

EGYETEMI DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

Katona Cintia

**Roma egészség-mediátorok az alapellátásban: segéd-
egészségőrök munkavégzésének és egészségi
állapotának vizsgálata az Alapellátás-fejlesztési
Modellprogramban**

DEBRECENI EGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA
DEBRECEN
2021

EGYETEMI DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

Roma egészség-mediátorok az alapellátásban: segéd- egészségőrök munkavégzésének és egészségi állapotának vizsgálata az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban

Katona Cintia

Témavezető: Prof. Dr. Kósa Karolina



DEBRECENI EGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA
DEBRECEN
2021

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS	6
<i>A roma népesség egészségi állapota</i>	6
<i>Az egészségügyi alapellátás univerzális koncepciója: az Alma-Atai Nyilatkozat</i>	9
<i>Az egészség nemcsak az egészségügyi ágazat felelőssége</i>	9
<i>Mediáció hátrányos helyzetűek és intézmények közt</i>	11
<i>Roma mediátorok működése Magyarországon a 2000-es években</i>	12
<i>Az Európa Tanács ROMED programja</i>	13
<i>Roma integráció az EU-ban és hazánkban</i>	15
<i>Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram</i>	15
<i>A Modellprogram humánerőforrása</i>	20
<i>Segéd-egészségőrök a Modellprogramban</i>	20
<i>Segéd-egészségőröknek nyújtott képzések</i>	21
<i>A segéd-egészségőrök feladatai</i>	22
CÉLKITŰZÉS	23
MÓDSZERTAN	23
<i>1. Segéd-egészségőrök munkavégzése</i>	23
A vizsgálat típusa	23
Célcsoport	23
Adatgyűjtés	24
Munkavégzést jellemző indikátorok képzése és elemzése	25
<i>2. Segéd-egészségőrök munkavégzéssel kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata</i>	26
A vizsgálat típusa	26
Az interjú struktúrája	27
Adatgyűjtés és -feldolgozás	27
Tartalomelemzés	28
<i>3. Segéd-egészségőrök mentális egészségének felmérése</i>	28
A vizsgálat típusa és célcsoportja	28
A felmérés kérdőíve	28
Adatgyűjtés	31
Adatelemzés	31
Összehasonlítás a hazai lakosság mentális egészségének jellemzőivel	32
EREDMÉNYEK	32
<i>1.A. Segéd-egészségőrök munkavégzése a Modellprogramban</i>	32

<i>1.B. Segéd-egészségőrök munkavégzése praxisközösségenként</i>	35
<i>2. Segéd-egészségőrök munkavégzéssel kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata</i>	38
1. témakör: Személyes jellemzők	40
2. témakör: Munkatapasztalatok.....	45
3. témakör: Jövőbeli kilátások és tervek.....	48
<i>3. Segéd-egészségőrök mentális egészségi állapotának változása</i>	49
A válaszadók demográfiai jellemzőinek alakulása.....	49
Az egészségi állapot változása a Program során	50
A mentális állapot változása OKJ végzettség szerint	52
A mentális állapot változása a magyar népesség átlagához képest	53
A kóros mértékű pszichés stresszt meghatározó tényezők modellezése	54
MEGBESZÉLÉS	55
<i>A kutatás kerete és az eredmények rövid összefoglalása</i>	55
A segéd-egészségőrök munkavégzése.....	56
Hozzájárulás az Egészségi Állapot Felmérés magas részvételi arányához	56
Segédegészségőrök működése a praxisközösségekben	57
Segéd-egészségőrök személyes tapasztalatai és munkával kapcsolatos attitűdjei.....	58
A munkahelyi integráció nehézségei.....	58
Segéd-egészségőrök egészségi állapotának nyomon követése.....	59
<i>A kutatás jelentősége</i>	60
Egészség-mediátor mint híd a szakember és a páciens közt	60
Egészség-mediátor mint közösségi egészségmunkás	61
<i>A kutatás előnyei és korlátai</i>	61
<i>Az egészségügyi alapellátás jövője</i>	63
<i>További kérdések, ajánlások</i>	64
Létező praxisközösségek további működtetése, új praxisközösségek létrehozása.....	65
A Modellprogramban kínált szolgáltatások megtartása	65
Mediátori munkakör létrehozása az alapellátásban	66
Mediátor továbbképzés kidolgozása és indítása	66
Továbbtanulás támogatása állami ösztöndíjjal hátrányos helyzetű járásokban élő felnőttek számára	66
ÚJ EREDMÉNYEK	68
ÖSSZEFOGLALÁS	70
SUMMARY	72
RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	74
TÁRGYSZAVAK	74

ANYAGI TÁMOGATÁS	74
ETIKAI ENGEDÉLY	74
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	75
AZ ÉRTEKEZÉS ALAPJÁUL SZOLGÁLÓ KÖZLEMÉNYEK	76

ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

<i>1. ábra Praxisközösségek felépítése és tevékenységei az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban ..</i>	18
<i>2. ábra Az ellátandó népesség különféle rétegei</i>	19
<i>3. ábra A praxisközösség munkatársai.....</i>	20
<i>4. ábra Segéd-egészségőrök alkalmazásának időtartama a Modellprogram teljes időtartama során (a vízszintes zöld sorok az egyes személyeket és alkalmazásuk időtartamát jelzik a Program hónapjaiban)</i>	24
<i>5. ábra A segéd-egészségőrök munkaidejének vizsgálatára kidolgozott indikátorok.....</i>	26
<i>6. ábra Segéd-egészségőrök munkaidejének összefüggése az egészségi állapotfelvevővel részt vettek arányával.....</i>	34
<i>7. ábra Segéd-egészségőrök munkaidejének összefüggése az egészségfejlesztési programokon részt vettek arányával</i>	35
<i>8. ábra A segéd-egészségőrök (egészség-mediátorok) munkatapasztalatai a Modellprogramban.....</i>	40
<i>1. táblázat A Modellprogram munkacsoportjai és ezek vezetői</i>	17
<i>2. táblázat A négy praxisközösség és településeik.....</i>	18
<i>3. táblázat A segéd-egészségőrök munkavégzés jellemzőinek összehasonlítása a Modellprogramban dolgozó háziorvosokkal és népegészségügyi szakemberekkel</i>	33
<i>4. táblázat A segéd-egészségőrök demográfiai jellemzői a Modellprogram elején és végén.....</i>	36
<i>5. táblázat A segéd-egészségőrök jellemzői praxisközösségenként a futamidő alatt.....</i>	36
<i>6. táblázat A segéd-egészségőrök alkalmazásának indikátor mutatóinak alakulása 2013. 07.01.- 2017.05.31. közt.....</i>	37
<i>7. táblázat A segéd-egészségőrök munkavégzésének indikátorai a futamidő során.....</i>	38
<i>8. táblázat Az interjúalanyok jellemzői</i>	39
<i>9. táblázat A segéd-egészségőrök demográfiai jellemzőinek változása.....</i>	50
<i>10. táblázat A segéd-egészségőrök egészségi állapotának és egészségmagatartásának változása.....</i>	51
<i>11. táblázat A lelki egészség mutatói segéd-egészségőrök körében 2013-2017 közt.....</i>	52
<i>12. táblázat A mentális egészség mutatói segéd-egészségőrök körében OKJ végzettség alapján.....</i>	52
<i>13. táblázat Segéd-egészségőrök lelki egészsége az általános populációhoz viszonyítva.....</i>	53
<i>14. táblázat A pszichés stressz logisztikus regressziós modelljeinek összehasonlítása⁺</i>	54

BEVEZETÉS

A roma népesség egészségi állapota

A nemzetiségi hovatartozás és az egészség összefüggése „cigánykérdés”-ként bukkant fel a hazai tudományos irodalomban évtizedekkel ezelőtt. A Népegészségügy című folyóiratban több mint egy tucat közlemény foglalkozott a témával a 2. világháború előtt. Farkas László tisztiorvos egy felvidéki járás 1938-1942 közti halálozási adatait vizsgálva mutatott rá a cigányság magasabb halálozására, amely kiemelten, 2,5-szeresen magasabb volt a cigány csecsemők körében [1]. Szabados Sámuel tisztiorvos vagyoni, vallási és nemzetiségi csoportok szerint vizsgálta Pest vármegye 1939. évi élvészületéseit, megállapítva, hogy az 1000 lélekre számított élvészületés a cigányokat is magába foglaló vagyontalanok körében volt a legnagyobb [2]. Heicinger János körorvos 1939-es közleményében – korabeli kollégáival egyetértésben – a cigánykérdést társadalmi problémának vélte, melynek megoldását – korabeli kollégái jórésszével ellentétben – társadalmi és szociológiai módszerekkel látta kivitelezhetőnek [3]. A háború után Galambos József, Mátészalka tisztifőorvosa a „járványrendészet” súlyos gondját jelentő cigánykérdés megoldására – a háború előtt felmerült javaslatokhoz képest lényegesen progresszívebb módon – állandó munkalehetőségek és munkáslakások biztosítását, valamint gazdálkodásra alkalmas telkek kiosztását, egészséges lakóházak építését javasolta. Különösen figyelemre méltó volt javaslatainak azon eleme, hogy a „cigánykérdésről” minden vármegyében tartandó értekezletekre „meg kell hívni a cigányok maguk között választott képviselőit is” [4].

