

Doktori (PhD) értekezés tézisei

A magyar alapellátási rendszer értékelése

A QUALICOPC tanulmány magyarországi ágának eredményei és a struktúra elemzése

Dr. Nánási Anna

Témavezető: Prof. Dr. Rurik Imre



DEBRECENI EGYETEM

Egészségtudományok Doktori Iskola

Debrecen, 2023

A magyar alapellátási rendszer értékelése

A QUALICOPC tanulmány magyarországi ágának eredményei és a struktúra elemzése

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében
az egészségtudományok tudományágban

Írta: Dr. Nánási Anna háziorvostan szakorvos

Készült a Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskolája
Megelőző Orvostan és Népegészségtan programja keretében

Témavezető: Prof. Dr. Rurik Imre, az MTA doktora

A doktori szigorlati bizottság:

elnök: Prof. Dr. Balázs Margit, az MTA doktora

tagok: Dr. Kökény Mihály, PhD

Dr. Papp Magor, PhD

A doktori szigorlat időpontja: Debreceni Egyetem ÁOK, Népegészség- és Járványtani
Intézet, Tárgyaló

2023. 06. 14. 11:00

Az értekezés bírálói:

Prof. Dr. Sándor János, az MTA doktora

Dr. Vajer Péter, PhD

A bírálóbizottság:

elnök: Dr. Prof. Dr. Balázs Margit, az MTA doktora

tagok: Prof. Dr. Sándor János, az MTA doktora

Dr. Vajer Péter, PhD

Dr. Kökény Mihály, PhD

Dr. Papp Magor, PhD

Az értekezés védésének időpontja:

Debreceni Egyetem ÁOK, Belgyógyászati Intézet A ép. Előadó terem
2023. 06. 14. 13:00

1. BEVEZETÉS

Az ősidőktől kezdve voltak olyan emberek, akik sokkal szélesebb körű ismeretekkel rendelkeztek a betegségekről, azok különböző tüneteiről és tapasztalattal bírtak a gyógynövények felhasználásával végzett kezelésekben. Hippokratész neve örökre fennmaradt és máig ismertek tanításai, melyeket empirikus tapasztalataira alapozott. Az első európai orvoscépzés valószínűleg Bolognában (Olaszország) kezdődött a XII. században. Később a kontinens szinte minden országában bevezették a szisztematikus oktatást. Az orvostudományon belüli specializáció a 19. század végén indult meg. Először a manuális szakterületek váltak ebben úttörővé, később ezeket követte a diagnosztika (röntgen, labor). A 20. század elején az orvosok főként általános orvosok voltak és sokan közülük kis közösségekben, vidéki környezetben dolgoztak. A század utolsó évtizedeiben egyre több orvos szakosodott és ezáltal egy bizonyos terület specialistáivá váltak. Ez a tendencia egyre sürgetőbbé tette az általános orvosok speciális oktatását.

1.1. Az alapellátás definíciója – nemzetközi kitekintés

A XX. század hetvenes éveiben kezdték el önálló szakterületként elismerni a családorvoslást, majd kidolgozták és létrehozták a családorvosi képzést és a rezidens programokat.

Az Alma Atai Nyilatkozat mérföldkő volt az alapellátás elismerésében, ahol a világ számos országának szakértői kinyilvánították az elsődleges egészségügyi ellátás népegészségügyben betöltött kiemelkedő szerepét és ismertették a rendszer fejlesztésével kapcsolatos elvárásaikat világszerte. Hatalmas szakadék tátongott az országok között az alapellátás tekintetében, hiszen a lakosság egészségügyi ellátása teljesen eltérő módon valósult meg a különböző országokban a korábbi évszázadok során.

Az alapellátás hagyományos feladata az egyén hosszútávú és átfogó gondozása, a családban, mint támogató közösségben rejlő erőforrások felhasználásával, a közösségi támogatás forrásainak mozgósításával, politikai érdekérvényesítéssel, ahogyan azt a körülmények megkívánják. Számos tanulmány bizonyította, hogy azokban az országokban, ahol az alapellátási rendszer erősebb, az egészségügyi rendszer jobban teljesít. Az egészségügyi alapellátás megszervezésében nagy eltérések tapasztalhatóak Európában, emiatt az alapellátási szolgáltatások és az eredmények közötti kapcsolat elemzése kulcsfontosságú.

1.2. Az európai definíció

Az európai definíció a tudományág tizenegy alapvető jellemzőjét írja le, és hat alapvető kompetenciává fordítja le.

”1. Alapellátási menedzsment (első kapcsolat felvétel, nyílt és korlátlan hozzáférés, minden egészségügyi probléma ellátása; az erőforrások hatékony felhasználása az ellátás összehangolásával, az alapellátásban más szakemberekkel való együttműködés, az alapellátás és a szakellátás közötti interfész kezelése, és szükség esetén a betegek érdekeinek figyelembe vétele, azaz a páciensek védelme a szükségtelen szűrések, vizsgálatok és kezelések által okozott károktól)

2. Egyén központú gondozás (az egyénre, családjára orientált, hosszútávú kapcsolat kialakítása, hatékony kommunikáció, az ellátás longitudinális folyamatossága)

3. Specifikus probléma megoldó kompetencia (az incidencia és prevalencia által meghatározott specifikus döntéshozatal, az egyes betegeknél az akut és krónikus egészségügyi problémák egyidejű kezelésének igénye minden stádiumban, a panaszok és betegségek széles spektruma, társ- és multimorbiditás)

4. Átfogó megközelítés (teljesen eltérő betegségek kezelése, kockázatok és bizonytalansági tényezők menedzselése, egészségfejlesztés, prevenció, valamint maga a definitive kezelés, gondozás, illetve a palliative ellátás)

5. Közösségi orientáció (felelősség a közösség egészségi állapotáért)

6. Holisztikus szemlélet (az egészségügyi problémák orvosi megközelítése mellett a pszichés, szociális, kulturális és egzisztenciális tényezők figyelembe vétele)”

2. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1. Az alapellátás legújabb kihívásai világviszonylatban

Európában az alapellátással szemben komoly elvárásai vannak lakosságnak és a kormányoknak egyaránt. Az alapellátás:

- segítse az egészségügyi rendszereket, hogy jobban reagáljanak a különböző generációk és a különböző társadalmi körülmények között élő emberek változó egészségügyi igényeire,
- integráltabb egészségügyi ellátást kínál,
- növeli az egészségügyi rendszer hatékonyságát

A döntéshozókkal szemben az az elvárás, hogy a fentebb felsorolt célokkal összhangban modelleket dolgozzanak ki a megfelelő alapellátási rendszerek kialakítására.

Az egészségügyi ágazat reformjait számos európai országban a változó egészségügyi fenyegetettségek és morbiditások, a munkaerő-fejlesztéssel és a technológia növekvő lehetőségeivel kapcsolatos közös kihívások vezérelték. Ezek mindegyike szorosan összefügg a leggazdagabb országok pénzügyi korlátaival is.

2.1.1. A lakosság változó igényei

A változó igények a legtöbb európai országban, így Magyarországon is a népesség elöregedése miatt alakultak ki. Növekszik a nem fertőző betegségek előfordulása az idősebb és a középkorú nemzedékben is, ami a multimorbiditás magasabb arányát és a szolgáltatások iránti összetettebb igény növekedését eredményezte. Az egészségügyi szolgáltatókat hagyományosan egy betegség akut epizódjainak kezelésére tervezték; ennél integráltabb szolgáltatás nyújtásra van szükség.

2.1.2. Munkaerőhiány

Az egészségügyben kialakult munkaerőhiány napjainkban már az egész világot érinti. A képzett ápolók és orvosok migrációja csak részben tud javítani ezen a jelenségen.

2.1.3. Technológiai fejlődés

Az elmúlt évtizedekben végbement informatikai fejlődés drasztikusan megváltoztatta az egészségügyi munkavégzést. Napjainkban egyre növekszik a Point of Care diagnosztikai eszközök használata is. A betegek az interneten szerzett ismereteikkel felvértezve fordulnak

orvoshoz, így ma már nincs meg az az információs aszimmetria orvos és páciense között, mint korábban. Általánosságban elmondható, hogy a betegek passzív résztvevőből aktív, tájékozott egészségügyi fogyasztókká váltak.

A kórházak szerepe is megváltozott. A technológiai innovációknak köszönhetően a kórházi kezelések időtartama lerövidült, valamint sokkal komplexebbé vált a szolgáltatás.

2.1.4. Pénzügyi korlátok

A növekvő egészségügyi költségek és a lakosság igényei vezettek oda, hogy a kormányok világszerte az alapellátásra összpontosítanak.

2.2. A magyar alapellátás történeti áttekintése

2.2.1. A XX. század

Magyarországon komoly hagyományai vannak az orvoslásnak. A II. világháború előtt hazánkban hasonlóan fejlett volt az orvostudomány, mint Európa nyugati államaiban, bár nagyok voltak a különbségek a régiók és az intézmények között. Az orvosokat a betegek és a biztosító társaságok fizették. Mivel a II. világháborúban vereséget szenvedett Magyarország, a szovjet megszállás és az állami közigazgatás, a szovjet típusú (Semashko) egészségügyi rendszert alakította ki. Az egészségügyi szakembereket alul fizették, viszont az egészségügyi rendszerhez való hozzáférés ingyenes lett minden állampolgár számára. Akkoriban ezt körzeti orvosi rendszernek hívták, melynek a lényege az volt, hogy minden kijelölt területhez tartozott egy orvos, a területen lakó betegek pedig csak a lakcímük szerint illetékes alapellátóhoz fordulhattak, nem volt lehetőség az orvos megválasztására. A körülmények ellenére az orvostársadalom megbecsültsége továbbra is megaradt.

A körzeti orvosként dolgozók 1975-től szerezhették meg az általános orvostan szakvizsgát, majd 1994-től átnevezték ezt a szakképesítést és a háziorvostan szakvizsga elnevezést kezdték el használni.

