÁS/ENERGIA	Soha 1	Néha 2	Gyakran 3	Állandóan 4
A. Okoz gondot a hólyag problémája az alvásban?				
B. Fáradtnak vagy kimerültnek érzi magát a hólyagproblémája miatt?				

8.Jellemző valamelyik állítás Önre? Ha igen, milyen gyakran	Soha 1	Néha 2	Gyakran 3	Állandóan 4
A. asznál betétet, hogy szárazon tartsa a fehérneműjét?				
B. igyáz arra, hogy mennyi folyadékot fogyaszt?				
C. lőfordul, hogy le kell cserélnie a fehérneműjét a vizelettartási problémája miatt?				
D. Aggódik azon, hogy mások megérezhetik a hólyag problémájával járó kellemetlen szagokat?				

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



Szeretnénk tudni, hogy milyen jellegű a hólyagproblémája, és ez mennyiben befolyása az életét? Az alábbi listából kérem, csak azt jelölje be, amelyik probléma éppen jellemző Önre. Kérem, hagyja ki azt a kérdést, ami nem érinti jelenlegi problémáját.

Mennyire érintik az alábbiak Önt?

GYAKORISÁG: milyen sűrűn kell vizeletét üríteni

1. Keveset	2. Közepesen sűrűn	3. Sokat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOCTURIA: milyen gyakran kell éjszaka felkelnie vizeletét üríteni

1. Kevésszer	2. Közepesen sűrűn	3. Sokszor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

URGENCY: jellemző-e Önre sürgős vizelési kényszer, melyet nehéz kontrollálni

1. Kevésbé	2. Közepesen	3. Nagyon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

URGE INCONTINENCE: jellemző-e Önre sürgős vizelési ingerrel járó vizeletcseppenés

1. Kevésbé	2. Közepesen	3. Nagyon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STRESS INCONTINENCE: jellemző-e Önre fizikai aktivitáshoz kötött vizeletcseppenés (pl.: köhögésre, tüsszentésre, emelésre, lépcsőn járáskor stb.)

1. Kevésbé	2. Közepesen	3. Nagyon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOCTURNAL ENURESIS: jellemző-e Önre az éjszakai bevizelés

1. Kevésbé	2. Közepesen	3. Nagyon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERCOURSE INCONTINENCE: jellemző-e Önre vizeletcseppenés szexuális együttlét során

1. Kevésbé	2. Közepesen	3. Nagyon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HAJDÚ-BIHAR:

- 1
- Berettyóújfalu
 - Hencida • Komádi
 - Magyarhomorog
 - Mezőpeterd

BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:

- 2
- Borsodnádasd
 - Arló
 - Járdánháza
 - Borsodszentgyörgy

HEVES:

- 3
- Heves
 - Átány
 - Kömlő
 - Tiszánána

JÁSZ-NAGYKUN - SZOLNOK:

- 4
- Jászapáti
 - Jászkisér
 - Jászivány

MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!



502

HÚGYÚTI FERTŐZÉSEK

1. Ritkán	2. Közepesen	3. Gyakran

HÚGYHÓLYAG FÁJDALMA

1. Kevésbé	2. Közepesen	3. Nagyon

Köszönjük az együttműködést!

A projekt a **Svájci-Magyar Együttműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



**ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI
MODELLPROGRAM**

SZÉCHENYI

PROGRAMIRODA

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Svájci
Hozzájárulás**



F.3.11.1. Pontszámítás 1. rész

Általános egészségi állapot

Kiváló 1

Jó 2

Közepes 3

Rossz 4

Nagyon rossz 5

Érték=(1. kérdés értéke-1)/4)x100

Incontinencia befolyás

Egyáltalán nem 1

Kissé 2

Közepesen 3

Nagyon 4

Érték=((2. kérdés értéke-1)/3)x100

A projekt a **Svájci-Magyar Együtműködési Program** társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the **Swiss Contribution**.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