A kommunizmus 1947-es hatalomra kerülésével gyökeres ideológiai változás következett be az országban, amelynek eredményeként a társadalmi problémák, köztük a társadalom rétegei közt egészségi állapotban fennálló egyenlőtlenségek gyors megoldódásának reménye visszaszorította azokat a kutatásokat, amelyek a cigányság problémáira tudtak volna rámutatni. A 1950-60-as évekre a cigányság letelepítését és kényszer asszimilációját célzó politikai intézkedések voltak jellemzőek. Ezekkel kapcsolatban merült fel a hazai cigány lakosság lélekszámának és lakásviszonyainak kérdése. 1971-ben a Minisztertanács megbízásával az MTA Szociológiai Kutatóintézete Kemény István vezetésével országos cigánykutató bonyolított le [5]. A 2. világháború után ez volt a hazai cigányság életkörülményeinek, társadalmi-gazdasági helyzetének, lélekszámának első tudományos igényű vizsgálata [6], amelyet ugyanezen kutatócsoport vezetésével két további reprezentatív vizsgálat követett 1993-ban és 2003-ban [7].

A cigányként ismert népcsoport elnevezésével kapcsolatban fontos fejlemény volt az 1971-ben Londonban megrendezett első roma világkongresszus (First World Romani Congress), amelyen Magyarország delegációja is részt vett, és amelyen a „cigány” helyett a „roma” megnevezést fogadták el a nemzetiség megjelölésére, valamint zászlót és himnuszt is választottak [8]. Ezt követően a „roma” elnevezés egyre gyakoribbá vált, bár hazai viszonylatban továbbra is használatos mindkettő. A romák egy része a nemzetközi jelzöt preferálja, más része mindkét elnevezést elfogadja [9].

Az 1970-es évek másik, a roma nemzetiséggel kapcsolatos kutatások szempontjából is jelentős fejleménye az ún. Helsinki folyamat elindulása volt, amely a keleti és nyugati államok közti párbeszédet tette lehetővé. Az ebben résztvevő országok elfogadták azt a koncepciót, hogy a politikai, katonai és emberjogi kérdések szorosan összefonódnak, mely 10 alapelvben került tételesen megfogalmazásra [10]. Ezen alapelveket az 1975-ben aláírt Helsinki Záróokmány foglalta jogi dokumentummá. A Záróokmány politikai kötelezettségvállalásokat tartalmazott a keleti tömb országai, így Magyarország számára is, amelyek között szerepelt az emberi jogok, köztük a nemzeti kisebbségekhez tartozók jogainak elismerése is [11]. Magyarországnak az Európai Unióhoz való csatlakozási szándéka újabb nyomatékot adott a kisebbségekkel, köztük a romákkal kapcsolatos kérdéseknek az 1990-es évek második felétől, ugyanis a kisebbségekkel kapcsolatos egyenlő bánásmód és teljeskörű jogok biztosítása a csatlakozás feltétele volt.

A hazai roma népesség egészségi állapota azonban ekkor is sokkal kedvezőtlenebb volt a nem roma népességhez képest. Moretti Magdolna és munkatársai [12] 1997-ben közölt tanulmányukban roma pszichiátriai fekvőbetegek és családtagjaik körében végzett kutatást mutattak be, melynek eredményei szerint az egi kórház pszichiátriai osztályára az utóbbi évtizedben lényegesen nagyobb arányban kerültek felvételre cigány betegek, mint ahogy azt a népességbeli arányuk indokolta volna. E betegek neurózissal, depresszióval, öngyilkossági késztetéssel, vagy öngyilkossági kísérlet után kerültek osztályos felvételre. Szinte mind rendezett körülmények között élt, gyermekeiket taníttatták. A terápiás munka, a beszélgetések során derült ki, hogy e betegek a cigányság egy meghatározott rétegéből érkeztek; nagy erőfeszítéssel igyekeztek asszimilálódni, régi életformájukkal szakítottak, megpróbálták a többségi lakosság szokásait, életformáját átvenni. Életükben a hangsúly az anyagi vonatkozású célkitűzéseken van, igen erős a külső megfelelés vágya. Ezen az úton azonban társadalmilag, lélektanilag, közösségileg bizonyos mértékig légüres térbe kerültek, ennek következménye a szorongás, hangulatzavar, alvászavar, feszültségérzés. Morettiék az az asszimiláció áráként

fogalmazták meg a jelenséget, és azt a következtetést vonták le, hogy a kultúra elhagyása mentális nehézségeket okozhat, míg megtartása egyfajta védelmet jelent.

Gyukits György és munkatársai 1998-ban fiatal, 15-24 éves roma és nem roma nők körében végeztek egészségfelmérést [13], melynek során jelentős különbséget tártak fel a depresszió előfordulásában a két vizsgált csoport között. A kutatás érdekes eredménye volt, hogy azonos (alap- és középfokú) végzettségű roma és nem roma nők között nem találtak különbséget a depressziós mutatókban, melynek alapján felvetették, hogy az eltérő mentális státusz oka a súlyos gazdasági és társadalmi helyzet, a kilátástalan jövő lehet.

1997-ben Neményi Mária vezetésével interjúk vizsgálat készült védőnői, szülészeti, gyermekorvosi ellátást igénybe vevő cigány nőkkel és a velük foglalkozó egészségügyi dolgozókkal a két fél közötti viszonyról [14]. Neményi megállapításai szerint a feszült kapcsolat egyik okát a mindkét oldalon kimutatható sztereotípiák képezték, amelyek többek közt súlyos kommunikációs zavarokban nyilvánultak meg. A kutató a felek közti kommunikáció javítására több javaslatot is tett, melyek egyike volt a romák, mint munkavállalók bevonása az egészségügybe.

Puporka és Zádori 2000-ben szakirodalmi adatok elemzésével mutatta be a hazai cigányság egészségi állapotát, kedvezőtlen helyzetüket társadalmi hátrányokkal magyarázva [15].

A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolája (2006-tól Népegészségügyi Kara) a 2000-es évek elején kezdett el roma kutatásokkal foglalkozni. Elsőként a szegregált körülmények közt élő hazai cigány népesség környezet-egészségügyi helyzetét mérték fel terepkutatással 19 megyében [16,17]. A kutatás során szerzett tapasztalatokra és kapcsolatokra építve valósították meg az első olyan egészségfelmérést, amely lehetővé tette a hazai roma és nem roma népesség egészségi állapotának összehasonlítását [18]. A kutatás alátámasztotta a romáknak a többséghez képest kedvezőtlenebb egészségi állapotát és egészségmagatartását, és arra is bizonyítékot szolgáltatott, hogy a cigányok hátrányos társadalmi-gazdasági jellemzői teljes mértékben magyarázzák az egészségi állapotban fennálló hátrányokat, de csak részleges magyarázatot adnak a kedvezőtlen egészségmagatartási jellemzőkre [19]. A kutatócsoport maga is fontosnak tartotta a romák bevonását a velük kapcsolatos kutatásokba [20].

A kutatócsoportnak és vezetőjének a romák egészségi állapotával kapcsolatos érdeklődése vezetett el azokhoz a későbbi projektekhez, amelyek célja a romák egészségi állapotának vizsgálata és javítása volt. Ez volt az alapja annak is, hogy a kutatócsoport meghatározó szerephez jutott a 2000-es évek végén tervezett, a hazai egészségügyi alapellátás fejlesztését célzó modellprogramban, amely a jelen munka keretét adja.

IRODALMI ÁTTEKINTÉS

Az egészségügyi alapellátás univerzális koncepciója: az Alma-Atai Nyilatkozat

1978-ban az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) az alapellátásról szóló alma-atai konferencia záródokumentumában [21] első ízben fogalmazta meg, hogy az egészség mindenki számára elérhető, megadva a kezdőlökést az 'Egészséget mindenkinek' kezdeményezés kibontakozásához.

Az 1978-as Alma-Atai Nyilatkozat a társadalmi szintű egészségproblémák javítására az egészségügyi alapellátás fejlesztését, mint prioritást határozta meg, és azt hangsúlyozta, hogy az alapellátásnak egészségfejlesztési, betegségmegelőzési, gyógyító és rehabilitációs szolgáltatásokat is nyújtania kell, mindamelllett, hogy a leggyakrabban előforduló egészségproblémákról, valamint azok megelőzési és kezelési lehetőségeiről tájékoztatást nyújt. Az Alma-Atai Nyilatkozat elsőként hívta fel a figyelmet nemzetközi szinten az egészségügyi alapellátás fontosságára, jelentősen kibővítve mindazon ellátások körét, amelyeket annak nyújtania kell. A Nyilatkozat szerint ezeket az ellátásformákat nemcsak a betegeknek, hanem az egészségeseknek és a kockázatnak kitetteknek is hozzáférhetővé kellene tenni. Az Alma-Atai Nyilatkozat az egészségügyi alapellátás univerzalista modelljét körvonalazta, amely lényegi pontokon meghaladta az alapellátásnak a fejlett országokban elterjedt ún. szelektív modelljét, amely az egyszerű és költséghatékony orvosi beavatkozások sokkal szűkebb palettáját kínálja az ellátottaknak.

Az egészség nemcsak az egészségügyi ágazat felelőssége

Az Alma-Atai Nyilatkozat fogalmazta meg azt a jövőképet is, hogy az „elfogadható mértékű egészség” (*acceptable level of health*) az ezredfordulóra, 2000-re mindenkinek elérhető, amelyet a „Health for All” című, 1979-es stratégiájában az Egészségügyi Világszervezet formálisan is elfogadott. Ez megerősítette az Alma-Atai Nyilatkozatban foglalt alapelveket, és nagy vonalakban vázolta azokat a tevékenységeket, amelyeket szükségesnek tartott ahhoz, hogy az ambíciózus cél elérhető legyen. A stratégiai megközelítések közt már ekkor szerepelt az egészséget befolyásoló tényezők multiszektoriális megcélzása, és az érintettek minél szélesebb körének részvételén alapuló közösségi tervezés és megvalósítás. Ennek mikéntjét az Ottawai Karta részletezte, meghatározva az egészségfejlesztés fogalmát és cselekvési formáit, amelyek csaknem mindegyike kilépett az egészségügyi ágazatból, a közösségi cselekvések és makroszintű, politikai döntések jelentőségét hangsúlyozva [22].