A rendszerváltozást követően (1990), a gazdasági rendszer és a jogi körülmények is jelentősen megváltoztak. Az egészségügyben is voltak privatizációs kezdeményezések. A családorvosok az elsők voltak az egészségügyi dolgozók közül, akik 2 szerződés alapján jogot kaptak saját vállalkozás alapítására: egyet az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral kötöttek

finanszírozásra, a másikat pedig a helyi önkormányzatokkal az alapellátás biztosítására egy földrajzilag meghatározott területen.

1992-ben egy új alapellátási rendszert alakítottak ki. Ebben az időben deklarálta a kormány, hogy az alapellátást prioritásként kell kezelni. Ezt követően a körzeti orvosokból családorvosok lettek. A páciensek megválaszthatták családorvosukat és lehetőséget kaptak arra is, hogy orvost váltsanak bármilyen jogi, vagy finansziális következmény nélkül.

Eközben az alapellátás finanszírozása is megváltozott. A korábbi meghatározott összegű támogatást és fizetést felváltotta a kapitáció alapú díjazás. Ez a lehetőség a családorvosok számára lehetővé tette a saját vállalkozás indítását annak reményében, hogy költségeiket jobban és észszerűbben tudják kezelni. A kilencvenes évek közepén a családorvoslás egyre népszerűbbé vált; sok szakorvos akart váltani, az alapellátásban elhelyezkedni, valamint a fiatal orvosok közül is többen kezdték meg képzésüket ezen a területen. Szakmailag és gazdaságilag is jó perspektívának tűnt az alapellátás, mert a magánvállalkozásnak számos előnye volt az alulfizetett munkavállalói, közalkalmazotti státusszal szemben.

Egy 2000-ben kiadott törvény szerint a háziiorvosi praxisok száma véglegessé vált. Magyarországon jelenleg mintegy 5895 alapellátási praxis (háziiorvos) működik, amelyek a lakosság teljes egészségügyi alapellátási szükségletét fedezik: ezek közül 1359 háziiorvos gyermekorvos, elsősorban városi környezetben, 1497 háziiorvos vegyes lakosságot lát el, a többiek pedig csak felnőtteket látnak el. Jelenleg a tartósan betöltetlen háziiorvosi körzetek száma 565.

2.2.2. A XXI. század eleje

2007-ben egy a biztosítási rendszerre fókuszáló egészségügyi reformot terveztek, kezdeményeztek és kényszerítettek ki az akkor hatalmon lévő koalíciós pártok. Ezt a reformot rosszul kommunikálták a nyilvánossággal, az egészségügyi szakemberekkel, és az ellenzéki pártok is kritizálták. Politikai okok miatt ez a kezdeményezés megghiúsult.

A háziiorvosok adminisztratív feladatai folyamatosan nőttek, csökkentve a konzultációkra és a gyógyító tevékenységre fordítható időt.

Sajnos hosszú távon nem működnek olyan kiterjesztett prevenciós programok sem, amelyek segíthetnék a pácienseket az életmódjuk megváltoztatásában, csökkentve ezzel az alapellátás leterheltségét.

2.2.3. Munkaerő az alapellátásban

Előregedő társadalmunk képe jól megfigyelhető az egészségügyben dolgozók korfáján is. Az alapellátásban dolgozó orvosok átlag életkora igen magas (58 év), akárcsak az egyéb területen dolgozó szakorvosoké. A helyzet hasonló az ápolók vonatkozásában is.

3. CÉLKITŰZÉS

Kutatásom célja az volt, hogy bemutassam a QUALICOPC projekt magyarországi eredményeit, valamint feltárjam a magyar alapellátási rendszer erősségeit és gyengeségeit a betegek és az egészségügyi szakemberek szemszögéből. A vizsgálathoz egy nagy nemzetközi alapellátási tanulmány, a QUALICOPC study Magyarországon gyűjtött adatait használtam fel. Alapellátási rendszerünk fejlesztése érdekében kulcsfontosságúnak tartottam a betegek egészségügyi rendszerrel és az ellátórendszer szolgáltatásaival kapcsolatos visszajelzéseinek, elvárásainak vizsgálatát és elemzését. Az alapellátás minőségének és hatékonyságának értékeléséhez a betegek tapasztalatait is tanulmányoztam és az ellátási tendenciákra fókuszálva szeretném ezeket bemutatni. Elemeztem továbbá a felmérésben résztvevő háziorvosok által kitöltött kérdőíveket is, melyek a háziorvosok szolgáltatási profiljára, nyitvatartási idejére, a rendelők felszereltségére, anyagi helyzetükre, díjazásukra összpontosított.

4. MÓDSZEREK

A QUALICOPC tanulmányt az Európai Bizottság társ finanszírozta az úgynevezett „Hetedik Keretprogram” keretében. Az adatokat 32 európai országban gyűjtötték (27 EU-s országban, valamint Izlandon, Norvégiában, Törökországban, Svájcban és Macedóniában).

Tíz dimenziót választottak indikátorként az egészségügyi alapellátás mérésére: az alapellátási rendszer irányítása és gazdasági feltételei; alapellátás munkaerő fejlesztése (struktúra); az alapellátás szolgáltatásaihoz való hozzáférés, az alapellátási szolgáltatások (folyamat) folyamatossága, koordinációja és kiterjedése; a számítógép minősége és hatékonysága, valamint az egyenlőség az egészségügyben (eredménymutatók).

A QUALICOPC Konzorcium kutatói négy kérdőívet dolgoztak ki. Egy kérdőívet a háziorvosoknak, egy másikat a szolgáltatások infrastruktúrájának és technikai ellátásának leírására (Praxis kérdőív), amelyet terepmunkások töltenek ki, valamint még két kérdőívet az alapellátást igénybe vevő betegek számára állítottak össze, ezek a betegek elvárásait és tapasztalatait értékelik. A projekt célja, hogy betekintést nyújtson a háziorvosi ellátás egészébe, éppen ezért a háziorvosi kérdőív a háziorvosi feladatkörön túlmutató kérdéseket is tartalmazott. Az arról szóló kérdőívet, hogy mit tartanak fontosnak a betegek, összevethetjük a betegek tapasztalatait vizsgáló kérdőívvel.

Minden országban 220 háziorvos és 2200 beteg megkérdezése volt a cél. A kérdőíveket hivatalos oda- és visszafordítási eljárással fordították le az érintett országok nemzeti nyelveire. A tanulmány 32 európai és 3 tengerentúli országban (Ausztrália, Kanada és Új-Zéland) készült el.

4.1. Betegek elvárásai kérdőív

A betegek által fontosnak tartott dolgok mérése lehetővé teszi tapasztalataik súlyozását. A Patient Values kérdőív 19 kérdést tartalmaz (ebből hét kérdés három, vagy több alkérdést tartalmaz). A legtöbb kérdés feleletválasztós választ tartalmazó állítás. Néhány kérdés arra kéri a páciens, hogy válasszon egy listáról, amit a legfontosabbnak tart, és írjon be egy számot. A 12 kérdés, amelyek a páciens háttérére vonatkoznak, hasonlóak a Patient Experiences kérdőívhez. Három kérdés olyan kijelentéseket tartalmaz, amelyek az ellátás bizonyos aspektusainak fontosságáról kérdezik a betegeket (pl. „Mennyire fontos, hogy a

rendelőnek hosszú nyitvatartása legyen?”). Végül négy kérdés a háziorvosok és a betegek közötti kommunikációra összpontosít.

4.2. Betegek tapasztalatai kérdőív

Ez a kérdőív a megkérdezett betegeknek a háziorvosukkal kapcsolatos tapasztalataival foglalkozik (41 feleletválasztós kérdést tartalmaz, ebből 10-ben kettő vagy több alkérdés). Sok kérdés kezdődik úgy, hogy a beteg mennyire ért egyet egy állítással. A kérdőívet az orvosi rendelő várójában kellett kitöltenie a megkérdezetteknek, közvetlenül azután, hogy kijöttek a vizsgálatról. A 18 kérdés, amely a beteg hátterére koncentrál, a beteg társadalmi-gazdasági helyzetére, vélt egészségi állapotára, a háziorvosi látogatás okára, valamint a szakorvosi és kórházi látogatásokra vonatkozik. Hat kérdés foglalkozik az „ellátás folyamatosságával” kapcsolatos tapasztalatok mérésével, például az orvosi dokumentáció használatával. A betegek által tapasztalt „ellátás minőségét” 13 kérdésben mérjük (pl. az ellátási igények kielégítését, az orvos-beteg kapcsolatot, a kommunikációt, a biztonságot, panaszok kezelését, preventív tevékenységeket vizsgáljuk). A háziorvosi kérdőívhez hasonlóan az „ellátás hozzáférhetőségére” vonatkozó 14 kérdés is két részre, a fizikai és pénzügyi hozzáférésre osztható. E kérdések közé tartozik még a háziorvos által a beteg rendelkezésére álló idő, a házi vizitek elérhetősége és a várakozási idők. Három kérdés az „szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáféréssel”, egy kérdés pedig az „egyenlő bánásmóddal” foglalkozik. A „beteg irányítást” öt kérdéssel mérik, az irányítás tapasztalatairól beutalás esetén és a praxis ápolói kezeléséről. A háziorvosi kérdőív autonómiára vonatkozó kérdéseinek tükrözése érdekében a betegeket megkérdezik a döntéshozatalban és a szakorvosi beutalásokban való részvételükről. A „szolgáltatások átfogó jellege” tükröződik abban a kérdésben, hogy a betegek véleménye a háziorvos által kínált szolgáltatások klinikai feladat profiljának szélességéről szól. Végül két olyan kérdés is szerepelt, amelyek kifejezetten az elkerülhető kórházi kezelésre vonatkoztak.

4.3. Praxis kérdőív

Egy 12 kérdésből álló praxis kérdőívet dolgoztak ki a betegek válaszadási arányának rögzítésére a felmérés lebonyolítása során, valamint a gyakorlathoz kapcsolódó mutatók mérésére, mint például a nyitvatartási idő kommunikációja, valamint a hozzáférés egyenlősége (pl. fogyatékosok esetében).