F.3.11.2. Pontszámítás 2. rész

A különböző részek egyes értékei

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1) Mindennapi teendők | $\text{Érték} = (((3A+3B \text{ kérdés értékei}) - 2) / 6) \times 100$ |
| 2) Fizikai korlátok | $\text{Érték} = (((4A+4B \text{ kérdés értékei}) - 2) / 6) \times 100$ |
| 3) Társasági korlátok | $[Ha5C > / = 1] \text{ Érték} = (((4C+4D+5C \text{ kérdés értékei}) - 3) / 9) \times 100$
$[Ha5C = 0] \text{ Érték} = (((4C+4D \text{ kérdés értékei}) - 2) / 6) \times 100$ |
| 4) Személyes kapcsolatok | $[Ha5A+5B > = 2] \text{ Érték} = (((5A+5B \text{ kérdés értékei}) - 2) / 6) \times 100$
$[Ha5A+5B = 1] \text{ Érték} = (((5A+5B \text{ kérdés értékei}) - 1) / 3) \times 100$
$[Ha5A+5B = 0] \text{ Kezelje úgy, mint hiányzó adat}$ |
| 5) Érzelmek | $\text{Érték} = (((6A+6B+6C \text{ kérdés értékei}) - 3) / 9) \times 100$ |
| 6) Alvás/Energia | $\text{Érték} = (((7A+7B \text{ kérdés értékei}) - 2) / 6) \times 100$ |
| 7) Súlyosság fokára irányuló kérdések | $\text{Érték} = (((8A+8B+8C+8D \text{ kérdés értékei}) - 4) / 12) \times 100$ |

F.3.11.3. Pontszámítás 3. rész

Mérték Érték

Kihagyott kérdés 0

Kevésbé 1

Közepesen 2

Nagyon 3



F.3.12. FIM INDEX

Önellátás	felvétel, távozás, kontroll			
A. Étkezés		_____	_____	_____
B. Tisztálkodás		_____	_____	_____
C. Fürdés		_____	_____	_____
D. Öltözködés (felső testfél)		_____	_____	_____
E. Öltözködés (alsó testfél)		_____	_____	_____
F. Toalett-higiéné		_____	_____	_____
Sphincter kontroll				
G. Vizelettartás		_____	_____	_____
H. Széklettartás		_____	_____	_____
Mobilitás (transzferek)				
I. Átülés (ágy-szék-kerekesszék)		_____	_____	_____
J. WC transzfer		_____	_____	_____
K. Fürdőszoba transzfer		_____	_____	_____
Járás				
L. Járás vagy kerekesszék használat		_____	_____	_____
M. Lépcsőjárás		_____	_____	_____
Kommunikáció				
N. Megértés		_____	_____	_____
O. Önkifejezés		_____	_____	_____
Szociális képességek				
P. Szociális együttműködés		_____	_____	_____
Q. Probléma megoldás		_____	_____	_____
R. Emlékezés		_____	_____	_____
Összpontszám		_____	_____	_____

Értékelhető még:
 A-M tételek: „motoros képességek”
 N-R tételek: „kognitív képességek”

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
 The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

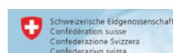
www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



**ALAPELLÁTÁS-FEJLESZTÉSI
 MODELLPROGRAM**

SZÉCHENYI

PROGRAMIRODA



Schweizerische Eidgenossenschaft
 Confédération suisse
 Confederazione Svizzera
 Confederaziun svizra

**Svájci
 Hozzájárulás**



F.3.12.1. FIM tevékenységi szintek és pontozásuk

Önálló/független/: - tevékenységéhez más személy nem szükséges

7. Teljes függetlenség: minden tevékenységét a többi emberhez hasonlóan végzi (segédeszköz és irányítás nélkül, elfogadható időn belül).

6. Részleges függetlenség: tevékenységéhez bizonyos segítséget igényel (segédeszközt, biztonsági intézkedéseket vagy az átlagosnál több időt).

Függőség: - adott tevékenység elvégzéséhez más személy felügyelete, fizikális segítsége szükséges, vagy nem képes a tevékenységre.

Részleges függőség: - az adott tevékenység felét vagy annál többet elvégez (50%+). A szükséges segítség szintjei:

5. Felügyelet: nem kíván egyéb segítséget, csak odafigyelést, tanácsokat, irányítást, fizikális kontaktus nélkül. A segítő megadja a szükséges információkat vagy feladja az ortézist.

4. Kis fizikális segítség: fizikális kontaktus szükséges, de nem több mint érintés, a tevékenység 75%-ánál többet tesz meg.

3. Mérsékelt segítség: több mint érintés a szükséges segítség, a tevékenység 74-50%-át tudja elvégezni.

Teljes függőség: 50%-nál kevesebbet képes elvégezni, sok vagy teljes segítség szükséges a tevékenység elvégzéséhez.

2. Nagyfokú segítség: a tevékenység 25-49%-át képes elvégezni.

1. Teljes segítség: a tevékenység kevesebb, mint 25%-át képes elvégezni.



F.4. MELLÉKLET A C.5. FEJEZETHEZ

A T42. és T43 táblázatban hivatkozott szakirodalom jegyzéke:

Battista MC, Labonte M, Menard J, Jean-Dennis F, Houde G, Ardilouze J, et al. Dietitian-coached management in combination with annual endocrinologist follow up improves global metabolic and cardiovascular health in diabetic participants after 24 months. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2012;37(4):610–20.