Az egészségi állapot és a globális betegségteher egyenlőtlenségei

Az egészségi állapot javítására irányuló makroszintű döntések megalapozásához és e döntések hatékonyságának méréséhez azonban az egészségi állapotot jellemző megbízható adatokra van szükség. Ebben a vonatkozásban úttörő jelentőségű volt az a munka, amely a Világbank kezdeményezésére indult el 1990-ben a leggyakoribb betegségek által okozott szenvedés és halálozás globális becslésére, és amely Globális Betegségteher Vizsgálat (Global Burden of Disease Study) néven vonult be a szakmai köztudatba [23]. Ebben a vizsgálatban történt meg annak a mutatónak a kidolgozása (rokkantsággal korrigált életévek [*disability-adjusted life years*, DALY]), amely lehetővé tette számos betegség és sérülés okozta betegségteher és korai halálozás kor, nem és világrégió szerinti összehasonlító becslését. A mutatót elsőként az 1993-ban megjelent World Development Report használta [24], felhíva a figyelmet nemcsak a világrégiók közti, hanem a jövedelmi csoportok közt fennálló egészség-egyenlőtlenségekre is. A globális betegségteher vizsgálat adatait az EVSZ 2000-ben és 2004-ben is felhasználta. 2007 óta a Bill és Melinda Gates Alapítvány támogatásával működő Institute for Health Metrics and Evaluation [25] nevű kutatóintézet végzi a globális betegségteher-kutatásokat, amelyek eredményeit rendszeresen közzéteszi [26].

Az EVSZ az 1990-es évek elejétől kezdve egyre több figyelmet szentelt az egészségi állapotban fennálló globális, világrégiók és országok közötti jelentős különbségeknek. Az EVSZ Európai Régiós Irodájának kiadásában 1991-ben jelent meg az első stratégiai dokumentum, amely meghatározta az egészségi állapotban fennálló egyenlőtlenség (*inequality*) és méltánytalanság (*inequity*) fogalmát, és az utóbbi csökkentésének lehetőségeit [27]. (Megjegyzendő, hogy azóta – e finom különbségnek egyéb nyelveken nehezebb értelmezhetősége miatt – a méltánytalan egészségi egyenlőtlenségek megnevezésére az „egészség társadalmi egyenlőtlenségei” kifejezés is használatos.) Az egészségi egyenlőtlenségek kialakulásáért már ez a korai dokumentum nagyrészt az egészséget meghatározó társadalmi tényezőket tette felelőssé, amelyek befolyásolása szintén társadalmi beavatkozásokat igényel. Az ENSZ az egyenlőtlenségeket, köztük az egészségben fennálló egyenlőtlenségeket a társadalmi haladás akadályaként azonosította, melyek csökkentése szerepelt az ENSZ 2000-ben kiadott ezredfordulós fejlesztési céljai (*Millennium Development Goals*) között [28]. E célok 2015-ös megújításakor (*Sustainable Development Goals*) az egyenlőtlenségek csökkentése külön célban került megfogalmazásra [29].

Egészségi egyenlőtlenségek a romák körében, és az ezek kezelését célzó európai és hazai stratégiák

Egészségi egyenlőtlenségek a fejlett világrégiók és fejlett országok közt, valamint fejlett országok népességeiben is léteznek. Ezek mögött nemcsak társadalmi, hanem természeti, biológiai folyamatok is azonosíthatók, ezért az egyenlőtlenségek csökkentése folyamatos erőfeszítéseket kíván [30]. Európában az egyenlőtlenségek és az azzal összefüggő társadalmi kirekesztés és mélyszegénység legnagyobb mértékben évtizedek óta a romákat, Európa legnagyobb kisebbségét sújtják, amint azt röviden a Bevezetésben is bemutatam. Az európai országokban élő romáknak a többséghez képest sokkal kedvezőtlenebb egészségi állapotáról tudományos közlemények [31,18] és stratégiai háttér-dokumentumok [32,33] is beszámoltak. A 2004-es EU-bővülés pozitív fejleményeket hozott az újonnan csatlakozó országok kisebbségi jogai tekintetében, de az itt élő roma népesség hátrányos helyzetét és egészségi egyenlőtlenségeit ekkorra sem sikerült felszámolni. A helyzet javítására az Open Society Foundation a Világbank támogatásával 2005-ben meghirdette a Roma Integráció Évtizede Programot (RIÉP, *Decade of Roma Inclusion*) a roma és többségi társadalmak közti szakadék áthidalására. A kezdeményezéshez 10 közép- és kelet-európai ország (köztük hazánk is) csatlakozott, döntően az EU új tagállamai. A „Roma Évtized” egyik fontos kezdeményezése volt ún. roma mediátorok kiképzése és alkalmazása, akik az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést segítették elsősorban a szegregált körülmények közt lakó roma kisebbségi csoportok körében [34].

Mediáció hátrányos helyzetűek és intézmények közt

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. Jogi értelemben a közvetítés alternatív módja a viták rendezésének, amely konkrét megegyezéssel zárul. A 20. század második felében – főleg angolszász országokban – az üzleti életben és egyes közösségekben is elterjedt a mediáció gyakorlata [35].

1986-ban Franciaországban egy olyan program indult Marseille-ben, ami célzottan a szociális munkások és az ottani roma közösség közti konfliktusok megoldására irányult, roma mediátor segítségével [36]. Finnország az ott élő romák integrációjának elősegítésére és egyúttal identitásuknak a megőrzésére kormányzati támogatást adott az interkulturális közvetítés

kiépítésére, amelynek eredményeként 1993-ban Finnországban megalakult a roma mediátorokat tömörítő, azóta is működő Ryhdys nevű szervezet.

A mediátorok először a szociális ellátásban és az oktatásban kezdtek működni. 1997-ben Romániában kezdődött el a roma közvetítők alkalmazása az egészségügyben; a példát hamarosan más országok is követték [37]. A roma egészség-mediátorok képzése és az egészségügyi ellátásba való bevonása jelentős lendületet kapott 2005-től, a fentebb már említett Roma Integráció Évtizede Program (RIÉP) indulása után. A RIÉP-hez csatlakozott országok nemzeti programokat hoztak létre a romák integrációjának segítésére az oktatást, foglalkoztatást, lakhatást és egészségügyi ellátást prioritási területekként kiemelve. Az egészségügyi ellátás javításában hangsúlyos szerepet kapott a roma mediátorok kiképzése és alkalmazása [334]. A RIÉP keretében kiképzett és foglalkoztatott roma mediátorok működéséről összegyűlt tapasztalatokat kiadványban összegezték, amely ajánlásokat is megfogalmazott. Ezek egyike a roma mediátor programok intézményesítése volt [38].

Roma mediátorok működése Magyarországon a 2000-es években

A külföldi mediátor-programok nyomán hazánkban a 2000-es évek elején elindultak a mediátorok képzésére és alkalmazására vonatkozó 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 [39]. A Ferencváros Családsegítő Központ mediátori hálózatot épített ki a kerületben élő nagyszámú roma kisebbséggel való együttműködés megkönnyítésére [40]. Ózdon roma származású felnőtteket alkalmaztak a helyi általános iskolában pedellusi munkakörben, közmunka keretében [41]. 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 [42]. A tapasztalatok szerint a többnyire romákat bevonó mediátor képzések jól működtek, de mivel a kiképzettek alkalmazására csak rövid ideig, projektek keretében, vagy egyáltalán nem került sor, a kezdeti lelkesedés a képzők és a résztvevők körében is lecsökkent. A foglalkoztatás jelentős akadálya, hogy az interkulturális mediátor munkakör (közvetítő vagy annak megfelelő foglalkozás) a mediátorokat elsősorban foglalkoztatni tudó ágazatokban (egészségügy, oktatásügy, szociális szféra) hazánkban nem létezik [43].

Az Európa Tanács ROMED programja

2009-ben az Európa Tanács kiadott egy kézikönyvet [44] roma mediátorok vagy iskolai asszisztensek részére, amelyik összefoglalta a tudnivalókat a mediátori szakmáról (gyermekkel, szülőkkel és az iskolavezetéssel való kapcsolattartás, konfliktuskezelés). A kézikönyv felsorolja azokat a képességeket, amelyek nélkülözhetetlenek a roma mediátorok számára. Szerteágazó készségekkel kell rendelkeznie annak a roma fiatalnak, aki erre a pályára lép. Egyaránt otthonosan kell mozognia a helyi roma közösségekben és az iskolai környezetben, ismernie kell az oktatási, a szociális és a gyermekvédelmi rendszert és szabályozást. Ismernie kell a romák történelmét és kultúráját, beleértve a nyelvet is. Magyarországon a roma lakosság döntő többségének anyanyelve a magyar, ez tehát nem jelent nehézséget, de számos országban már a beszélt nyelvvel kezdődnek a nehézségek. Az interkulturális közvetítés feladatából következően a mediátor valójában két világ határán mozog, amihez elengedhetetlen a kiváló kommunikációs és együttműködési képesség, a türelem és empátia, valamint a szervezőképesség. Egyaránt beszélni kell a hivatalok és a roma közösségek, a gyerekek és a felnőttek nyelvén. Mivel a hátrányok ledolgozásához hozzátartozik a házi feladatok elkészítésében való segítség és az egyéni korrepetálás is, ezért fontos, hogy a mediátor rendelkezzen ezt segítő attitűddel, és kövesse a gondjaira bízott gyerekek haladását tanulmányaikban.