4.4. Háziiorvosi kérdőív

Összesen 60 kérdést tartalmazott ez a kérdőív (előre strukturált feleletválasztós és numerikus válaszlehetőségekkel), a háttérrel, a háziorvos további szakmai tevékenységeiről és időbeosztásáról, a praxis jellemzőiről, munkaerő fejlesztésről, hatékonyságról, munkával való elégedettségről, gazdasági feltételekről, hozzáférések egyenlőségéről. Továbbá vonatkoznak még kérdések az ellátás folyamatosságára, az ellátás elérhetőségére, a praxisban működő diszciplínákra, koordinációra és együttműködésre, beutalóra, orvosi nyilvántartásra, szolgáltatások minőségére és teljességére, rendelkezésre álló eszközökre, feladatprofilokra, iránymutatásokra és kollégák vagy hatóságok visszajelzéseire.

A végső háziiorvosi kérdőív 60 kérdést tartalmaz (ebből 25-ben két vagy több alkérdés van). A kérdések többsége előre strukturált feleletválasztós választ tartalmaz. 13 kérdésben a háziorvosokat számszerű válaszok kitöltésére is kéri (pl. százalék vagy óraszám). Három kérdés a háziorvos hátterére, négy pedig a praxis jellemzőire (pl. a praxispopuláció összetételére) fókuszál.

A „hatékonyságot” hét kérdéssel mérik, például a háziorvos időbeosztásával kapcsolatban.

A „munkaerő-fejlesztés” témán belül négy kérdés szerepel a háziorvosok és a praxisban dolgozók munkával való elégedettségével kapcsolatban.

Öt kérdés a „gazdasági feltételekre” (a háziorvos fizetése és a betegek önrésze) összpontosít.

Az „egyenlőség a hozzáférésben” a nem biztosított betegek ellátásának korlátozására vonatkozó kérdésekben tükröződik.

Ahhoz, hogy betekintést nyerjünk a háziorvosok és az alapellátás tágabb kapcsolataiba, 12 kérdés merül fel a háziorvosok és más szakterületek közötti „koordinációról és együttműködésről”.

Tizenegy kérdés a háziorvosok által nyújtott „ellátás folyamatosságára” vonatkozott, a betegség kezelésére, a beutalásokra és az információ cserére összpontosítva. Különös figyelmet fordítanak az orvosi dokumentáció vezetésére.

Az „ellátás minőségét” három kérdéssel mérik az iránymutatások és a kollégák vagy hatóságok visszajelzései alapján.

A „gondozási szolgáltatások átfogó voltát” 12 kérdés tükrözi, amelyek a rendelkezésre álló eszközökkel és a háziorvosok feladat profiljával foglalkoznak.

Végül kilenc, „az ellátás hozzáférhetőségével” kapcsolatos kérdés felosztható a fizikai hozzáférésre (a praxistól való távolság és a nyitvatartási idő) és a gondozási szolgáltatásokhoz való pénzügyi hozzáférésre vonatkozó kérdésekre.

4.5. A QUALICOPC tanulmány magyarországi ága

A QUALICOPC projekt magyarországi ágának központja a Debreceni Egyetem Családorvosi- és Foglalkozás-egészségügyi Tanszékén, Debrecen városában jött létre. A másik 3 hazai Családorvosi Tanszék (Budapest, Pécs, Szeged) együttműködésével az ország egész területén hirdetményt adtunk ki résztvevő háziorvosok toborzása céljából. A részt venni kívánó háziorvosokat véletlenszerűen választottuk ki, de figyelembe vettük a várható földrajzi reprezentativitást is.

A kérdőívek angol nyelvű változatát megküldtük a tanulmány magyarországi ágáért felelős vezető kutatónak, aki lefordította magyarra, majd ezt a változatot hivatásos tolmácsok fordították vissza angolra összehasonlítás és validálás céljából.

A kérdőíveket a study központban nyomtattuk ki, és terepmunkások szállították a praxisokba, akik általában orvostanhallgatók voltak. A terepmunkásoknak 3 feladata volt; a betegek toborzása (18 év feletti betegeket vonhattak be), a Praxis kérdőív kitöltése, melytől az alapellátó intézmények infrastruktúrájának ellenőrzését várták, valamint a háziorvosi kérdőívek átadása a háziorvosoknak, akik a kitöltést követően visszaküldték azt a study központba.

4.6. Adatfeldolgozás

Az összes kitöltött kérdőívet postai úton továbbította a magyarországi kutató csoport a NIVEL (Hollandia Egészségügyi Szolgáltatások Kutatóintézete) QUALICOPC Központjába Utrechtbe. A kérdőív azonos felépítése lehetővé tette az elektronikus feldolgozást. A kérdőívek feldolgozását követően minden országnak visszaküldték a saját adatsorát további feldolgozás és elemzés céljából.

4.7. Etikai engedély

A magyar Tudományos és Kutásetikai Bizottság (TUKEB) engedélyezte a vizsgálat magyar ágát a 20024/2011-EKU (643/PI/11.) számon.

5. EREDMÉNYEK

5.1. Betegek elvárásai kérdőív

A kérdőívet 215 fő (139 férfi, 75 nő) töltötte ki, átlagéletkoruk 47,2 év ($SD \pm 17,6$). A résztvevők 96,7% [94,4-99,1%] és édesanyjuk 95,4% [92,5-98,2%] Magyarországon született. A válaszadók 78,6%-a [73,1-84,1%] felnőtt családtagokkal, 33,5%-uk [27,2-39,8%] pedig (18 év alatti) gyermekkel élt együtt.

Becsült bevételük az alábbiak szerint alakult: az országos átlag körül 62% [55,4-68,4%], alatta 30% [24,1-36,4%], felette 8% [4,3-11,5%]. A résztvevők foglalkoztatási státuszát tekintve 43%-uk [36,2-45,4%] alkalmazott, 10%-a [6,2-14,3%] egyéni vállalkozó, 23%-a [17,2-28,4%] nyugdíjas, 9%-a [5,0-12,6%] diák és 8-8%-a [4,3-11,5%] rokkantnyugdíjas vagy munkanélküli volt.

A legtöbb résztvevő 39,7% [33,2-46,3%] jónak, vagy megfelelőnek 38,3% [31,8-44,8%] értékelte egészségét. Lényegesen kevesebben minősítették nagyon jónak 13,1% [8,6-17,6%], vagy kifejezetten rossznak 8,9% [5,1-12,7%] az egészségi állapotukat. A válaszadók 43,5%-a [36,8-50,1%] krónikus betegségben szenved.

Kérdéseket kaptak arra vonatkozóan, hogy mire számítanak az orvosi ellátás során, főként a szolgáltatások színvonalára, a háziorvosok magatartására és konzultációs képességeire fókuszálva.

5.2. Betegek tapasztalatai kérdőív

Praxisonként 9 fő, összesen 1934 fő töltötte ki ezt a kérdőívet; közülük 679 fő férfi (36%), 1234 fő nő (64%) volt. A résztvevők átlagéletkora 49,6 ($SD \pm 16,7$) év volt.

A résztvevők 97,2%-a [96,5-97,9%], valamint az édesanyák 96,3%-a [95,4-97,1%] Magyarországon született. Ugyanabban a háztartásban 77,2%-uk [75,3-79,1%-a] élt együtt felnőtt családtagokkal és 33,4%-uk [31,3-35,5%-uk] élt együtt 18 éven aluli gyermekekkel.

A résztvevők foglalkoztatási státuszát tekintve 37% [34,9-39,2%] közszolgálatban, 8% [6,8-9,2%] egyéni vállalkozóként, 29% [27,0-31,0%] nyugdíjas, 7% [5,8-8,1 %] diák és 8-8% [6,8-9,2%] volt rokkant vagy munkanélküli.

A résztvevők 52%-a [49,8-54,2%-a] az országos átlag körülire, míg 42,6%-a [40,4-44,8%-a] az országos átlag alatt becsülte jövedelmét.

A betegek többsége 84,1% [82,4-85,7%] saját, regisztrált háziorvosát kereste fel. A résztvevőket megkérdeztük krónikus betegségeikről (magas vérnyomás, cukorbetegség,

depresszió, asztma stb.) és arra kértük őket, hogy általánosságban írják le saját egészségi állapotukat.

Válaszaik alapján a legalacsonyabb iskolai végzettségű betegek gyakrabban keresték fel háziorvosukat, a nők is gyakran konzultáltak, amit regressziós elemzés is igazol. Nemre korrelációs együttható: 0,1334505, standard hiba: 0,0364738, p érték: <0,001 és 95%-os konfidencia intervallum: [0,06; 0,20].

A betegeket az otthonuk és a háziorvosi rendelő közötti utazással töltött időről is megkérdezték. Az esetek 71,8%-ában [69,8-73,8%] ez 20 percnél kevesebb volt.

Megkérdezték az előjegyzéssel kapcsolatos tapasztalatokat is. A betegek mindössze 21%-a [19,2-22,8%] foglalt időpontot, 85%-uk [81,5-88,5%] könnyen kapott előjegyzést, 29%-uk [24,6-33,5%] még aznap foglalt, 37%-uk [32,3 -41,6%] egy nappal korábban, míg 19%-uk [15,2-22,8%] 2-7 napot várt az orvosi vizsgálatra. A betegek harmadának kevesebb, mint 15 percet kellett várakoznia a váróban, 29%-nak [27-31%-] 15-30 percet. Feltárták a betegek negatív tapasztalatait is.

A megkérdezettek közül 650 főnek volt személyes tapasztalata a rendelési időn kívüli ügyelet vagy sürgősségi osztály igénybevételével kapcsolatban.

A betegek mindössze 22,8%-át vizsgálta, vagy kezelte ápoló a háziorvosi rendelőben. A betegek nagy bizalommal fordulnak háziorvosukhoz. Az „Általában az orvosokban meg lehet bízni” állítással a felmérésben részt vevők 33,5%-a kifejezetten egyetértett, 61,3%-a egyetértett. Az „Általában az emberekben meg lehet bízni” állítással csak 39,4% értett egyet, míg a résztvevők 42,6%-a nem értett egyet.