Collins CE, Warren J, Neve M, McCoy P, Stokes BJ. Measuring effectiveness of dietetic interventions in child obesity: a systematic review of randomized trials. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:906–22.

Delahanty LM, Sonnenberg LM, Hayden D, Nathan DM. Clinical and cost outcomes of medical nutrition therapy for hypercholesterolemia: a controlled trial. *J Am Diet Assoc.* 2001;101(9):1012–23

Gamblen W, Schamehorn S, Crustolo AM, Hussey T, Kates N, Ackerman S. The registered dietitian in primary care: the Hamilton experience. *Can J Diet Pract Res.* 2007;68(2):81–5.

Harding S. Dietitians in primary care promote weight loss and glycated haemoglobin reductions. *J Hum Nutr Diet.* 2011;24:375–407.

Huang MC, Hsu CC, Wang HS, Shin SJ. Prospective randomized controlled trial to evaluate effectiveness of registered dietitian-led diabetes management on glycemic and diet control in a primary care setting in Taiwan. *Diabetes Care.* 2010;33(2):233

Lammers M, Kok L. Cost-benefit analysis of dietary treatment. Commissioned by the Dutch Association of Dietitians; 2012. Version 22. SEO Report No. 2012-76A. ISBN 978-90-6733- 668-0.

Pavlovich WD, Waters H, Weller W, Bass EB. Systematic review of literature on the cost-effectiveness of nutrition services. *J Am Diet Assoc.* 2004;104:226–32.



508

Robbins JM, Thatcher GE, Webb DA, Valdmanis VG. Nutritionist visits, diabetes classes, hospitalization rates and charges: the Urban Diabetes Study. *Diabetes Care*. 2008;31(4):655–60.

Walker KZ, O’Dea K, Gomez M, Girgis S, Colagiuri R. Diet and exercise in the prevention of diabetes. *J Hum Nutr Diet*. 2010;23:344–52.

Welty FK, Nasca MM, Lew NS, Gregoire S, Ruan Y. Effect of onsite dietitian counseling on weight loss and lipid levels in an outpatient physician office. *Am J Cardiol*. 2007;100:73–5.

Willaing I, Ladelund S, Jørgensen T, Simonsen T, Nielsen LM. Nutritional counselling in primary health care: a randomized comparison of an intervention by general practitioner or dietician. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2004;11:513–20.

Wolf AM, Conaway MR, Crowther JQ, Hazen KY, Nadler J, Oneida B, et al. Translating lifestyle intervention to practice in obese patients with Type 2 diabetes: improving control with activity and nutrition. (ICAN Study). *Diabetes Care*. 2004;27:1570–6

A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu



F.5. MELLÉKLET A D.5. FEJEZETHEZ SZAKMACSOPORT-DEFINÍCIÓK

Dietetikus tevékenységéhez kapcsolódóan:

0103	endokrinológia, anyagcsere és diabetológia
0123	diabetológia - *sze*

Gyógytornász tevékenységéhez kapcsolódóan:

5700	általános fizioterápia-gyógytorna
5711	gyógytorna
5722	fizioterápia (asszisztensi tevékenységként)
5712	gyógymasszázs
5703	hydroterápia
5704	elektroterápia
5708	magneto-, fototerápia
1400	reumatológia és fizioterápia
1401	reumatológia
1402	fizioterápia (orvosi szakképesítéssel)
1404	menopauza és oszteoporózis rendelés - *sze*

Gyógytornász tevékenységéhez kapcsolódóan külön vizsgált neurológiai szakmakódok:

0900	általános neurológia
0903	neurológiai rehabilitáció
0511	gyermekneurológia
0521	fejlődésneurológia
Q09	Neurológia

Gyógytornász tevékenységéhez kapcsolódóan külön vizsgált ortopédiai szakmakód:

1000	ortopédia
------	-----------

Egészségpszichológus tevékenységéhez kapcsolódóan:

1800	pszichiátria
1801	addiktológia
1804	pszichiátriai rehabilitáció
1805	pszichoterápia (szakorvosi képesítéssel)
1806	addiktológiai gondozás
1811	alkohológia
1821	drogbetegellátás
180C	krónikus pszichiátria (geronto pszichiátriai polymorbid)
2300	gyermek- és ifjúságpszichiátria
2301	gyermek- és ifjúságpszichiátria rehab
2302	gyermek- és ifjúságaddiktológia
0512	gyermek- és ifjúságpszichiátria
Q18	Pszichiátria
Q41	Gyermek- és ifjúságpszichiátria
Q43	Alkoholológia (pszichiátriai szakfeladat)
Q44	Drogbetegellátás
Q45	Addiktológia (pszichiátriai szakfeladat)
7100	általános pszichológia
7101	klinikai szakpszichológia