Az Európa Tanács 2010 októberében egy magas szintű romaügyi konferencián ismételten ráirányította a figyelmet a romák társadalmi és gazdasági kirekesztettségére azonnali társadalmi, gazdasági integrációs intézkedések megtételét sürgette [45]. A konferencián elfogadott ún. Strasbourgi Nyilatkozatában a Tanács – a tagállamokkal együttműködve – vállalta egy európai tréningprogram kidolgozását roma mediátorok számára, melynek célja a roma mediátorok munkájának támogatása, ismertségének és elismertségének fokozása, szoros együttműködésben a nemzeti kormányzatokkal és a helyi önkormányzatokkal.

Az Európa Tanács által vezetett, roma mediátorokat képző, ROMED néven ismertté vált program 15 országban indult el 2011-ben [46]. A képzési program feladatai közé tartozik, hogy képessé tegye a mediátorokat arra, hogy bizalmat és nyílt kommunikáción alapuló kapcsolatot alakítsanak ki a felek képviselőivel. Ez a kapcsolat teszi a mediátorokat képessé arra, hogy megértsék az adott helyzetet, tükrözzék a felek eltérő szempontjait és véleményeik, érzéseik, attitűdjeik és cselekedeteik hátterét, illetve kapcsolatot teremtsenek a felek között hatékony kommunikáció eszköztárát felhasználva. A mediátorok nemcsak személyek egymás közti,

hanem személyek (romák) és egészségügyi, oktatási és munkaügyi intézmények között is igyekeznek megkönnyíteni a kommunikációt és a kapcsolatteremtést.

A mediátorok munkája során háromfajta megközelítés alkalmazható:

- *A „trójai faló”* az intézmény eszköze, akinek a feladata a közösség elérése azzal a céllal, hogy megváltoztassa a közösség tagjainak magatartását és hozzáállását.
- *A közösségi aktivista* a közösség képviselője, aki az intézmény ellen harcol a romák jogaiért.
- *A valódi interkulturális mediátor* ismeri a közösséget és az intézményt, pártatlan, és arra koncentrál, hogy javítsa a kommunikációt és az együttműködést, és mindkét felet arra ösztönözzé, hogy vállalják a felelősségüket, és aktívan vegyenek részt a változtatás folyamatában.

A roma mediátorok rendszerint a harmadik megközelítést alkalmazva törekszenek a valós és hatékony interkulturális mediáció előmozdítására.

Magyarország is részese a ROMED programnak, amelynek képzéseit Magyarországon a Partners Hungary Alapítvány szervezi és bonyolítja le [47]. A ROMED1 program keretében az Emberi Erőforrások Minisztériuma Társadalmi Felzárkóztatásért Felelős Államtitkársága pályázatot hirdetett roma származású szakemberek – pedagógiai asszisztensek, pedagógusok, roma koordinátorok stb. – számára a továbbképzési programba való bekapcsolódásra. 2011-12-ben a Partners Hungary által szervezett képzések keretében összesen 40 mediátor interkulturális mediátor végezte el a képzést. A ROMED program második fázisa ROMED2 néven 2013-ban indult hét településen. A képzésben való részvételre olyan szakemberek jelentkezhetnek, akik alkalmazásban állnak, és munkakörükben, tevékenységük során aktív mediációs szerepet játszanak az intézmények és a roma közösségek között. A pályázati kiírás tehát már feltételezte bizonyos készségek, képességek meglétét. A képzést befejezők kétszer 30 órás tréninget követően nyerték el az Európa Tanács által kiadott mediátori oklevelet.

Nyitott kérdés azonban az így kiképzettek foglalkoztatása, amelynek megoldása tekintetében érdekes példa a GSK társadalmi felelősségvállalás (Corporate Social Responsibility) alapján indított nemzetközi programja. Ennek keretében 2012 és 2015 közt a Partners Hungary Alapítvány által négy országban 117 roma közösséggel vették fel a kapcsolatot, és 87 egészségmediátort képeztek ki. Ezek közül Magyarországon 12 mediátor foglalkoztatását tervezik 9 településen, a település egészségügyi helyzetének és a helyi lakosság egészségi állapotának javítására [48].

Roma integráció az EU-ban és hazánkban

A „Roma Évtized” 2014-ben véget ért, de a befogadást komplex okok miatt nem sikerült a remélt mértékben elérni [49]. Az Évtized végére a hazai telepeken, szegregált körülmények közt lakó romák körében bizonyos mértékű pozitív változás kimutatható volt az ellátáshoz való hozzáférésben, a dohányzás és táplálkozás javulásában, de jelentős javulás nem volt észlelhető [50].

A Roma Befogadás Évtizedének folytatása érdekében az EU 2011-ben roma integrációs keretstratégiát fogadott el [51], amelynek alapján a tagállamoknak saját roma stratégiát kellett készíteni. Ezt a magyar kormány még ugyanabban az évben elfogadta Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia (NFTS) címen. A Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia alapvető célja a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése, illetve a marginalizált helyzetűek (romák és mélyszegénységben élők) integrációja [52]. A Kormány a stratégiát 2014-ben megújította [53], folytatva azt a hosszútávú felzárkózási politikát, amellyel alapvető javulást kíván elérni az integráció érdekében folytatott erőfeszítések nyomán. A stratégia célcsoportjai a hátrányos helyzetűek: romák, 50 év feletti, többgyermekesek, képzetlenek, hátrányos helyzetű településeken élők, szenvedélybetegek, mentális betegek, tartósan rászorulók. A stratégia a romák és a más hátrányos helyzetű társadalmi csoportok problémáinak megoldását nem csupán szociális kérdésként, hanem nemzeti ügyként kezeli. A javasolt beavatkozási területek közt szerepel a területi egyenlőtlenségek csökkentése, az oktatás és képzés, a foglalkoztatás és a lakhatás mellett az egészségügy is.

Az NFTS céljainak megvalósítását komplex, integrált és innovatív jellegű programok keretében célozta meg. Ezen komplex és innovatív programok egyike volt a Svájci-Magyar Együttműködési Program keretében, a Svájci Hozzájárulásból támogatott 8. számú „Népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram virtuális egészség központtal” (röviden: Alapellátás-fejlesztési Modellprogram) [54].

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram

Az SH/8/1 számú „Népegészségügyi fókuszú alapellátás szervezési modellprogram virtuális egészség központtal” című Svájci-Magyar Együttműködési Program egy olyan kísérleti program volt, mely egy közösség-orientált, az orvosok együttműködését megvalósító alapellátási rendszer bevezetését, és ennek révén a magyar alapellátás reformjának megalapozását tűzte ki célul. A program céljai közé tartozott, hogy az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek körét bővítve szélesítse az alapellátás prevenciószolgáltatásainak palettáját, és ezáltal javítsa a lakosság egészségi állapotát. A Modellprogram

kiemelt célja volt, hogy segítse az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek felszámolását, különös tekintettel a hátrányos helyzetű, ezen belül is a roma lakosságra [55].

A Modellprogram finanszírozását az ún. Svájci Hozzájárulás biztosította. Egy 2006-ban létrejött megállapodás alapján Svájc a 10 újonnan csatlakozott EU-tagország részére egyszeri vissza nem térítendő támogatást folyósított öt éven keresztül. Ebből Magyarország több mint 130 millió svájci frank támogatást kapott, amelyet a Svájc és Magyarország között 2007-ben született keretmegállapodás [56] értelmében öt prioritási területen kidolgozott, a végrehajtást meghatározó rendelet [57] szerint nyílt pályázatás során kiválasztott 39 programnak ítélték oda [58]. Ezen programok egyike volt az SH/8/1 kódú Alapellátás-fejlesztési Modellprogram [55], amely 2012. július 1. -2017. május 31. közt valósult meg 13 millió svájci frank (3 682 517 732 HUF) összköltségvetéssel.

A Modellprogram tervezését és megvalósítását egy kilenc intézményes tagból álló konzorcium irányította, melynek tagjai a következő intézmények voltak: Debreceni Egyetem, Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség-és Szervezetfejlesztési Intézet, Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete, Magyar Védőnők Egyesülete, Országos Alapellátási Intézet Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Pécsi Tudományegyetem, Semmelweis Egyetem, Szegedi Tudományegyetem. A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség-és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) a Program Végrehajtó szervezeteként működött. 2015. április 2-ig az Országos Alapellátási Intézet (OALI), majd az intézeti átalakítást követően annak jogutódja, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) irányította a programot.

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram kidolgozása és tesztelése a helyi kisebbségi önkormányzatokkal, helyi egészségügyi és szociális szolgálatokkal és a hazai egyetemek orvosi karaival együttműködésben zajlott 2012 és 2017 között. Amint fentebb is írtam, a Program megtervezésében és megvalósításában is kiemelt szerepe volt a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karának.

A programban megvalósítandó feladatok 9 munkacsoportba (Work Package - WP) voltak rendezve. Ezek nevét és vezetőit az 1. táblázat mutatja. A WP-06. munkacsoport vezetője a témavezetőm volt. Magam 2014 októberében kapcsolódtam be a Programba, amikor a WP-06 munkacsoport projektasszisztense lettem.