5.3. Praxis kérdőív

A betegek toborzása sikeres volt, mindössze 25%-os volt az elutasítás aránya. A rendelők 91%-ban egyértelműen jelezték a rendelési időt, 88%-ban hirdettek rendelési időn kívüli ellátást. A praxisok 88%-a a földszinten kapott helyet, 54%-uk lifttel felszerelt többszintes épületben volt. A rendelők fele ingyenes parkolási lehetőséget és kerekesszékekkel megközelíthető WC-t biztosított a mozgássérült páciensek számára.

A létesítmények tisztaságára kifejezetten jó értékeléseket adtak a megkérdezettek. A válaszadók 45,0%-a nagyon tiszta, 54%-a meglehetősen tiszta értékelést adott. A váróteremben általában zárva voltak az ajtók, ezért a látogatók 80%-a nem hallotta a betegfelvételi pultnál elhangzottakat, 94%-a pedig nem hallotta és nem látta, hogy mi történik az orvosi rendelőben.

5.4. Háziiorvosi kérdőív

Összesen 222 kérdőívet töltöttek ki a háziiorvosok, közülük 118 (53%) férfi és 104 (47%) nő volt. A válaszok a kérdőívben szereplő sorrendben kerülnek bemutatásra.

Az orvosok átlagéletkora 53,4 ($\pm 10,9$) év volt. 92 százalékuk magyarországi születésű, a többiek főként a környező országokból származnak, ahol nagy a magyar nemzetiségűek aránya (Ukrajna, Románia).

5.4.1. A praxisok elhelyezkedése és összetétele

A legtöbb praxis (31%) belvárosban volt, 8,6% a külvárosban, 20,3% a kisvárosokban, 28,4% vidéken és 11,3% vegyes városi-vidéki helyeken. A praxisokban a betegek létszámának átlaga 1857 (± 1912) fő volt. A résztvevő praxisokban az országos átlaghoz képest átlagosnak 46,9%, átlag felettinek 39,2%, illetve átlag alattinak 9% értékelték az idősök (70 év felettiek) arányát. A szociálisan hátrányos helyzetűek arányát átlagosnak 38%-nak, 42%-ban átlag felettinek és 18,5%-ban átlag alattinak becsülték. A háziiorvosok negyede úgy értékelte, hogy az etnikai kisebbséghez tartozó betegek hasonló arányban képviseltetik magukat a praxisában, mint a teljes lakosságban, míg 52%-uk magasabb, 20%-uk pedig ennél alacsonyabb számot jelölt meg.

A legtöbb praxis átlagosnak (57%), míg 37% átlag alattinak ítélte meg a páciensek fluktuációját.

5.4.2. Munkaterhelés

A magyar háziiorvosok átlagosan heti 37,7 [31,5-44,2%] munkaórát rendelnek, többségük 31,5 [25-37,2%] órát töltött közvetlen betegellátással, otthoni vizittel és telefonos konzultációval.

A közvetlen konzultáció időtartama a külvárosi praxisokban volt a leghosszabb 33,2 [10,7-52,5%], míg a legrövidebb a nagyvárosok központi részein 30,0 [19,6-41,3%].

A személyes konzultációk átlagos száma munkanaponként 50,4 [43,9-57%] volt. A legtöbb személyes konzultáció a vidéki praxisokban volt 54,5 [41,7-66,3%], míg a legkevesebb a külvárosi praxisokban, 43,7 [19,9-64,3%].

Ezen kívül telefonos konzultációra átlagosan 11,7 [7,5-15,9%] betegnek volt igénye, e-mailben átlagosan 0,9 [-0,3-2,1%] beteg kereste meg háziiorvosát. A betegellátás időtartama 8,2 [4,5-11,7%] percig tartott. A férfi orvosok mindössze 7,3 [2,8-12,4%] percet töltöttek egy pácienssel, míg a női orvosok 2 perccel többet, 9,2 [3,9-15,3%].

A válaszadók hetente 14,5 [9,8-19%] otthoni látogatást jelentettek, idős betegeknél 5,7 [2,8-8,9%], intézetben 1,9 [0,1-3,6%] beteget kerestek fel átlagosan egy hét folyamán.

Az elmúlt 3 hónapban 4,8 [2,1-7,8%] hétköznapi éjszakai és 1,5 [-0,2-2,9%] hétvégi ügyeletet teljesítettek. Az éjszakai műszakok száma a kisvárosokban volt a legmagasabb, 7,3 [-0,6-14%], a legalacsonyabb a külvárosokban 0,26 [0-0%]. A legtöbb hétvégi műszakot vidéken teljesítették 1,94 [-1,5-4,7%], a legkevesebbet pedig a külvárosokban 0,16 [0-0%].

A háziorvosok legnagyobb része (86,5%) egyedül dolgozik a rendelőjében, míg kevesebben más háziorvosokkal (11,3%) vagy szakorvossal (4,1%) közös épületben látják el feladatukat.

A háziorvosok ritkán voltak távol a praxisuktól. A szabadságuk átlagosan 2,6 [0,6-4,8%] hétig tartott, és évente 1,2 [-0,2-2,9%] hétig vettek részt konferenciákon vagy oktatási tevékenységeken. A leghosszabb ideig a külvárosi orvosok 3,11 [-4,8-15,3%], a legrövidebb ideig a vidéki kollégák 2,43 [-1,2-7,5%] nyaraltak.

A betegszabadság évente átlagosan 0,45 [-0,4-1,3%] hétig tartott, és még ennél is kevesebb idő jutott tudományos tevékenységre, alig 0,2 [-0,4-1,3%] hét.

5.4.3. Finanszírozás

A háziorvosok 33%-a a családorvosi praxisban végzett mindennapi munkája mellett egyéb fizetett tevékenységet nem végez, 7%-uk üzemorvosként (foglalkozás-egészségügy) dolgozik még, 41%-uk pedig oktatási tevékenységet, főként orvosképzést végez mellék tevékenységként. A gyakorló háziorvosok 95%-a [92,2-97,9%] önálló vállalkozóként dolgozik, szerződéses rendszerben az egészségbiztosítási pénztárral és a helyi önkormányzatokkal, vagy önálló vállalkozók szerződés nélkül, és 5%-uk [2,1-7,8%] tevékenykedik alkalmazotti státuszban.

A háziorvosok finanszírozása főként a kártyapénzen alapul. A finanszírozás megoszlásával kapcsolatban mindössze 192 háziorvos válaszolt. Válaszaik szerint a bevételek legjelentősebb részét a munkabér 42,6%-a [35,7-49,7%] és a kártya alapú finanszírozás 39,4%-a [32,7-46,5%] adja. A szolgáltatási tevékenység díja 5,8% [2,4-9%], teljesítmény arányos díjazás 3,6% [1-6,3%], a zsebbe fizetett bevételek ugyanennyit tesznek ki 3,6% [1-6,3%], míg egyéb forrásokból 7% [3,2-10,3] folyik be. Az összbevétel 89%-át [84,6-93,5%] az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által utalt finanszírozása adja.

A finanszírozásban bizonyos mértékig további elemek is megjelentek. A háziorvosok önbevallása szerint a megfelelő cukorbeteg ellátásért a háziorvosok 19,4%-a [14,2-24,6%-a] kap extra anyagi juttatást, míg lényegesen többen, 37,8%-a [31,5-44,2%-a] a megcélzott

szűrési tevékenység eléréséért kapott pénzt. 21,6% [16,2-27%] kap további finanszírozást a megfelelő beutalási arányért, de csak 5,9% [2,8-8,9%] a távoli területeken végzett munkáért.

5.4.4. Szakmai kompetenciák

Az alkalmazott klinikai irányelveket az adott kórképpel foglalkozó szakmai szervezetek (krónikus szívelégtelenség 70% [64,1-76,2%], asztma 65% [58,9-71,4%], cukorbetegség 79% [73,3-84,1%], ill. COPD 64% [57,5-70,1%]) teszik közzé. Ezeket széles körben ismerik és használják a háziorvosok, bár nincsenek alapellátásra vonatkozó specifikus irányelvek.

A résztvevők 7%-a [3,5-10,1%] jelezte, hogy nem állnak rendelkezésre naprakész alapellátás-specifikus irányelvek.

A vényírással kapcsolatos visszajelzéseket általában az egészségpénztártól (73% [67,1-78,8%]), ritkábban az egészségügyi hatóságtól kapják. A probléma oka általában az, hogy a háziorvosok korlátozott kompetenciával rendelkeznek főként az innovatív, magasabb árú gyógyszerek felírásának esetében. A szakorvos által felírt recepteknél magasabb a térítési arány.

A beutaló esetében a legtöbbször (60% [53,5-66,4%]) a betegek preferenciáját veszik figyelembe, míg a háziorvosok 35%-a [28,9-41,4%-a] inkább a saját döntéseit részesíti előnyben anélkül, hogy megbeszelné azt a betegekkel.

A röntgenberendezés megközelíthetőségét tekintve ugyanabban az épületben érhető el, ahol a rendelő található az esetek, 4%-ában [1,5-6,6%], míg 89%-ban [85,1-93,3%] könnyen megközelíthető és mindössze 7%-ban [3,8-10,6%-ban] fordul elő, hogy messze van. A legközelebbi háziorvosi praxis ugyanabban az épületben van 39%-ban [32,8-45,6%], 10 km-en belül van 55%-ban [48,4-61,5%]. A legközelebbi ambulancia 10%-ban [6-13,8%] volt ugyanabban az épületben, illetve 10 km-nél nincs messzebb az esetek 57%-ában [50,7-63,7%]. A legközelebbi kórházak fele is ebben a tartományban volt.

A megkérdezett praxisok hétköznapi 6,7 [3,5-10,1%] rendelési időt kínálnak. Az esti, ügyeleti és készenléti időszakban az ellátás elérhetősége praxisonként eltérő, bár ezek 32%-a [25,8-38,1%] még 18 óra után is nyitvatart. Magyarországon a lakosság/lakosok számára elérhetőek az ügyeleti szolgáltatások, de a háziorvosok részvétele az ügyeletben eltérő. 11-18%-uk arról számolt be, hogy a kollégákkal forgó rendszerben látják el az ügyeletet, míg a háziorvosok 14%-a [9,4-18,5%] mindig elérhető volt páciensei számára, akár hétvégén is. A legtöbb kórházi sürgősségi és központ alapú nem sürgősségi ellátást más orvosok látják el. A szolgáltatásokat nagyon eltérő módon szervezik, a segélyszolgálatok és a helyi önkormányzatok közötti helyi szerződések függvényében.