7102 gyermekpszichológia
7104 pszichoterápia
7105 szexológia

Labordiagnosztikai vizsgálatok:

5000 orvosi laboratóriumi diagnosztika
5001 általános kémiai laboratóriumi diagnosztika

Képalkotó diagnosztikai vizsgálatok:

5100 általános röntgendiagnosztika
5102 mammográfias szurés és diagnosztika
5105 neuroradiológia
5301 ultrahang-diagnosztika
5304 gyógyászati ultrahang-diagnosztika - *sze*
5305 gasztroenterológiai ultrahang-diagnosztika - *sze*
5307 neurológiai ultrahang diagnosztika
0503 csecsemo- és gyermekkardiológia
0510 gyermekradiológia

Kardiológia:

0107 belgyógyászati kardiológia
4000 általános kardiológia (szakorvosi szakképesítéssel)
4003 kardiológiai rehabilitáció
4004 echokardiográfiai diagnosztika
4005 EKG és Holterdiagnosztika
5303 echokardiográfia

Belgyógyászat:

0100 általános belgyógyászat
0101 angiológia, phlebológia, lymphológia
0102 haematológia
0103 endokrinológia, anyagcsere és diabetológia
0104 Gasztroenterológia
0105 Nefrológia
0106 Geriátria
0108 belgyógyászati tüdőgyógyászat (pulmonológia)
0109 allergológia és klinikai immunológia
0112 Hemopoetikus őssejt transzplantáció
0113 endokrinológia - *sze*
010C Krónikus belgyógyászat
2202 belgyógyászati rehabilitáció
2203 gasztroenterológiai rehabilitáció
0505 gyermek-gasztroenterológia

Szemészet:

0700 általános szemészet
0508 gyermekszemészet

Sürgősségi ellátás:

0046 SBO
4602 Sürgősségi betegellátó egységben szervezett szakellátás
4603 klinikai toxológia



F.6. MELLÉKLET AZ E.2. FEJEZETHEZ - SEMMELWEIS EGYETEM EMK ZÁRÓ KONFERENCIA POSZTER: A HÁZIORVOSI PRAXISOK FINANSZÍROZÁSÁNAK VÁLTOZÁSA 2010.-2016. KÖZÖTT, FEJLESZTÉSI JAVASLATOK

2010 óta tekintélyes volumenű forrásbevonás történt az alapellátás finanszírozásban, különös tekintettel a háziiorvosi praxisok finanszírozására, amelynek előirányzata 2016. végére a 2010-es szinthez képest 54,7 %-kal emelkedett. A pálya vonzóvá tétele érdekében a háziiorvosi praxisfinanszírozás folyamatos emelkedése mellett megjelentek 2012-től a praxisváltást, eszközbeszerzést és letelepedést segítő támogatások is.

Időszak	Letelepedési pályázaton nyertes és támogatási szerződést kötő pályázók (pályázatok) száma	Letelepedési pályázat nyertesei részére kifizetett összeg (millió Ft)	Praxisjog vásárlási pályázaton nyertes és támogatási szerződést kötő pályázók (pályázatok) száma	Praxisjog vásárlási pályázat nyertesei részére kifizetett összeg (millió Ft)
2014	38	412,8	-	-
2015	25	290,3	39	181,3
2016	27	282,4	69	359,9
Összesen	90	985,5	108	541,2