1. táblázat A Modellprogram munkacsoportjai és ezek vezetői

Munkacsoport neve	Főfelelős
WP-01. Programmenedzsment	Dr. Papp Magor
WP-02. Módszertani fejlesztés	Dr. Bóze Barna
WP-03. Informatikai fejlesztés	Faller Richárd
WP-04. Képzés	Prof. Dr. Ádány Róza
WP-05. Praxis közösségek tevékenysége és azok koordinálása	Szabó Szilvia
WP-06. Roma közösségek speciális programjai	Dr. Kósa Karolina
WP-07. Kutatási programok	Dr. Sándor János
WP-08. Egészségpolitikai elemzések és ajánlások	Dr. Sinkó Eszter
WP-09. Külső kommunikáció	Barkó Boglárka

A „Roma közösségek speciális programjai” munkacsoport feladatai közé tartozott a roma anyagyermek egészség program végrehajtása; a roma lakosságot megszólító prevenciók tevékenységek szakmai támogatása; valamint a roma segéd-egészségőröknek nyújtott képzések és továbbképzések megszervezése és lebonyolítása. Az eredeti programtervhez képest jelentős módosítás volt, hogy a munkacsoport az alkalmazásba került, egészségügyi végzettséggel nem rendelkező, és a feltételeket vállaló mediátoroknak az Országos Képzési Jegyzékben (OKJ) szereplő két szakképzettség (ápolási asszisztens, szociális gondozó) megszerzésének lehetőségét kínálta fel, amellyel összesen 22 fő élt.

A Modellprogram keretében praxisközösségek (PK) létrehozására került sor, amelyek ezt megelőzően nem léteztek a magyar egészségügyi rendszerben. A Modellprogram szakemberei alkották meg a házi orvosok, házi gyermekorvosok és munkájukat segítő, további (az alapellátásban eddig részt nem vett) egészségügyi szakemberek társulásának az elnevezésére, akik a Modellprogram céljai megvalósulása érdekében új munkarendben dolgoztak együtt. A Modellprogram keretében 16 észak- és kelet-magyarországi település összesen 24 házi orvosi praxisa hozott létre összesen négy praxisközösséget a humán erőforrás hatékonyabb hasznosítása és a szolgáltatások optimális szervezése érdekében (2. táblázat).

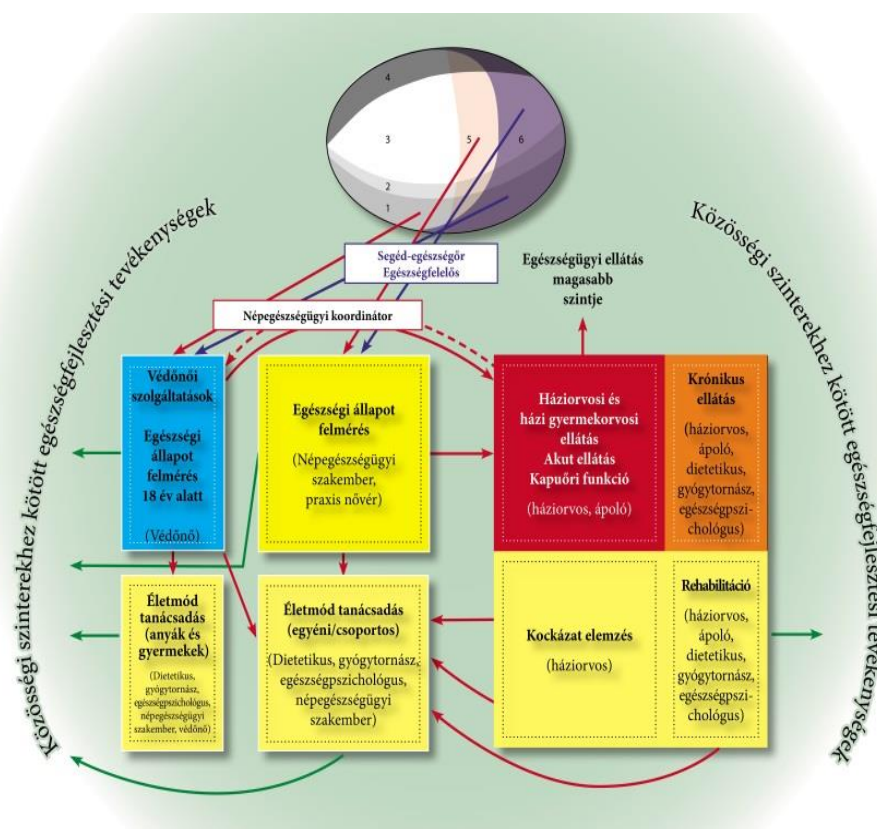
2. táblázat A négy praxisközösség és településeik

Praxisközösség	Települések
Berettyóújfalui	Berettyóújfalu, Hencida, Komádi
Borsodnádasi	Arló, Borsodnádasd, Borsodszentgyörgy, Járdánháza
Hevesi	Átány, Kömlő, Heves, Tiszanána
Jászapáti	Jászapáti, Jászivány, Jászkisér

A praxisok kiválasztási szempontjai között a társadalmi-gazdasági és infrastrukturális elmaradottság, valamint a magas munkanélküliség mellett meghatározó volt a cigány lakosság magas részaránya is.

Az 1. ábra mutatja be a praxisközösségek felépítését és tevékenységeit, amelyek funkcionális egységekbe szerveződtek.

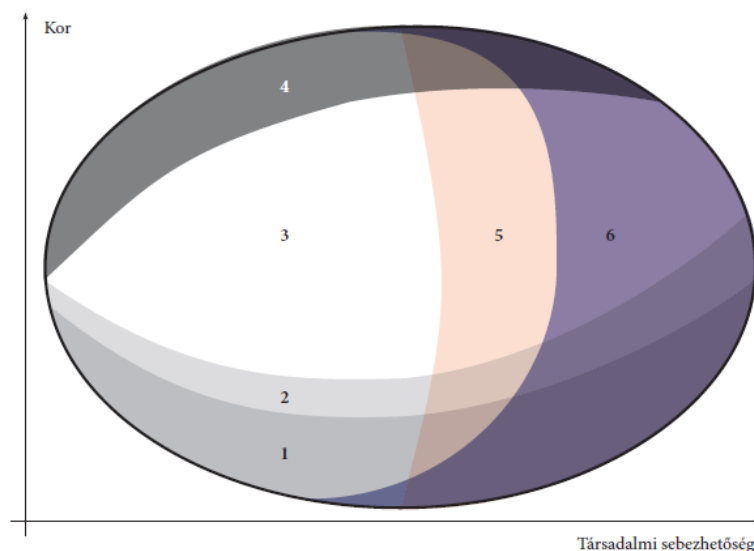
1. ábra Praxisközösségek felépítése és tevékenységei az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban



Forrás: Alapellátás-fejlesztési Modellprogram Működési kézikönyv 5. verzió 2013.05.31.
Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram Működési kézikönyvének 5. verziója pdf formájában
letölthető volt innen: SH/8/1 Projekt Működési kézikönyv. MKK 4.2. Hatályos 2014.01.09.
<http://www.alapellatasimodell.hu/index.php/hu/> Letöltve: 2017. 05. 31.

A praxisközösségek az újonnan alkalmazott nem orvos egészségügyi szakemberek közreműködésével a hagyományosan nyújtott akut betegellátás és krónikus gondozás mellett új szolgáltatásokat is kínáltak az ellátottnak. Ezek közé tartozott az egészségi állapotfelmérés (EÁF), minden ellátott személyenkénti behívásával és vizsgálatával, az életkor szerinti szűrővizsgálatokra vonatkozó rendelet [59] alapján kidolgozott protokoll szerint; orvosi kockázatbecslés az EÁF adatai alapján; életmód-tanácsadás, általános és személyre szabott preventív szolgáltatásokkal; helyi közösségeknek nyújtott egészségfejlesztési programok [60]. A program szoros kapcsolatot teremtett az alapellátás és védőnői ellátás között is. Az ellátandó népesség összetételét a 2. ábra reprezentálja ovális formában, amelynek az árnyalatai a célcsoport rétegeit mutatja kor és sebezhetőség alapján elkülönítve.

2. ábra Az ellátandó népesség különféle rétegei



Forrás: Alapellátás-fejlesztési Modellprogram Működési kézikönyv 5. verzió 2013.05.31.

Kor szerint négy réteget különítünk el a függőleges tengely mentén. A legalsó, sötétkék réteg az újszülötteket, csecsemőket és 18éven aluli gyermekeket reprezentálja (1), a terhes nőket és kisgyermekes anyákat a világoskék színű (2), az idősebb korosztályt a sötétszürke sáv (4) jelzi, míg a felnőtteket a fehér sáv reprezentálja. A társadalmi sebezhetőség mértéke szerint 2 réteg különíthető el a vízszintes tengely mentén. Az ovális forma bal oldalán a sebezhetőség szempontjából átlagos kockázatúak találhatók; a magas kockázatúak (sebezhetőek) rózsaszínnel jelölve az ovális forma jobb felén helyezkednek el (5), akiken belül külön, lila színnel vannak jelölve a kiemelt figyelemre szoruló romák (6).