A magyar alapellátásban kezdetben rutinszerűen nem használtak időpontot. Napjainkban a háziorvosok 23%-a [17,4-28,5%] ad előjegyzést, 59%-uk [52,5-65,5%] pedig meghatároz egy időszávot az akut betegek ellátására.

A gyógyszerek ára csak az elmúlt évtizedben vált érdekessé a magyar betegek számára és ezt a háziorvosok is tudják. Szinte mindegyikük az olcsóbb, egyenértékű gyógyszert írja fel és 87%-uk [82,5-91,4%] ingyenes gyógyszermintát ad, ha van erre lehetősége. Az orvosok becslése szerint a betegek 13%-a [8,6-17,5%] gyakran, 61%-uk [54,4-67,2%] időnként késleltette anyagi okok miatt az orvosi vizsgálatot.

5.4.5. Bejelentkezés a praxisba

A praxisokba bekerülő új betegek közel fele (48% [41,6-54,8%]) átadja a kórlapját, kartonját, vagy azt az előző háziorvos elküldi, 41%-uk [34,5-47,5%] a korábbi karton átadása nélkül jelentkezett be. Magyarországon a háziorvosoknak el kell fogadniuk minden olyan lakos bejelentkezését, aki területileg a praxishoz tartozik. 43%-uk [36,3-49,3%] soha nem alkalmaz korlátozást, 34%-uk [27,6-40%] elutasítja a más területről származó betegeket, 5%-uk [2,1-7,8%] pedig figyelembe veszi a betegek korábbi kórtörténetét. Magyarországon a bejelentkezett betegek bizonyos száma felett pénzügyi megszorítások érvényesülnek; ez lehet az oka annak, hogy a háziorvosok 12%-a [7,9-16,5%] korábban figyelembe vette a beteglistán szereplő számokat.

A nem biztosított betegeket a háziorvosok 41% mindig fogadja, 24%-uk azonban csak sürgős esetben.

5.4.6. Együttműködés más szakorvosokkal, beutalás

A beutaló írásánál a háziorvosok korábbi tapasztalatai a meghatározóak (58% [51,6-64,6%]), továbbá figyelembe veszik még: a betegek utazási távolságát (42% [35,4-48,4%]), a páciens saját preferenciáját (37% [30,6-43,3%]), a várható várakozási időt (39% [32,8-45,6%]), más betegektől kapott összehasonlító információt a szakorvosról (22% [16,6-27,5%]) és a betegek költségeit (46% [39,4-52,5%]).

A praxis nővér alkalmazása Magyarországon kötelező, de a háziorvosok 5%-a [2,1-7,8%] ténylegesen praxisnővér nélkül dolgozott. Egyéb egészségügyi szakembereket jóval kisebb arányban alkalmaznak, például recepcióst (28% [22-33,8%]), szülésznőt (0,5% [-0,4-1,3%]) és laboránst (2,2% [0,3-4,2%]). Ugyanazokban a központokban, ahol a megkérdezett háziorvosok dolgoztak, más szakemberek is rendelkezésre álltak: házi ápolónő (7,7% [4,2-

11,2%]), pszichiátriai nővér (1,8% [0,1-3,6%]), fogorvos (4,5% [1,8-7,2%]), gyógyszerész (2% [0,1-3,6%]), szociális munkás (4,1% [1,5-6,6%]), és praxis menedzser (1% [-0,3-2,1%]).

A praxis nővérek bizonyos területeken magas kompetenciával rendelkeznek. Önállóan végeznek védőoltást/oltást (a praxisok 70%-ában [63,8-75,9%]), tanácsokat adnak egészségfejlesztéssel, életmóddal, dohányzásról való leszokással (83%-ban [77,9-87,8%]) kapcsolatban, rendszeresen ellenőriznek krónikus betegeket (80% [74,9-85,4%]) és olyan kisebb beavatkozásokat végeznek, mint a fülmosás, vagy a sebkezelés (83%-ban [77,9-87,8%]).

A beutalókat (beleértve az iránydiagnózist és a vizsgálati eredmények részleteit is) a háziorvos írja mindig (48% [41,6-54,8%]), a legtöbb esetben (41% [34,5-47,5%]) és ritkán (10% [6-13,8%]) a betegek részére. Szakorvossal való konzultációt követően mindig (40% [33,6-46,5%]), általában (25% [19,5-30,9%]), ritkán vagy soha (25% [19,5-30,9%]) megbeszéljük a beteggel a javasolt terápiát, illetve a megállapított diagnózist.

A beteg kórházból való hazabocsátása után az orvosok 81%-a [75,9-86,2%] 1-4 napon belül, 5%-uk [2,1-7,8%] 5-4 napon belül kap zárójelentést, a másik 13%-uk [8,6-17,5%] pedig arra panaszkodott, hogy soha, vagy csak nagyon ritkán kap.

A hazai háziorvosok szinte minden krónikus betegség (cukorbetegség, magas vérnyomás, szívinfarktus, mozgásszervi problémák, mentális zavarok, sőt palliatív ellátás) kezelésében is részt vesznek, míg a szükséges beavatkozásokat, beavatkozásokat általában sebész szakorvosok (urológus, fül-orr-gégész stb.) végzik.

Minden magyarországi háziorvosi praxis számítógépet használ, speciális szoftverrel a háziorvosok számára.

A betegek vérnyomásának mérése általában (79,3% [73,9-84,6%]) rutinvizsgálat részeként történik, függetlenül a rendelés okától. A dohányzásról való leszokás, a diéta, a fizikai aktivitás és az alkoholproblémák a leggyakoribb témái az életmód-konzultációknak, ezeket megbeszéljük a betegekkel az idők körülbelül 90%-ában [86,2-94,0%]. A háziorvosok rutinszerűen részt vesznek a terhesgondozásban (51% [44,3-57,5%]), az immunizálásban (29% [22,9-34,8%]), a gyermekek fejlődésének monitorozásában, az influenza elleni védőoltásban (96% [93,4-98,5%]) és a palliatív ellátásban (87% [82,5-91,4%]).

A foglalkozás-egészségügyi problémákat ritkán beszéljük meg a háziorvosokkal, beleértve a munkahelyi baleseteket is. Ha az orvosok gyakori légúti problémákat, ismétlődő ételmérgezést diagnosztizálnak egy-egy körzet lakossága körében, azokat általában bejelentik az illetékes hatóságnak.

5.4.7. Burn out

Munkahelyi stresszről a háziorvosok 27%-a [21,2-32,9%] számolt be, és 48,2%-uk [41,6-54,8%] érezte úgy, hogy felesleges adminisztratív feladatokkal van túlterhelve. A háziorvosok fele (54% [47,5-60,6%]) tartotta érdekesnek a munkáját, míg csak 13%-uk [8,6-17,5%] vélekedett úgy, hogy jól megbecsült munkával rendelkeznek és még kevesebben (2,2% [0,3-4,2%]) találták meg az ideális egyensúlyt az erőfeszítések és a jutalom között.

6. MEGBESZÉLÉS

6.1. Összehasonlítás a tanulmány többi résztvevőjével

A QUALICOPC-tanulmány kiváló lehetőséget adott minden résztvevő ország számára saját egészségügyi rendszerük értékelésére és ország specifikus problémáik feltárására. A hatalmas adatmennyiség nagy teret igényel a bemutatáshoz. Többségük bekerült a NIVEL kutatójának PhD tézisébe.

Egyes résztvevő országok által publikált tanulmányok az adatoknak csak egy korlátozott részére koncentráltak, amelyek fontosak voltak az adott ország számára. A betegek tapasztalatai különböztek a magán- és az állami szektorban. A magánszektorba látogató betegek gördülékenyebbnek látták az ellátást, azonban nehezebben jutottak ügyeleti időben ellátáshoz. A Görögországban megkérdezett betegek az alapellátással kapcsolatos elemeket a értékelték a legjobbra. Fokozott hangsúlyt kell helyezni a betegközpontú megközelítésekre, és előtérbe kell helyezni a minőségfejlesztési tevékenységeket. Az állami és a magán alapellátás egyes országokban eltérő. Ez a társadalmi egyenlőtlenség oka és következménye. Az alapellátást nyújtók többnyire Ausztriában és Lengyelországban voltak elégedetlenek rendszerükkel és munkakörülményeikkel. Összehasonlították a praxisok infrastruktúráit is. Fontos lehet a fogyatékkal élő betegek szempontjából az alapellátás akadálymentesítése is. E lehetőség tekintetében Magyarország az országok között a medián szint köré került.

Bár csak egy egészségügyi központon belüli praxis került felmérésre, kiderült, hogy a háziorvosok mono- és multidiszciplináris helymeghatározása pozitív háziorvosi eredményekhez kapcsolódik, mint például a technikai eljárások szélesebb körű biztosítása, a különböző szolgáltatók közötti fokozott együttműködés és szélesebb körű koordináció a másodlagos ellátással. Mindazonáltal a háziorvosok közös elhelyezkedése, különösen multidiszciplináris környezetben, a betegek kevésbé pozitív tapasztalataihoz kapcsolódik, különösen azokban az országokban, ahol az egészségügyi rendszert gyenge alapellátási struktúra jellemzi.

A betegek pozitívabb tapasztalatokat szereztek, amikor háziorvosuk szélesebb körű szolgáltatást nyújtott. Az erősebb nemzeti alapellátási struktúra és a magasabb általános egészségügyi kiadások a folyamatosság és a rendszer stabilitása szempontjából kedvezőbb a betegek megítélése szerint. A tanulmány egyenlőtlenségeket is feltárt: a migrációs háttérű betegek kevésbé pozitív tapasztalatokról számoltak be. Az alacsonyabb jövedelműek anyagi okokból gyakrabban halasztották el a háziorvosi viziteket. A volt kommunista országokban és

Törökországban a háziorvosok fokozottan részt vesznek a szolgáltatások nyújtásában. A nyugat-európai fejlődés kevésbé volt szembetűnő.