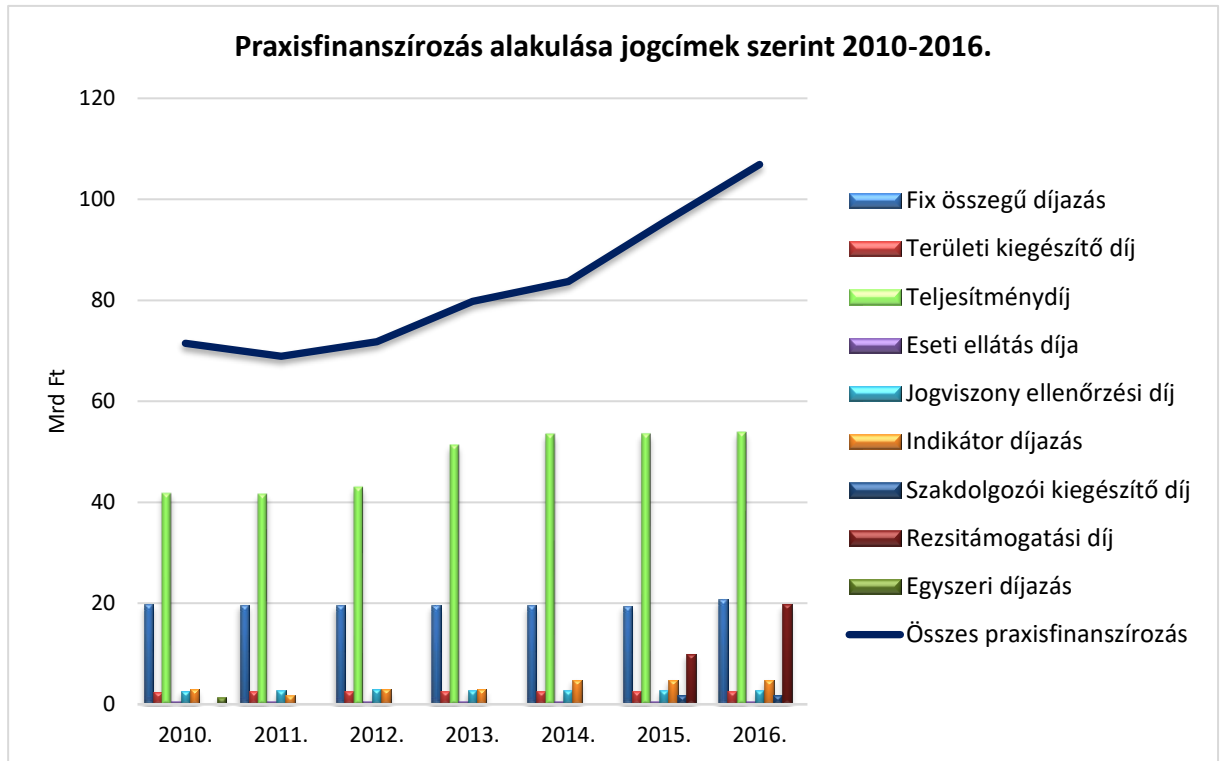
Összefoglaló értékelésünkben azokra a fő szempontokra mutatunk rá, amelyeket az egészségpolitika figyelmébe ajánlunk -a megkezdett, kulcsfontosságú intézkedések folytatásaként- annak érdekében, hogy:

- a gyakorló háziiorvosok számára az ösztönző rendszer megtartó ereje tovább növekedjen és a nagyobb terhelést jobban elismerje
- a háziiorvosi utánpótlás számára vonzó perspektívát jelentsen
- inspiráljon a minőségi ellátásra és a jobb teljesítményre

Ennek érdekében 3 fő célterületet azonosítottunk a praxisfinanszírozás fejlesztésben

- területi adottságokból adódó terhelés fokozott figyelembevétele
- a teljesítmény elismerésének erősítése
 - minőségi indikátorok fejlesztésén keresztül
 - elvégzett preventív és gondozási tevékenységek elismerésén keresztül

- a praxisfinanszírozásban hasonló kártyaszám és betegforgalom mellett jelentkező szórások vizsgálata és kiegyenlítése



A fenti ábrán látható, hogy a jelentős forrásbevonás mellett az ún. fejkvóta (teljesítménydíj) alapján kifizetett összeg dominál, majd követi a praxisok fix finanszírozási díja, melyet tekintélyes rezsitámogatás egészített ki 2015-ben és 2016-ban. Ezen tételek mellett a többi jogcímen kifizetett összegek arányukban elmaradnak az előbbiekhöz képest. A kifizetési jogcímek közül a háziorvosi teljesítménnyel a fejkvóta és -a 2014-re 5 %-ra emelkedett- indikátordíj hozható összefüggésbe.

A fejkvóta, noha egyértelműen erősen összefügg a praxisforgalommal -és a magyar rendszer kifinomult módon, súlyozva kezeli az életkori sajátosságokat-, értelemszerűen mégsem feleltethető meg a praxisok terhelésének, hiszen azt jelentősen befolyásolja:

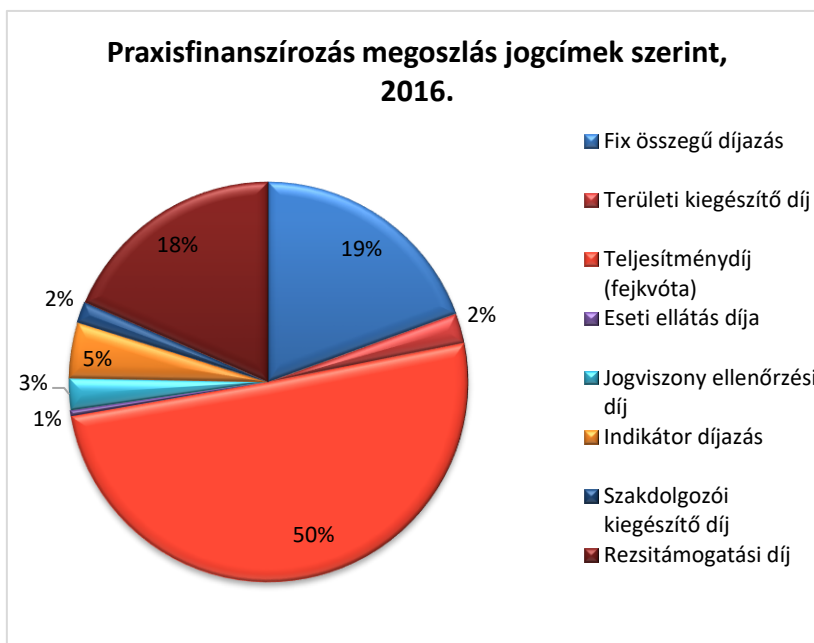
- az ellátott **település jogállása** (ld.: főváros, megyeszékhely, megyei jogú város, város, nagyközség, község, stb.)