A Modellprogram humánerőforrása

A praxisközösségek humánerőforrásának [61] része volt a 6 házi orvos és velük együtt dolgozó praxis nővérek. A 6 házi orvos egyike a praxiskoordinátor, a praxisközösség vezetője, akinek a többi házi orvos beszámolási kötelezettséggel tartozik. A nem orvos végzettségű dolgozók és a segéd-egészségőrök munkáját a népegészségügyi koordinátor szervezi és felügyeli. A praxisközösségi (orvos) és népegészségügyi (nem orvos) koordinátor szorosan együttműködnek, de a praxisközösség munkájáért alapvetően a praxiskoordinátor felel. Nem orvos végzettségű egészségügyi szakemberek a felsőfokú végzettséggel rendelkező dietetikus, gyógytornász, népegészségügyi szakember(ek), egészségpszichológus, és praxisközösségi nővér. A védőnők önállóan dolgoznak, de mindkét koordinátorral együttműködnek. Nem szakember segítők a segéd-egészségőrök (egészség-mediátorok) (3. ábra). A Modellprogram keretében újonnan alkalmazott szakemberek 2013. július 1-jével kezdtek dolgozni, az új állások teljes feltöltése azonban több hónapot vett igénybe.

3. ábra A praxisközösség munkatársai



Segéd-egészségőrök a Modellprogramban

A Modellprogram humánerőforrásának új munkatársai voltak a félállásban alkalmazott, döntően roma segéd-egészségőrök, akiknek feladata a helyi lakosság jobb elérése, a szolgáltatásokba való bevonásának segítése volt. A roma segéd-egészségőrök alkalmazása a Modellprogram egyik kiemelkedően fontos új jellemzője, e program a világon először teremtett

tartós alkalmazási lehetőséget az egészségügyi alapellátásban működő csapat tagjaként egészség-mediátor munkakör betöltésére. A segéd-egészségőri pozícióra legalább 8 általános iskolát végzett felnőtt személyek jelentkezhetnek azokról a településekről, amelyeken a Program elindult. Az egészségőrök toborzásához és az alkalmazandók kiválasztásához az érintett háziiorvosi körzetek orvosai és a kisebbségi önkormányzatok nyújtottak segítséget. A segéd-egészségőrök mint új munkatársak is 2013. július 1-jével kerültek alkalmazásra.

Segéd-egészségőröknek nyújtott képzések

A 2013-ban felvett 48 fő segéd-egészségőr közül mindössze négynek volt egészségügyi végzettsége, ezért szükséges volt képzésükről gondoskodni. Az ezért felelős munkacsoport (WP6) eredeti tervében roma egészség-mediátor képzés szerepelt, amely minden, a képzés idején alkalmazásban állt segéd-egészségőr részvételével 2013-ban és 2015-ben is megtörtént, 2x3 napban, munkaidőben, a résztvevőknek minden vonatkozásban ingyenes formában (beleértve az utazást, szállást és étkezést is).

Ez a képzés hasznos, de a foglalkoztatás fenntarthatósága szempontjából csekély jelentőségű volt, mert „egészség-mediátor” munkakör nem létezik az egészségügyi ellátórendszerekben azon országokban sem, amelyekben már számos roma egészség-mediátor kiképzésére és alkalmazására sor került [62]. Ezért a WP6 munkacsoport vezetőjének javaslatára a Program menedzsmenete lehetővé tette, hogy a sem felsőfokú, sem egészségügyi végzettséggel nem rendelkező, és a képzés feltételeit vállaló segéd-egészségőrök számára OKJ képzések kerüljenek megszervezésre, hogy azok e tudás birtokában munkájukat magasabb színvonalon végezzék; másrészt nagyobb eséllyel tudjanak elhelyezkedni a Modellprogram végeztével.

Két OKJ képzés lebonyolítására került sor 2013. júliusa és 2014. májusa közt. A Debreceni Egyetem által nyújtott 800 órás ápolási asszisztens OKJ képzést 20, a Hajdú-Bihar megyei TIT által szervezett 1250 órás szociális gondozó képzést 2 fő végezte el és szerzett bizonyítványt. A képzések minden résztvevő esetében munkaidőben történtek, amelyre a segéd-egészségőrök munkaidő-kedvezményt kaptak. A Debrecenben folyt képzések a résztvevőknek teljes mértékben ingyenesek voltak, beleértve a praxisközösségekből csoportosan történt utaztatást, szállást, napi háromszori étkezést; az oktatási segédanyagokat, a vizsgáztatás minden költségét, az egészségügyi ruházat és a védőoltások költségeit, valamint a gyakorlati képzőhelyeknek járó díjazást. A két OKJ képzés teljes költsége 22 főre 10 millió 83 ezer forint volt a részvételt biztosító feltételek megszervezésének költségei nélkül.

A segéd-egészségőrök feladatai

A Program kezdetén, 2013-ban 48 fő (többségében fiatal középkorú, családos, legfeljebb szakmunkás végzettséggel rendelkező, a helyi közösségekből toborzott, magukat romának valló nők) alkalmazására került sor, akiknek kiválasztását a házi orvosok és a kisebbségi önkormányzatok végezték. A segéd-egészségőrök elsődleges feladata az volt, hogy a Program kiemelt célcsoportja, a hátrányos helyzetű, ezen belül is a roma lakosság körében segítsék a praxisközösségek által kínált új szolgáltatások igénybevételét. Munkájukkal segítették áthidalni azt a távolságot, amely a magasan képzett házi orvos szakembert elválasztja társadalmi-gazdasági szempontból sebezhető pácienseitől. A segéd-egészségőrök ismerték e páciensek szokásait, gondolkodását, kommunikációját, gyakran személyét és családját is, amely megkönnyítette a kapcsolatfelvételt, és lehetővé tette a személyre szabott segítségnyújtást és támogatást, ezzel is csökkentve az egészségi egyenlőtlenségek növelésének veszélyét, amelynek lehetőségére prevenciós projektek populációs megközelítése kapcsán Frohlich és Potvin hívta fel a figyelmet [63].

A segéd-egészségőrök egyik fontos feladata volt, hogy az EÁF-ra meghívást kapott, de azon meg nem jelent pácienseket személyesen felkeressék, és rávegyék őket a felmérésen való részvételre. Emellett közreműködtek minden közösségi program szervezésében; képzésük után egészségnevelési tevékenységet is folytattak, és bármilyen egyéb feladatot is végrehajtottak, amellyel a népegészségügyi koordinátor megbízta őket. A segéd-egészségőrök is a nem szakorvos munkatársakat irányító PK vezetőnek tartoztak beszámolás kötelezettséggel, aki a munkájukat közvetlenül felügyelte. A segéd-egészségőrök – a többi munkatárshoz hasonlóan – havi jelentést készítettek munkájukról, és részt vettek a munkatársi értekezleteken. Munkavégzésük könnyítésére mindannyian kéretpárt és egészségnevelési munkára felkonfigurált tabletet is kaptak, ez utóbbi használatát rövid képzés keretében sajátították el. A tabletekre előtelepített egészségügyi applikációk és egészségnevelési segédanyagok használatát képzés keretében sajátították el. A tableten lévő szakmai dokumentumok használatát egy, a Debreceni Egyetemen erre a célra kifejlesztett UserObserver® szoftver monitorozta, amely ezek használatának naplózott adatait az Egyetem szerverére továbbította.

CÉLKITŰZÉS

A jelen kutatás célja az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban alkalmazott segéd-egészségőrök (egészség-mediátorok) munkavégzésének értékelése, munkával kapcsolatos attitűdjeinek felmérése, működésük kapcsán szerzett tapasztalatok összegzése, és az egészségi állapotuk változásának vizsgálata volt.

Ennek megfelelően vizsgálok a Modellprogramban dolgozó segéd-egészségőrök

1. alkalmazásának és munkavégzésének kvantitatív jellemzőit
 - a. a Program egészét tekintve;
 - b. praxisközösségenként;
2. munkavégzéssel kapcsolatos attitűdjeiknek jellemzőit interjú vizsgálat alapján;
3. egészségi állapotuk változását
alkalmazásuk kezdetétől végéig, vagyis 2013 és 2017 közt.

MÓDSZERTAN

1. Segéd-egészségőrök munkavégzése

A vizsgálat típusa

Az elemzés a Modellprogram teljes futamideje során bármilyen időtartamban foglalkoztatott segéd-egészségőrök alkalmazásának és munkavégzésének kvantitatív jellemzőit vette górcső alá, amely azokat összesítve (Eredmények 1.A), valamint praxisközösségekre lebontva (Eredmények 1.B) is bemutatja.

Célcsoport

A vizsgálat célcsoportját a Svájci Alapellátási Modellprogramban 2013. július 1. – 2017. május 31. közt alkalmazott segéd-egészségőrök képezték. A Modellprogram megvalósítási terve szerint legfeljebb 48 fő félállásban történő alkalmazására volt lehetőség (12 fő/praxisközösség). A program futamideje alatt azonban számos változás történt mind a segéd-egészségőrök létszámában, mind a személyében (4. ábra), mind pedig a munkavégzés heti óraszámában. A Programterv szerint minden segéd-egészségőr heti 20 órában került volna alkalmazásra, de bizonyos PK-kban a létszámhiány miatt a legjobb teljesítményt nyújtóknak heti 40 órás állást ajánlott a PK vezetése. Így a Program 2. évétől kezdve heti 20 óra mellett heti 40 órában

alkalmazott segéd-egészségőrök is voltak egyes PK-kban. Ezért a Modellprogramban alkalmazott segéd-egészségőrök létszáma csak adott időpontra vonatkoztatva adható meg, az általuk végzett munka kiszámításakor pedig az egyes személyek heti munkaidejét is figyelembe kell venni.