Azokban az országokban, ahol a lakosság nagy része migráns származású, összehasonlították a háziorvosok és a betegek tapasztalatait. A betegek tapasztalatai nem változtak a háziorvosok migrációs státuszától függően. Bár a diszkrimináció nem volt gyakori, az első generációs migráns betegek több diszkriminációt tapasztaltak. Az alapellátásnak megkülönböztetéstől mentes ellátást kell biztosítania, a háziorvosokat érzékenyíteni kell erre vonatkozó képzésekkel. A legfontosabb üzenetként azt fogalmazhatjuk meg, hogy a migráns háziorvosok százalékos arányában nagy különbségek voltak az országok között. A migráns háziorvosok praxisaiban átlag feletti arányban voltak etnikai kisebbségekhez tartozók. Általánosságban elmondható, hogy a betegek diszkriminációt tapasztaltak a háziorvosokkal és a praxis személyzetével szemben, de az első generációs migráns betegek gyakrabban tapasztaltak diszkriminációt, amikor helyi származású háziorvoshoz fordultak.

A Magyarországon hatályos jogszabályok szerint szigorúan tilos az etnikai vagy nemzeti származást bármilyen egészségügyi vagy hatósági aktába bejegyezni. A szomszédos Szlovéniában, ahol a lakosság 6,5%-a migráns, gyakran tapasztalnak negatív hozzáállást a háziorvosoktól. Magyarországon a roma lakosság a „kisebbség többsége”, az ország teljes lakosságának 4-11%-át teszi ki. A pontos arány a fent említett szabályozás miatt nem ismert. Eltérő életmódjuk és talán genetikai hátterük miatt elvárásaik is eltérőek lehetnek.

6.2. A betegek tapasztalatai és elvárásai

A betegek többnyire az alábbi elvárásokat fogalmazták meg az alapellátással szemben: könnyű hozzáférés a szolgáltatásokhoz; a panaszok széles körét lássák el; rendelkezésre állás és rövid várakozási idő; lehetőség otthoni látogatásra; udvarias kommunikáció; az orvosok legyen jó tudású és jó modorú; ne legyen akadálya a beutalásoknak; közös döntéshozatal a kezeléssel és a választható lehetőségekről; ne sűrűszen az idő a konzultációk során és az itt megadott egyértelmű utasítások; könnyen beszerezhető vények; frissített egészségügyi feljegyzések, beleértve az orvos által rendelkezésre álló információkat az életkörülményekről; a betegek társadalmi és kulturális háttere. Ami a betegek elvárásait illeti, a legtöbb ember számára a konzultáció érzelmi és emberi jellemzői, valamint a klinikai eredmények számítottak.

Körülményekkel kapcsolatos elvárások az alábbiak voltak: tisztaság a háziorvosi rendelőben, megfelelő tájékoztatás a rendelési időről, az előjegyzett időpontok betartása,

segítőképző személyzet, az orvos legyen hozzáértő, tapasztalt, könnyen elérhető, a személyzet bánjon tisztelettel a betegekkel. Ezen túlmenően a páciensek preferálják, ha bevonják őket a terápiával kapcsolatos döntésekbe.

Nem volt látványos különbség a különböző korcsoportok elvárásai között. A magyar betegek preferenciái és elvárásai nem mindig voltak összhangban tapasztalataikkal és értékrendjükkel. Sajnos a megelőző szolgáltatások nem valósulnak meg megfelelően a magyar alapellátásban; az orvoslátogatások okai többnyire krónikus betegségek gondozása, vagy akut panaszok. Az új szabályozás talán lehetővé teszi majd, hogy a prevenciók tevékenységeire több időt szánjanak a háziorvosok és ehhez remélhetőleg rendelkezésre áll majd a megfelelően díjazás is. Az oktatási anyagot már korábban kidolgozták ehhez.

A magyar háziorvosok hagyományosan számos szociális ügyel kapcsolatban látnak el teendőket, köztük adminisztratív feladatokat. Az elmúlt 60 évben az alapellátók számítottak stabil pontnak a rendszerben (beleértve a kommunizmus évtizedeit is), azokban az években is, amikor „reformok” indultak az egészségügyben. A jövőben nagyobb hangsúlyt kell fektetni a személyközpontú ellátásra, a betegek nagyobb mértékű bevonására a döntéshozatalba, valamint a megelőző szolgáltatások megfelelő ellátására. A betegeknek méltányos bánásmódra, az ellátáshoz való gyors hozzáférésre és az alapellátási szolgáltatások jó minőségére van szükségük.

Magyarországon és a legtöbb részt vevő országban a QUALICOPC-tanulmány az egészségügyi alapellátó rendszerrel való lakossági elégedettséget igazolta. A magyar lakosság továbbra is elégedett az alapellátással, bár a többi egészségügyi szint (főleg a kórházak) teljesítményét negatívan értékelik. Az értékelt folyamatindikátorok (hozzáférhetőség, folytonosság, átfogóság és koordináció) közül az egészségügyi kimeneti mutatók egyenlőségével együtt kielégítőre értékelték, míg a minőség és a hatékonyság romlott az előző években, mert az ellátás más szintjei befolyásolták azt (szakellátás).

6.3. Praxis és háziiorvosi kérdőív

A kérdőívekben megfogalmazott kérdések eltérő jelentéssel bírhatnak a különböző nemzeti rendszerekben dolgozó házi orvosok számára, különös tekintettel a praxis szerkezetére, a biztosítási rendszerre és a javadalmazásra vonatkozóan.

Az elmúlt 2 évtizedben látványos javulás volt tapasztalható a magyar alapellátásban a szolgáltatási színvonal és az anyagi juttatások tekintetében, bár ez még így is messze van a „nyugat-európai” elvárásoktól.

A magyar alapellátók rendelkezésre álló műszerei, eszközei, szakmai kompetenciái többnyire megegyeznek a többi EU-tagállamban dolgozó házi orvosokéval, bár a „kapuőr” szerep gyenge a megfelelő anyagi érdekeltség nélkül. A falusi orvosok kapuőr szerepe nem tér el lényegesen a városi gyakorlattól. Számos gyógyszer létezik, főleg innovatív és drága gyógyszerek, amelyeknél csak szakorvosok írhatnak fel receptet, vagy csak az ő írásos javaslatukra rendelheti azokat a házi orvos.

A magyar házi orvosok általában hosszabb ideig dolgoznak, mint a holland kollégák, és majdnem ugyanannyit, mint az Egyesült Királyságban praktizálók. Az elmúlt években a magyar orvosok körében leírták a kiégés, a foglalkozási stressz sajátos társadalmi-demográfiai és munkával kapcsolatos összefüggéseit.

6.4. Korlátok és erősségek

Vizsgálataink csak a közelmúlt magyar jellemzőire irányultak; a betegek preferenciáikra és tapasztalataikra adott válaszait a nemzeti sajátosságok és az alapellátás változatosságának figyelembevételével kell értékelni.

A kérdőív lefordítása és elindítása után nem volt lehetőség a különböző nemzeti körülmények között eltérő jelentésű kérdések tisztázására, vagy magyarázatára. A kérdések válaszlehetőségeit gyakran össze kell vonni a táblázatokban az adott válaszlehetőség alacsony aránya miatt. Az adatok egy része irrelevánságuk miatt nem került bemutatásra.

A tanulmány előtt és azóta sem történt ilyen széles körű értékelés Magyarországon. A QUALICOPC projekthez kidolgozott módszernek és kérdőívnek köszönhetően átfogó áttekintést tudunk adni a magyar alapellátás aktuális helyzetéről a vizsgált téma keretében. Bár az elmúlt évben elindult néhány ígéretes kezdeményezés, az alapellátás szerkezete alapvetően nem változott; megállapításaink napjainkban is érvényesek maradtak.

Az országos és földrajzi reprezentativitást célozta meg a tanulmány, az összes gyakorló házi orvos 3%-ától sikerült adatokat nyerni. Átlagéletkoruk 2 évvel volt alacsonyabb az

országos átlagnál. A gyakorlatban eltöltött idő, az orvosok életkora és neme szerint minimális, vagy egyáltalán nem volt szignifikáns különbség a válaszok között.

6.5. A QUALICOPC tanulmány eredményei a gyakorlatban

Az elmúlt évtizedben volt egy modellkísérlet, amely 2013-ban indult. A svájci kormány forrásokat adományozott Magyarországnak különböző gazdasági és egészségügyi projektek támogatására. A résztvevő 6 praxisközösség (klaszter) között szoros együttműködés alakult ki, és új szereplők is bevonásra kerültek (egészségügyi közvetítő). A háziorvosi ellátást a projektben alkalmazott népegészségügyi szakorvos, dietetikus és gyógytornász támogatta. Sajnos a projekt korlátozott időtartamú volt, mindössze 27 hónapig; így ennek valós eredménye még az egészségpolitikai döntéshozók körében sem tudott megfelelő szakmai ismereteket szerezni.

Később további, az EU és a kormány által alapított projektek is indultak. A meghirdetett cél a praxisok közötti partnerségek kialakítása volt a praxisközösségi rendszerben, az önálló praxisok szorosabb együttműködésére és más szakemberek (dietetikusok, gyógytornász, pszichológus stb.) alkalmazására.

2019-ben további projekteket hirdettek meg „3 generáció” címmel. Bár kevésbé volt bürokratikus, de rövidebb futamidejük volt, mindössze 18 hónap. A folyamatban lévő projektek közül sok komoly nehézségekkel küzdött a COVID-19 világjárvány miatt, ami lehetetlenné tette a személyes részvételét igénylő elemek teljesítését.

2019-ben és 2020-ban egy uniós finanszírozású projekt értékelte a magyar alapellátás szerkezetét és teljesítményét, beleértve az oktatást és a szakképzést is.