- a település fejlettsége (ld. 105/2015. Kr. szerint)
- a lakosság szocio-ökonómiai helyzete és iskolázottsága
- elérhető járóbeteg szakellátás kapacitások
- úthálózat, stb.

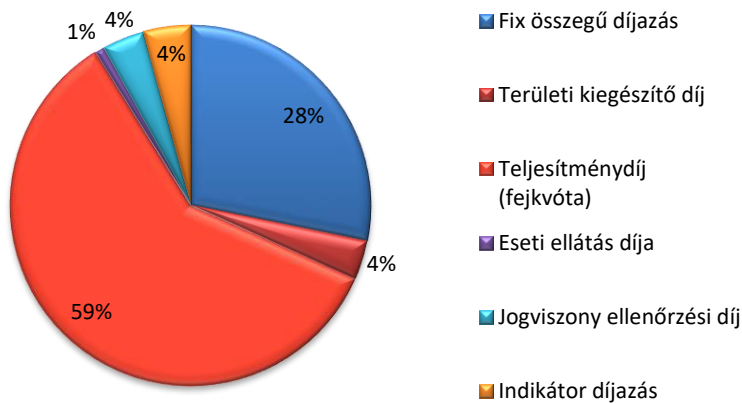
Mivel a fenti tényezők mind a praxisok betöltetlenségével, mind a praxisforgalommal (vagyis a napi terheléssel) szoros összefüggést mutatnak²⁰⁴, ezért az ösztönzőrendszer ez irányú fejlesztése javasolt (az érintett települések célzott fejlesztéspolitikai támogatása mellett). Ez kivitelezhető a létező területi kiegészítő díj differenciált emelésével, ill. a fejkvóta területi alapú korrekciójával.

Az alábbi ábrákon látható a praxisfinanszírozás kifizetés jogcímeinek megoszlási aránya, amely alapján javasolt az ellátás minőségével összefüggő **indikátorok további fejlesztése, és arányuk növelése** a forrásbevonás során. Javasolt továbbá a **prevenció és gondozási tevékenységek célzott ösztönzőrendszerének kialakítása és beillesztése a praxisfinanszírozási rendszerbe**. A Modell Program eredményeire építve mindezek kialakíthatók.





Praxisfinanszírozás megoszlás jogcímek szerint, 2010.



Az átlagos praxisfinanszírozás 2010. óta rendkívül kedvezően alakult, ugyanakkor elmondható, hogy egyelőre **változatosság jellemzi az egyes praxisok bevételét**. Ennek kiegyenlítése szintén finanszírozásfejlesztési feladat.

A következő ábrán látható felnőtt háziorvosi szolgálatok bevételi adatai alapján, hogy a praxisok 6 havi átlagolt bevétele a bejelentett TAJ számmal összefüggésben egyértelműen pozitívan korrelál, mindazáltal **a szórás hasonló bejelentett TAJ szám tartományokban is erőteljes**. Ezt a TEK nélküli praxisok jelenléte (amelyek pl. fix-díjban nem részesülnek) csak részben magyarázza. (Bővebb magyarázatot ld. később.) A fél évnél tovább betöltetlenül maradt körzeteket lila pontok jelölik. Kék pontok jelölik azokat a praxisokat, amelyek a 2007-2015. időszakban vagy folyamatosan működtek vagy csak rövid ideig (<6 hónap) voltak betöltetlenek, sárga jelöli a nyers (nem átlagolt) adatokat. Megjegyezzük, hogy lila pontok több esetben elfednek kék pontokat is, illetve a kék pontok elfednek sárga pontokat. Fekete vonal jelzi az átlagos értékeket és az egyszeres szórási tartományt.