4. ábra Segéd-egészségőrök alkalmazásának időtartama a Modellprogram teljes időtartama során (a vízszintes zöld sorok az egyes személyeket és alkalmazásuk időtartamát jelzik a Program hónapjaiban)



Adatgyűjtés

A segéd-egészségőrök alkalmazására és tevékenységeire vonatkozó adatok a Modellprogramot irányító Programirodához benyújtott adminisztratív jelentésekből (havi munkajelentésekből), valamint a roma közösségek speciális programjaiért felelős munkacsoport nyilvántartásaiból származtak. Az adminisztratív jelentések tartalmát a Program Működési kézikönyve határozta meg [64]. A segéd-egészségőrök maguk vezették a napi tevékenységeiket, és azokat havonta írásban jelentették a Működési kézikönyvben meghatározott formanyomtatványon a

népegészségügyi koordinátornak, aki továbbította ezeket a Program menedzsmentjének (a PK-k többi munkatársának jelentéseivel együtt).

A roma közösségek speciális programjaiért felelős munkacsoport a segéd-egészségőröknek nyújtott képzések és továbbképzések szervezése és lebonyolítása miatt tartotta nyilván a segéd-őrök adatait, valamint a Program futamideje során alkalmazásban álltak munkaviszonyára vonatkozó adatokat. A segéd-egészségőrök alkalmazására vonatkozó adatok Excel-táblában voltak, amelyben minden, a programban 2013. július 1. és 2017. május 31. közt eltelt 47 hónap során alkalmazott segéd-egészségőr neve, alkalmazásának kezdete és esetleges vége, havi ledolgozott munkaóráinak száma, valamint távozás esetén annak oka is szerepelt. A leíró statisztikai elemzést és a Pearson-féle korrelációs elemzést MS Excel 2016 táblában végeztük.

Munkavégzést jellemző indikátorok képzése és elemzése

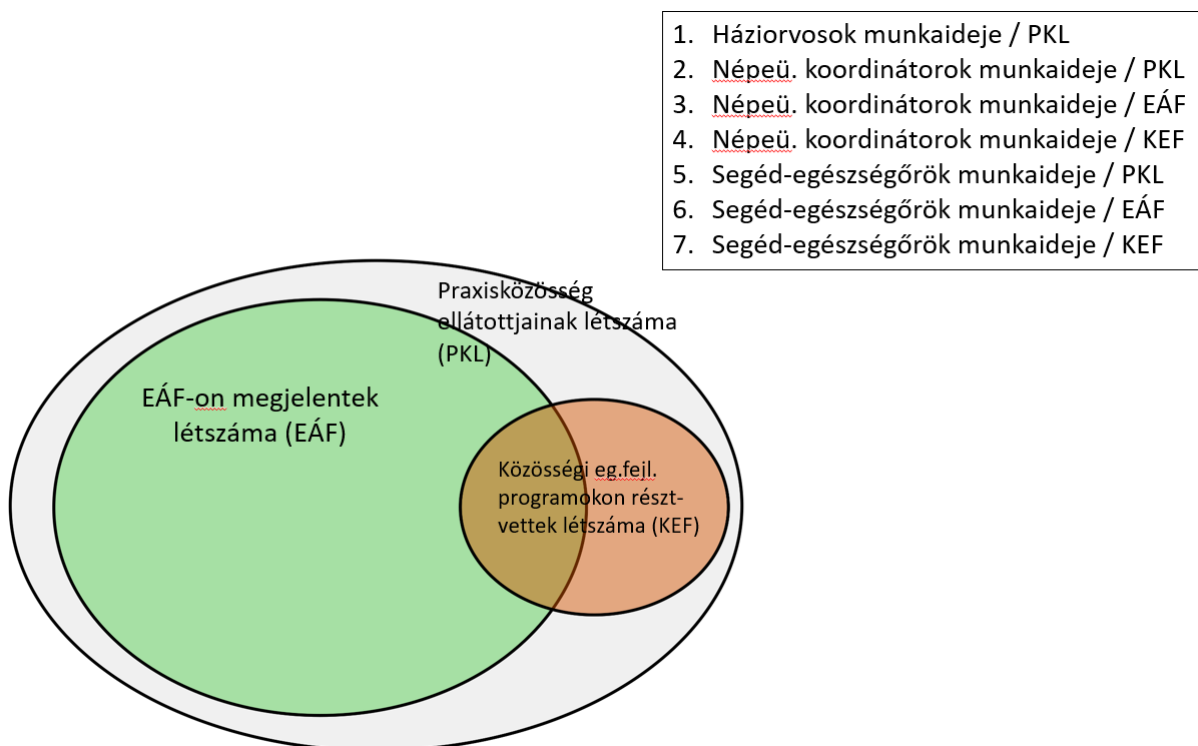
Az egyes praxisközösségekhez tartozó népességszám eltérő volta, a segéd-egészségőrök fluktuációja és eltérő heti munkaideje miatt olyan mutatókat hoztunk létre, amelyek lehetővé tették a segéd-egészségőrök által az egyes praxisközösségekben teljesített munkaórák összehasonlítását. Vizsgáltuk az egy praxisközösségben meglévő segéd-egészségőr álláshelyek száma és jellege (félállás vagy főállás) alapján a havi összes potenciális munkaórát, valamint az adott hónapban betöltött álláshelyek és az egyes segéd-egészségőrök munkaidejének ismeretében a ténylegesen teljesített munkaórák számát is. Így lehetővé vált a változó számú és munkaidejű segéd-egészségőrt foglalkoztató PK-kban a ténylegesen teljesített munkaidő praxisközösségenkénti összehasonlítása. Ugyanezt az indikátort a házi orvosokra és a népegészségügyi koordinátorokra is kiszámítottuk.

A munkaórák számát önmagában nem lehet értelmezni az ellátottak számának ismerete nélkül. Ezért a segéd-egészségőrök munkaóráinak számát (az alkalmazás hónapban és órában eltérő adatai, valamint a könnyebb értelmezhetőség miatt) munkapercre átszámítva viszonyítottuk az adott PK ellátottjainak számához. Ellátottnak tekintettük az adott PK-ban résztvevő orvosokhoz bejelentett, érvényes egészségbiztosítási kártyával rendelkező felnőttek számát.

Cél volt, hogy tevékenységtípus szerint is elemezzük a segéd-egészségőrök munkáját az egyes praxisközösségekben. Ehhez figyelembe vettük, hogy a mediátorok feladatai közt két olyan tevékenység volt, amellyel jelentős időt töltöttek. Az egyik az egészségi állapotfelmérésre (EÁF) való toborzás volt, amelyre személyesen hívták mindazokat, akik az orvos által küldött írásos meghívóra nem jelentkeztek. Ennek a tevékenységnek az összehasonlítása érdekében az EÁF-on összesen részt vettek létszámára vetítettük az összes segéd-egészségőr munkaidőt. A

másik, viszonylag önálló tevékenység a közösségi egészségfejlesztési rendezvényekkel (KEF) kapcsolatos egyszerűbb, szervezéssel kapcsolatos feladatok, illetve az azokon való közreműködés volt. Ezt a tevékenységet a segéd-egészségőrök munkaidejének az ilyen rendezvényeken részt vettek számához hasonlítva értékeltük. Az utóbbi tevékenység esetén az egészségfejlesztési rendezvények adatai 2014 október – 2015 szeptember közötti időszakra vonatkoztak. Az indikátorok számításának elveit az 5. ábra mutatja.

5. ábra A segéd-egészségőrök munkaidejének vizsgálatára kidolgozott indikátorok



2. Segéd-egészségőrök munkavégzéssel kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata

A vizsgálat típusa

A Program eredetileg meghatározott befejezése (2016. június) előtt néhány hónappal kvalitatív, félig strukturált interjú vizsgálatot terveztünk a segéd-egészségőrök munkatapasztalatainak és a Programban végzett munkával kapcsolatos attitűdjeiknek feltárására. A témaköröket és a kérdéseket a WP6 munkacsoport vezetője és a Program vezetője közösen határozták meg, és a népegészségügyi koordinátorokkal is megbeszélték. A segéd-egészségőrök 2016. januárjában a Program egyik munkamegbeszélésén a Program vezetőjétől kaptak tájékoztatást az interjú

kutatás céljáról. A részvételre mind a negyven, akkor alkalmazásban állt segéd-egészségőr meghívást kapott.

Az interjú struktúrája

Négy csoportba rendezve 12 kérdés képezte az interjú struktúráját. Az első kérdéscsoport 1) a segéd-egészségőrök programhoz való csatlakozásának okairól szolt; 2) milyen változásokat hozott a munkába állásuk az életükben, a családjukban és a helyi közösségben; 3) etnikai hovatartozásuk jelentősége változott-e a Programhoz való csatlakozásuk után. A második témakört a napi munkavégzéssel kapcsolatos kérdések alkották: 4) legfontosabb munkaköri feladataik, 5) a munkatársakkal és a páciensekkel kapcsolatos jellemző konfliktusok és stresszhelyzetek, és ezek megoldásai, 6) valamint saját egészségtudatosságuk és példamutatásuk jelentősége a munkavégzésben. A harmadik témakör kérdéseinek célja a Program egészéről való vélekedésük feltárása volt: 7) a Program erősségei és gyengeségei, 8) a praxisközösségi és a népegészségügyi koordinátorral, valamint a többi munkatárssal való együttműködés tapasztalatai. A negyedik kérdéscsoportot a jövőre vonatkozó kérdések alkották: 9) szeretnének-e tovább dolgozni ebben vagy hasonló programban, 10) mit gondolnak a továbbtanulásról, illetve 11) milyen jövőképet alkottak maguknak. Ezt követően minden interjúalanyuk lehetősége volt 12) bármilyen más véleményt vagy megjegyzést tenni, vagy olyan témát említeni, amelyet fontosnak tartottak, de amelyre a korábban feltett kérdések nem tértek ki.