Így írták: „Magyarországon volt a második legmagasabb megelőzhető halálozás az Európai Unió tagállamai között az Európai Unió statisztikai hivatalának (Eurostat) legfrissebb, 2015-ös jelentése szerint (418/100 000). Magyarországon kiemelkedően magas a nem fertőző betegségek okozta halálozás, ami nagymértékben annak tudható be, hogy nem végeznek megelőző vizsgálatokat az egészségügyi alapellátás szintjén. Ha a jövőben kiépülő rendszer erősíti a krónikus betegségek kockázati tényezőinek korai felismerését, minőségi mutatókat vezet be a krónikus betegségben szenvedő betegek kezelésében, akkor az alapellátásban a munkaterhelés jelentősen megnő. Ezért az egészségügyi ellátási szolgáltatások fejlesztéséhez kapacitásbővítésre van szükség a magyar alapellátásban”.

Jelenleg egy tipikus háziiorvosi rendelő személyzete egy háziorvosból (aki a praxis tulajdonosa) és egy nővérből áll, aki a háziorvos alkalmazottja. A legfontosabb ajánlások olyan praxisközösségek kialakítására vonatkoznak, ahol a multidiszciplináris teamek integrált ellátást tudnak nyújtani a lakosságnak: „A csapattagokat anyagilag és kompetenciafejlesztéssel, valamint jobb, együttműködőbb munkakörnyezettel, valamint együttműködésre építő rendszer kialakításával kell motiválni az egészségügyben. Bizonyos oktatási és képzési programokat kell kidolgozni az ismeretek, készségek és kompetenciák bővítése érdekében; az egész rendszert azonban anyagilag támogatni kell”.

Az alapellátás bevezetése és a „körzeti orvosok” rendszerének felváltása óta; szomszédaink, a volt „szocialista” országok hasonló problémákkal küzdenek, bár néhányan rendszerük szisztematikus változtatásával próbálták ezeket megoldani.

6.6. Ajánlások. Hogyan lehetne fejleszteni a magyar alapellátást?

Az előző fejezetek a jövőre vonatkozó ajánlások alapjául szolgáltak. A struktúra, a feltételek és a munkaerő-fejlesztés terén még bőven van mit javítani. A döntéshozóknak be kell látniuk, hogy a rendszer jelenlegi formában való fenntartása lehetetlennek tűnik.

A humánerőforrás hiánya, a szakmai kompetenciák csökkenése, az alapellátási irányelvek és a megbízható minőségi mutatók hiánya, a hatalmas adminisztrációs teher az elmúlt évtizedek nem megfelelő egészségpolitikájának következményei. A munkaerő problémákat meg lehetne oldani, ha az alapképzésben nagyobb hangsúlyt fektetnének az alapellátásra, és vonzó szakmai pályát kínálnának megfelelő javadalmazással a családorvosnak készülő fiatal orvosok számára. A szakképzés követelményei is javíthatók a háziorvosok professzionálisabb képzésével és a CME képzések során is. Kormányzati feladat a lakosság alacsony egészségügyi műveltségének javítása amellet, hogy az egészségügyi ellátórendszerben az alapellátást előtérbe helyezzük. Az alapellátásra vonatkozó jogszabályoknak koncepcionális tervezésen és a szakmai testületek konszenzusán kell alapulniuk.

A betegek (ellátást igénybe vevők) körében a jelenlegi rendszer továbbra is működik, bár a betegek megjelenési száma magas, elsősorban az adminisztratív feladatok és a másodlagos ellátásba való formális beutalások miatt. Felmérésünk eredményei alapján a magyar betegek nagyon gyakran veszik igénybe a sürgősségi ellátást. Ez a probléma csökkenthető lenne a szisztematikus betegoktatással, kezdve az iskolákban és a médián keresztül. A közelmúlt járványának néhány pozitív hozadéka, hogy a lakosság körében megnőtt a hajlandóság az időpontfoglalásra, valamint a távkonzultáció alkalmazására. Az e-receptek hivatalos

elfogadása is népszerűvé vált a betegek körében ezért a telemedicinát továbbra is fenn kell tartani és fejleszteni.

Meg kell oldani a humánerőforrás problémáit, a személyzet, az orvosok, ápolók fluktuációját. Ez megköveteli a leendő munkatársak szisztematikus (alap- és posztgraduális) oktatását, vonzó munka- és pénzügyi feltételeket teremtve számukra. Arra kell ösztönözni az orvostanhallgatókat, hogy szakterületként válasszák a családorvoslást.

Szakmai értelemben elemezni kell a korábbi értékelések eredményeit, ki kell dolgozni a minőségbiztosítást, a megfelelő teljesítménymutatókon alapuló kifizetéseket. A megelőző szolgáltatásokat megfelelően kell megvalósítani az alapellátásban. Kevesebb és racionális adminisztrációs feladatra van szükség. Az egész rendszert megfelelő és könnyen kezelhető informatikai rendszerrel kell támogatni. Világos jogszabályokra van szükség az alapellátók és a szakorvosok közötti kommunikáció javításához, ami az utóbbi időben gyakran elégtelen. Konkrét alapellátás-orientált irányelveket kell kidolgozni, aktualizálva a korábbiakat. Az alapellátás új struktúráinak tiszteletben kell tartaniuk a helyi igényeket, elkerülve az egységesítést és az irracionális kötelezettségeket.

A döntéshozóktól egyértelmű jövőkép kialakítását, az elmúlt években tapasztalt zavaros szabályozások felszámolását, egyértelmű kommunikáció kialakítását, a közelmúltban kiadott szabályozások szakmai tartalommal való megtöltését és a politikai ígérek megvalósítását várja az egészségügy. Egy színvonalasabb alapellátási rendszer jelentősen javítaná a teljes magyar lakosság egészségi állapotát.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

A családorvoslás önálló szakterületként való elismerése az 1970-es években kezdődött, és ezt követte a háziorvostan képzés és a rezidensprogramok kialakítása. Az alapellátás hagyományos feladatai és kapcsolatai az egyén longitudinális és átfogó ellátása, a családi kapcsolatokban és az előzetes ismeretekben rejlő erőforrások felhasználásával. Az egészségügyi szolgáltatások kutatásának egyik fő kihívása annak bemutatása, hogy az egészségügyi alapellátás mely konfigurációi vezetnek jobb eredményekhez a minőség, a méltányosság és a költségek tekintetében.

A QUALICOPC projekt célja az európai alapellátási rendszerek minőségi, méltányossági és költség kritériumok szerinti értékelése. A QUALICOPC megvizsgálja, hogy mit takar egy erős alapellátási rendszer és választ kíván adni arra a kérdésre: Milyen hatással van az alapellátó rendszer ereje a teljes egészségügyi ellátórendszer teljesítményére?

Az adatgyűjtés három szintre összpontosult: az egészségügyi ellátórendszerre, a háziorvosi praxisra és a betegekre. Vizsgálataink csak a közelmúlt hazai jellemzőire koncentráltak; a betegek preferenciákra és tapasztalatokra adott válaszait az eltérő nemzeti sajátosságok és az alapellátás változatos felépítésének figyelembevételével kell értékelni. Az eredmények reprezentatív áttekintést adtak a magyar alapellátás jelenlegi helyzetéről a vizsgált témakör keretében. Magyarországon és a legtöbb résztvevő országban a QUALICOPC vizsgálat magas lakossági elégedettséget igazolt az egészségügyi alapellátó rendszerrel kapcsolatban. A folyamatmutatókat (elérhetőség, folytonosság, átfogóság és koordináció) kielégítőnek minősítették, az egészségügyi kimeneti mutatók egyenlőségével együtt, míg a minőség és a hatékonyság romlott az előző években, mert az ellátás más szintjei (szakellátás, kórházak) is romlottak. A háziorvosi kérdőívek szerint a hazai alapellátók műszerei, eszközei és szakmai kompetenciái megegyeznek a többi EU tagállam háziorvosainak többségével, bár a „kapuőr” funkció gyengébb. A szolgáltatás minőségének javítását célzó pénzügyi ösztönzők fontos eszközt jelenthetnek. Az elmúlt években a kiégés, a foglalkozási stressz specifikus társadalmi-demográfiai és munkával összefüggő összefüggéseit magyar orvosokon is leírták. A struktúrában, a feltételekben és a munkaerő-fejlesztésben még komoly fejlesztési lehetőségek rejlenek. A döntéshozóknak meg kell érteniük, hogy jelenlegi formájában a rendszer hosszú távon fenntarthatatlan.

8. TÁRGYSZAVAK

Háziorvosi praxis, egészségügyi szolgáltatás, Magyarország, családorvoslás, alapellátás, QUALICOPC tanulmány.

9. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretném kifejezni köszönetemet témavezetőmnek, Rurik Imre Professzor Úrnak, aki azóta támogatja szakmai fejlődésemet, amióta a Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszéken megkezdtem a munkámat. Hálás vagyok a lehetőségért, hogy csatlakozhattam kutatócsoportjához és köszönettel tartozom minden értékes tanácsáért, bátorításért és főleg türelméért, amit tanúsított a PhD tanulmányaim során. Mindvégig időt és energiát nem kímélve segítette szakmai előmeneteletemet.

Hálás vagyok kollégáimnak, Ilyés István Professzor Úrnak, Jancsó Zoltán Adjunktus Úrnak, Kolozsvári Lászlónak Tanár Úrnak, Semanová Csillának, Szöllősi Gergő Józsefnek, valamint Ungvári Tímeának a tanulmányaim során nyújtott segítségükért és felbecsülhetetlen értékű tanácsaikért.

Köszönettel tartozom Rusznyák Sándorné kolléganőmnek az adminisztratív ügyekben nyújtott segítségért.

Őszinte tiszteletemet szeretném kifejezni a kérdőíves felmérések elvégzésében, összegyűjtésében közreműködő kollégák felé.

Szeretnék köszönetet mondani a szüleimnek a folyamatos támogatásukért és húgomnak az angol nyelvű lektorálásért. Végül, de nem utolsó sorban, különösen hálás vagyok a férjemnek és a gyermekeimnek. Az elmúlt években tapasztalt óriási megértésük és bátorításuk nélkül nem tudtam volna befejezni PhD tanulmányaimat.