1 HAJDÚ-BIHAR:
• Berettyóújfalu
• Hencida • Komádi
• Magyarhomorog
• Mezőpeterd

2 BORSOD-ABAUJ-ZEMPLÉN:
• Borsodnádasd
• Arló
• Járdánháza
• Borsodszentgyörgy

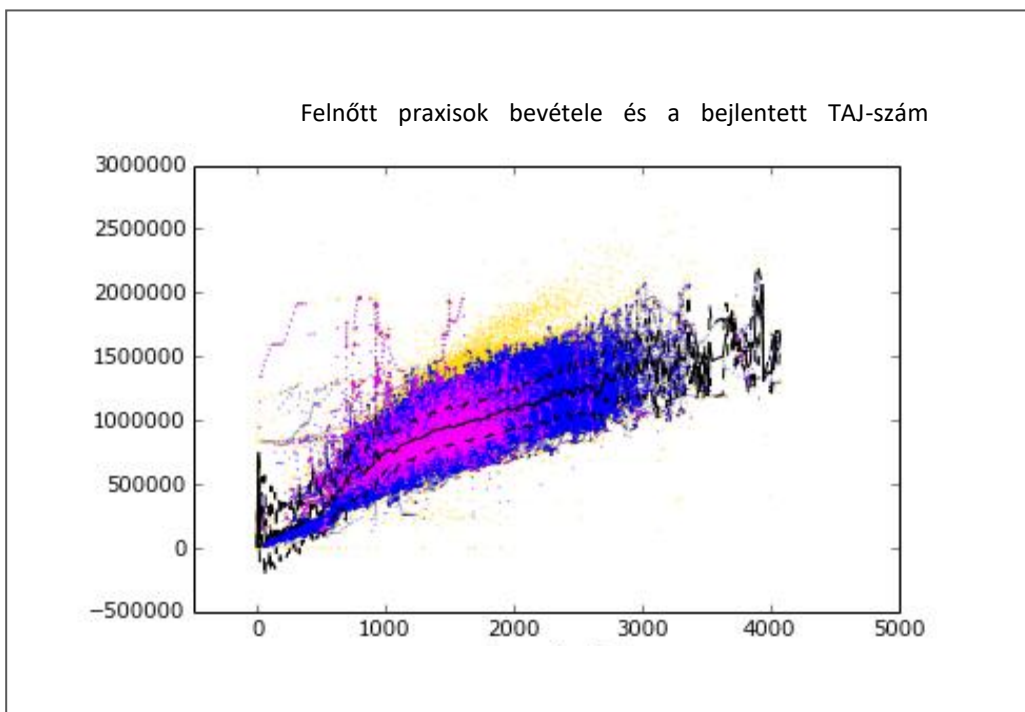
3 HEVES:
• Heves
• Átány
• Kömlő
• Tiszanána