Nyilvántartási szám: DEENK/157/2022.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Nánási Anna

Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. Rurik, I., **Nánási, A.**, Jancsó, Z., Kalabay, L., Láncki, L., Móczár, C., Semánová, C., Schmidt, P., Torzsa, P., Ungvári, T., Kolozsvári, L. R.: Evaluation of primary care services in Hungary A comprehensive description of provision, professional competences, cooperation, financing, and infrastructure, based on the findings of the Hungarian-arm of the QUALICOPC Study. *Prim. Health Care Res. Dev.* 22, 1-8, 2021.
IF: 1.458 (2020)
2. **Nánási, A.**, Ungvári, T., Kolozsvári, L. R., Kolozsváriné Harsányi, S., Jancsó, Z., Láncki, L., Mester, L., Móczár, C., Semánová, C., Schmidt, P., Szidor, J., Torzsa, P., Végh, M., Rurik, I.: Expectations, values, preferences and experiences of Hungarian primary care population when accessing services. *Prim. Health Care Res. Dev.* 22, 1-7, 2021.
IF: 1.458 (2020)

További közlemények

3. Giménez-Legarre, N., Santaliestra-Pasías, A. M., Cardon, G., Rurik, I., Iotova, V., Kivelä, J., Liatis, S., Makrilakis, K., Mavrogianni, C., Milenkovic, T., **Nánási, A.**, Tankova, T., Timpel, P., Willems, R., Manios, Y., Moreno, L. A., Feel4Diabetes-Study Group: Cross-Sectional Associations Between Mothers and Children's Breakfast Routine-The Feel4Diabetes-Study. *Nutrients.* 13 (3), 1-16, 2021.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/nu13030720>
IF: 5.717 (2020)
4. Jancsó, Z., Rurik, I., Kolozsvári, L. R., Mester, L., **Nánási, A.**, Oláh, C., Ungvári, T., Tóth-Vraskó, K., Kalabay, L., Torzsa, P.: Care management of patients with high cardiovascular risk in Hungary an international and Hungarian longitudinal comparison of target level achievement. *BMC Fam. Pract.* 21 (1), 1-8, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-020-01150-9>
IF: 2.497



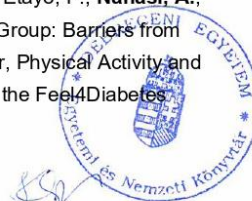


5. Anastasiou, C. A., Fappa, E., Zachari, K., Mavrogianni, C., Van Stappen, V., Kivelä, J., Virtanen, E., González-Gil, E., Flores-Barrantes, P., **Nánási, A.**, Semánová, C., Dimova, R., Usheva, N., Iotova, V., Cardon, G., Manios, Y., Makrilakis, K., **Feel4Diabetes-Study Group**: Development and reliability of questionnaires for the assessment of diet and physical activity behaviors in a multi-country sample in Europe the Feel4Diabetes Study. *BMC Endocr Disord.* 20 (Suppl.), 1-7, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12902-019-0469-x>
IF: 2.763
6. Rurik, I., Jancsó, Z., Kalabay, L., Láncki, L., Mester, L., Móczár, C., **Nánási, A.**, Semánová, C., Schmidt, P., Szidor, J., Tamás, H., Torzsa, P., Ungvári, T., Végh, M., Tóth-Vraukó, K., Kolozsvári, L. R.: Evaluation of primary care services in Hungary. *Research Square* 2020, 1-23, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.21203/rs.2.22555/v1>
7. Androutsos, O., Anastasiou, C. A., Lambrinou, C. P., Mavrogianni, C., Cardon, G., Van Stappen, V., Kivelä, J., Wikström, K., Moreno, L. A., Iotova, V., Tsochev, K., Chakarova, N., Ungvári, T., Jancsó, Z., Makrilakis, K., Manios, Y., **Feel4Diabetes-Study Group**: Intra- and inter-observer reliability of anthropometric measurements and blood pressure in primary schoolchildren and adults: the Feel4Diabetes-study. *BMC Endocr Disord.* 20 (Suppl.), 1-6, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12902-020-0501-1>
8. Karatzi, K., Moschonis, G., Botsi, E., Liatis, S., Tsochev, K., De Miguel-Etayo, P., Kivelä, J., Wikström, K., Dimova, R., Antal, E., Lamiquiz-Moneo, I., Rurik, I., Cardon, G., Iotova, V., Makrilakis, K., Manios, Y., **Feel4Diabetes-Study Group**: Lipidemic Profile Changes over a Two-Year Intervention Period: who Benefited Most from the Feel4Diabetes Program? *Nutrients.* 12, 1-16, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/nu12123736>
9. Kivelä, J., Wikström, K., Virtanen, E., Georgoulis, M., Cardon, G., Civeira, F., Iotova, V., Karuranga, E., Ko, W., Liatis, S., Makrilakis, K., Manios, Y., Mateo-Gallego, R., **Nánási, A.**, Rurik, I., Tankova, T., Tsochev, K., Van Stappen, V., Lindström, J., **Feel4Diabetes-Study Group**: Obtaining evidence base for the development of Feel4Diabetes intervention to prevent type 2 diabetes: a narrative literature review. *BMC Endocr Disord.* 20 (Suppl.), 1-24, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12902-019-0468-y>
IF: 2.763
10. Heim, S., Kolozsvári, L. R., Márkus, B., Mester, L., Mészáros, M., **Nánási, A.**, Pipicz, M., Rimel, J., Kalmár, Z.: Oktatástechnikai kézikönyv családorvosok részére. Akadémiai Kiadó Rt, Budapest, 140 p., 2020.





11. Kyrou, I., Tsigos, C., Mavrogianni, C., Cardon, G., Van Stappen, V., Latomme, J., Kivelä, J., Wikström, K., Tsochev, K., **Nánási, A.**, Semánová, C., Mateo-Gallego, R., Lamiquiz-Moneo, I., Dafoulas, G., Timpel, P., Schwarz, P. E. H., Iotova, V., Tankova, T., Makrilakis, K., Manios, Y., Feel4Diabetes-Study Group: Sociodemographic and lifestyle-related risk factors for identifying vulnerable groups for type 2 diabetes: a narrative review with emphasis on data from Europe.
BMC Endocr Disord. 20 (Suppl.), 1-13, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12902-019-0463-3>
IF: 2.763
12. Latomme, J., Huys, N., Cardon, G., Morgan, P., Lateva, M., Chakarova, N., Kivelä, J., Lindström, J., Androutsos, O., González-Gil, E., De Miguel-Etayo, P., **Nánási, A.**, Kolozsvári, L. R., Manios, Y., De Craemer, M., Feel4Diabetes-Study Group: Do physical activity and screen time mediate the association between European fathers' and their children's weight status? Cross-sectional data from the Feel4Diabetes-study.
Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act. 16 (1), 1-11, 2019.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-019-0864-8>
IF: 6.714
13. Semánová, C., Rurik, S. E., Dózsa, C., Jancsó, Z., Kolozsvári, L. R., **Nánási, A.**, Pfeiferová, M., Rurik, I.: Primary care behind the former "Iron Curtain": changes and development of primary healthcare provision in the Eastern part of the European Union.
Prim Health Care Res Dev. 20, 1-9, 2019.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1463423619000410>
IF: 1.11
14. Tóth-Vraukó, K., Jancsó, Z., Kalabay, L., Lukács, A., Marácz, G., Mester, L., **Nánási, A.**, Rinfel, J., Sárosi, T., Tamás, F., Varga, A., Vitrai, J., Rurik, I.: An appraisal: how notifiable infectious diseases are reported by Hungarian family physicians.
BMC Infect. Dis. 18 (1), 45-61, 2018.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-018-2948-5>
IF: 2.565
15. Van Stappen, V., Latomme, J., Cardon, G., De Bourdeaudhuij, I., Lateva, M., Chakarova, N., Kivelä, J., Lindström, J., Androutsos, O., González-Gil, E., De Miguel-Etayo, P., **Nánási, A.**, Kolozsvári, L. R., Manios, Y., De Craemer, M., Feel4Diabetes-Study Group: Barriers from Multiple Perspectives Towards Physical Activity, Sedentary Behaviour, Physical Activity and Dietary Habits When Living in Low Socio-Economic Areas in Europe: the Feel4Diabetes Study.
Int. J. Environ. Res. Public Health. 15 (12), 2840, 2018.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15122840>
IF: 2.468





16. Rurik, I., Kolozsvári, L. R., Aarendonk, D., Angelaki, A., Ajduković, D., Dowrick, C., Dückers, M., Hoffmann, K., Jancsó, Z., Jirovsky, E., Katz, Z., Michili, E. A., van den, M. M., **Nánási, A.**, Petelos, E., Rotar Pavlič, D., Sifaki-Pistolla, D., Tamás, H., Palla, R., Ungvári, T., Lionis, C.: Menekültek, migránsok az alapellátásban: mit tanulhattunk az EUR-HUMAN projekt eredményeiből?
Orv. hetil. 159 (35), 1414-1422, 2018.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/650.2018.31187>
IF: 0.564
17. Latomme, J., Van Stappen, V., Cardon, G., Morgan, P., Lateva, M., Chakarova, N., Kivelä, J., Lindström, J., Androutsos, O., González-Gil, E., De Miguel-Etayo, P., **Nánási, A.**, Kolozsvári, L. R., Manios, Y., De Craemer, M.: The Association between Children's and Parents' Co-TV Viewing and Their Total Screen Time in Six European Countries: cross-Sectional Data from the Feel4diabetes-Study.
Int. J. Environ. Res. Public Health. 15 (11), 1-18, 2018.
DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15112599>
IF: 2.468
18. Rurik, I., Kolozsvári, L. R., **Nánási, A.**, Tamás, H., Ungvári, T., Jancsó, Z., Katz, Z.: EUR-HUMAN: oktatási, továbbképzési kiadvány a magyar alapellátásban dolgozó egészségügyi szolgáltatók, elsősorban orvosok számára, akik részt vesznek a menekültek, menedékkérők és egyéb bevándorlók ellátásában. [Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék, Debrecen, 215 p., 2016.]

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 35,308

**A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre):
2,916**

A DEENK a Jelölt által az iDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudománymetriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2022.04.06.