4 JÁSZ- NAGYKUN - SZOLNOK:
• Jászapáti
• Jászkisér
• Jászivány

**MI RÉSZT
VESZÜNK BENNE!**



515

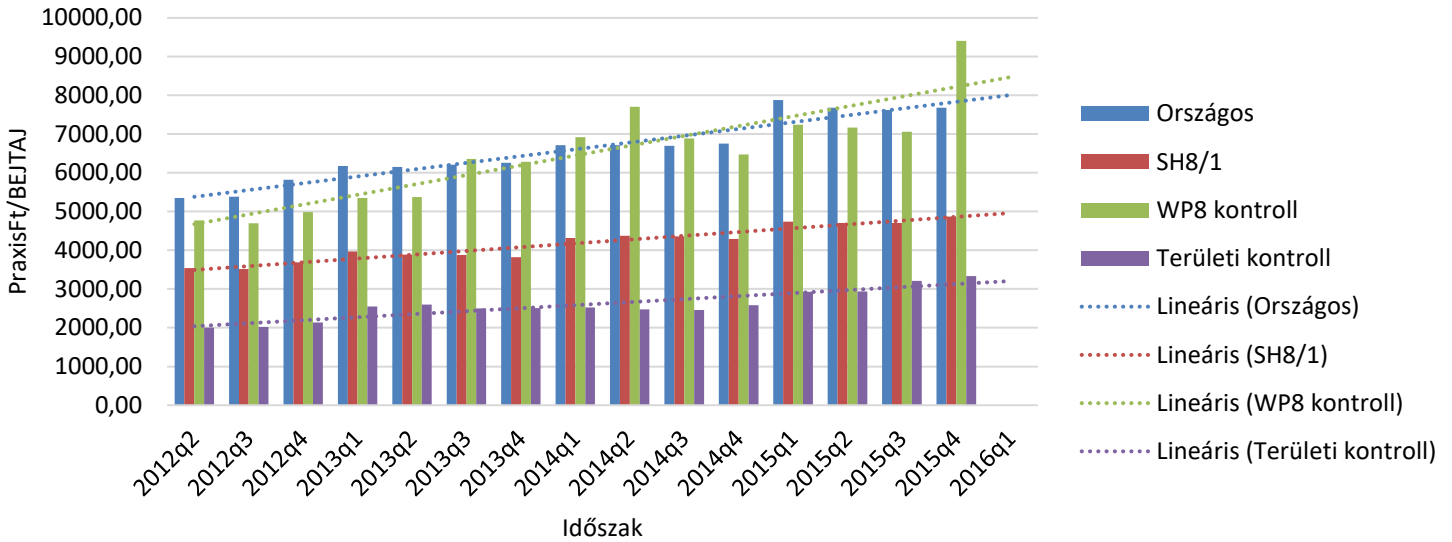


A következő ábra a Programban résztvevő praxisok (ld. SH8/1, narancsszínnel) egy főre jutó bevételét mutatja be kontrollokhoz képest 2012. január-2015. december között. Látható, hogy **az egy főre eső praxisbevételekben jelentkező különbség (szórás) az életkor szerinti standardizálással szinte eltűnik**, vagyis a fejkvóta szerinti finanszírozás alapvetően határozza meg a praxisok bevételét. Ez alátámasztja, hogy a bevezetőben írt **finanszírozásfejlesztésre szükség van** annak érdekében, hogy a nagyobb betegforgalommal, rosszabb szocio-ökonomiai helyzetű területet ellátó, relatív fiatalabb (pl. korai halálozás miatt), aluliskolázott populáció ellátását végző praxisok hátránya csökkenthető legyen. Emellett szükséges a nagyobb teljesítmény és jobb minőségű ellátás elismerésének továbbfejlesztése. A háziiorvosi praxisok finanszírozását tehát ezeken a területeken javasolt a továbbiakban fejleszteni. Erre a Modellprogram több fontos tanulmánya is rámutat.

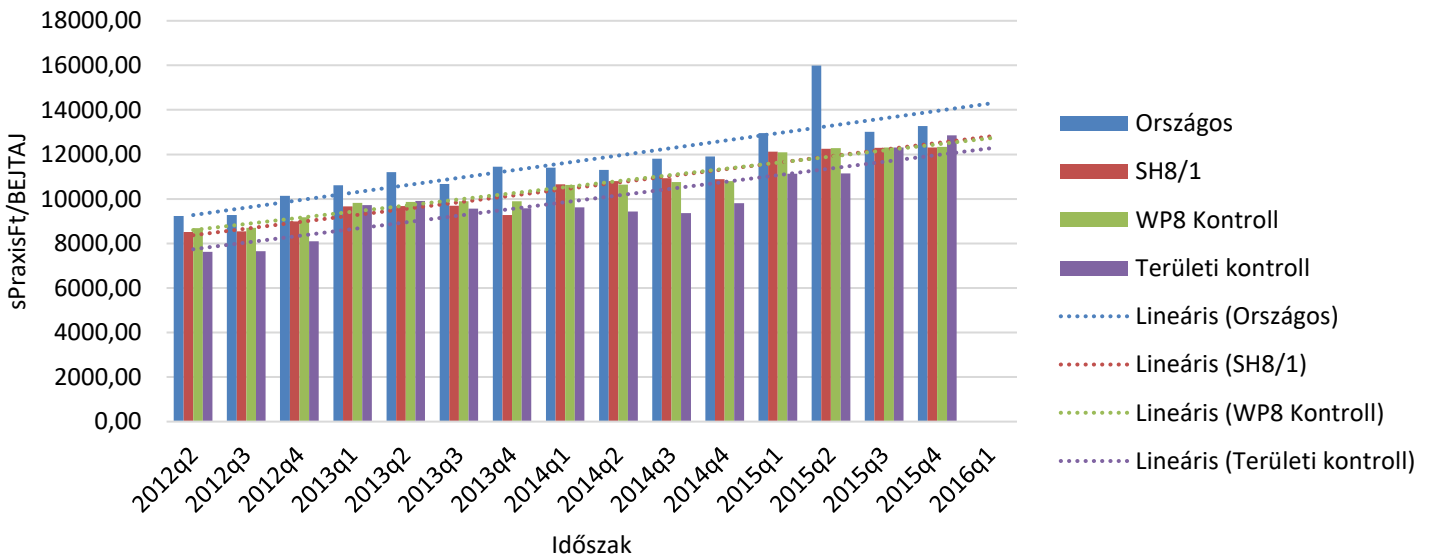
A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu

Egy főre jutó negyedéves praxisfinanszírozás 2012. július-2015. december



Egy főre jutó negyedéves életkor szerint standardizált praxisfinanszírozás 2012. július-2015. december



A projekt a Svájci-Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával valósul meg.
The project is supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution.

www.alapellatasimodell.hu
www.svajcihozzajarulas.hu
www.swiss-contribution.hu