Adatgyűjtés és -feldolgozás

Az interjúk lebonyolítására praxisközösségenként, minden segéd-egészségőrrel külön egyeztetett időpontban, kétszemélyes helyzetben került sor, 2016. február és május között. Az interjúhoz annak kezdetén minden segéd-egészségőr szóbeli beleegyezését adta, továbbá ahhoz is, hogy arról hangfelvétel készüljön. A munkaidő sértetlensége és a felettes (népegészségügyi koordinátor) esetleges kifogásainak elkerülése érdekében az interjúkra munkaidő után került sor. A népegészségügyi koordinátorok nem kaptak információt arról, hogy melyik segéd-egészségőr mikor ad interjút. Az interjúkra az adott praxisközösség munkahelyén, a váróteremben vagy közösségi szobában került sor, amelyekhez a segéd-egészségőrök munkaidő után is hozzáférhettek. Az interjúkat jómagam és a Programban koordinátorként dolgozó dolgozó Gutási Éva készítettük el, valamint két fiatal kutató, Bálint Amarilla és Chezán Júlia, akik kapcsolatba kerültek a segéd-egészségőrökkel más projektek kapcsán, de nem voltak alkalmazásban a Programban. Az interjúk készítői (az interjúerek) személyesen ismertük a

segéd-egészségőröket, de nem voltunk sem a munkatársaik, sem feletteseik. A kutatás célját és az interjúk elkészítésének módszertani részleteit az interjúerek együtt is megbeszélték a módszertani homogenitás növelése érdekében.

Az összes interjú magyar nyelven készült; a hangfelvételek szó szerint átírássá kerültek MS Word dokumentumba, majd az audiofájlokat az átírás után töröltük. Az interjúk résztvevőit és az átiratokat numerikus kódokkal azonosítottuk.

Tartalomelemzés

A kvalitatív tartalomelemzést a szakirodalom szerint végeztük [65]. Az átiratok többszöri átolvasása után először egymástól függetlenül kódokat azonosítottunk (jómagam és Gutási Éva), majd ezeket közösen megvitattuk, míg megállapodásra jutottunk. A tartalomelemzéshez az NVivo 12 [66] kvalitatív adatelemző szoftvert is igénybe vettük, de ennek hasznossága korlátozott volt a nyelvi különbségek miatt, mivel az analitikai lehetőségek függenek a szöveg nyelvétől. A kódok csoportosításával nyolc altémát azonosítottunk, amelyeket három fő témába vontunk össze. Az altémák és témák az elemzést végző kutatócsoport iteratív diskusszióinak eredményeként kerültek azonosításra.

3. Segéd-egészségőrök mentális egészségének felmérése

A vizsgálat típusa és célcsoportja

A Modellprogramban 2013. július 1-től alkalmazott segéd-egészségőrök mentális egészségi állapotának változását a Program páratlan éveiben (2013, 2015, 2017) történt ismételt keresztmetszeti vizsgálattal, kérdőíves felméréssel követtük nyomon. E munkatársak tervezett maximális létszáma 48 fő volt (12 fő praxisközösségenként), azonban a fluktuáció miatt a Program futamideje során a létszámuk változott (4. ábra). (Ez utóbbi és a névtelenségi kritérium volt az oka annak, hogy követéses [panel] vizsgálatot nem tudtunk tervezni.) A felmérésekbe meghívottak létszáma az adott időpontban alkalmazásban állók számával volt egyenlő, kivéve az első, 2013. évi felmérést, amely az akkoriban zajló ápolási asszisztens képzésben résztvevők körében történt. Az első felmérésbe tehát az akkor alkalmazásban állt segéd-egészségőrök (N=47) 41%-a (20 fő) került bevonásra.

A felmérés kérdőíve

Az adatgyűjtés mindhárom alkalommal azonos kérdéseket tartalmazó, papír-alapú kérdőívvel történt. A kérdőív 3 fő csoportba sorolva 68 kérdést tartalmazott, amelyeket az Európai

Egészségfelmérés 2009. évi kérdőívéből [67], és széles körben használt skálák validált magyar változataiból [68] válogattunk.

Demográfiai adatok

Egy kérdés vonatkozott a résztvevők nemére, és egy a születési évére, amelyből az adott évre számítottuk ki az életkort. A családi állapotra vonatkozó kérdésre 6 lehetséges válasz volt (hajadon/nőtlen, házas, külön él, elvált, özvegy, élettárssal/barátnővel él), amelyeket két kategóriába vontunk össze; nem él partnerkapcsolatban (hajadon/nőtlen, külön él, elvált, özvegy), illetve partnerkapcsolatban él (házas, élettárssal/barátnővel él).

Az iskolai végzettségre vonatkozó válaszokat (kevesebb, mint 8 általános; 8 általános; szakmunkásképző, szakiskola; szakközépiskola, technikum; gimnázium; szakirányi képesítés; főiskola, diploma; egyetemi diploma) 3 kategóriába összevonva (alapfokú, középfokú, felsőfokú végzettség) elemeztük. Egy-egy kérdés vonatkozott a háztartásban élők létszámára, a gyermekek számára, valamint a család anyagi helyzetére (nagyon rossz, rossz, megfelelő, jó, nagyon jó).

Az etnikai identitásra a 2011-es magyar népszámlálási kérdőívből vett két tétellel kérdeztünk rá. Az elsődleges etnikai hovatartozást a „Mely nemzetiséghez tartozik?”, a másodlagos etnikai hovatartozást a „Mely nemzetiséghez tartozik még ezen kívül?” kérdés becsülte. A válaszlehetőségek közt a jogszabályilag elismert összes hazai kisebbség fel volt sorolva, beleértve a romákat is.

Egy kérdés vonatkozott az OKJ-képzésben való részvételre (2013-ban, mivel ekkor a képzés még folyamatban volt), illetve OKJ-szakképzettség megszerzésére (2015-ben és 2017-ben, a képzés befejezése utáni években).

Egészségi állapot és egészségtudatosság

Az elmúlt 12 hónapban megélt szubjektív egészségre vonatkozó kérdésre ötfokozatú skálán lehetett válaszolni (nagyon rossz, rossz, kielégítő, jó, nagyon jó). Az egészségtudatosságra vonatkozó kérdésre a válaszadó négyfokozatú skálán jelölhette meg, hogy mennyit tehet saját egészsége érdekében (semmit-keveset-sokat-nagyon sokat). Az elmúlt 6 hónapban a napi működést korlátozó egészségügyi problémákat 3 lépéses gyakorisági skálával értékeltük (súlyosan korlátozott, enyhén korlátozott, nincs korlátozottság), és bináris változóvá alakítottuk a regresszióhoz (korlátozottság van/nincs). A dohányzást egy 6 lépéses gyakorisági skála alapján értékeltük, amelyet két kategóriába soroltunk: nem dohányzó vagy korábban dohányzott, jelenleg dohányzik. A segéd-egészségőrök szomatikus állapotát nem vizsgáltuk.

Mentális egészség

A kóros mértékű stressz jelentősége az egészségi állapot és a munkateljesítmény vonatkozásában is jól ismert a szakirodalomból. A General Health Questionnaire (GHQ) a kóros mértékben stresszeltek szűrésére alkalmas, a nemzetközi szakirodalomban is elfogadott eszköz, amelyet széles körben használnak pszichés stressz becslésére 17 éves kor fölött [69]. A kérdőívnek több változata is ismert; 12 tételű változatát (GHQ-12) kutatócsoportunk validálta magyar nyelven, és számos korábbi vizsgálatban használta [68]. Minden kérdéshez négy válaszlehetőség tarozik, melyek a tünetek előfordulásának gyakoriságára utalnak. Értékelésére több módszer is rendelkezésre áll. A felmérésekben magunk a GHQ módszert alkalmaztuk, melynek során a válaszok úgy kódolandók, hogy az adott válasz jelezze a tünet fennállását vagy hiányát (0-1). A válaszok értékeléséhez a pontszámokat összesítettük (lehetséges értékek 0-12 között), majd az összpontszám alapján, a hazai gyakorlatot követve, 4 pontos vágóértéket alkalmazva bináris változót képeztünk, amely 5 vagy annál nagyobb pontszám esetén kóros mértékű pszichés stresszt jelez.

A lelki egészség második jellemzőjeként a három dimenzióban megnyilvánuló koherencia-érzést vizsgáltuk. Ez Antonovsky definíciója szerint olyan globális orientáció, amely azt fejezi ki, hogy az egyén milyen mértékben rendelkezik átfogó, tartós, de dinamikus önbizalommal [70]. A koherencia-érzés gyermekkori élmények hatása alatt formálódó beállítódás, attitűd, amelynek mérésére az Antonovsky által kidolgozott kérdőív (Orientation to Life) rövidített (13 kérdést tartalmazó), magyar nyelven validált változatát (SOC-13) alkalmaztuk [68]. A kérdésekre adott válaszokat 1-től-7-ig terjedő Likert skálán lehet megadni. A koherencia-érzést jellemző összpontszámot a 13 kérdésre adott válaszok összegzésével (5 meghatározott kérdésre adott válasz fordítása után) kapjuk meg. A lehetséges legkisebb érték 13, legmagasabb 91 pont; magasabb pontszám nagyobb mértékű koherencia-érzést tükröz.

A harmadik mutató a diszfunkcionális attitűdökre vonatkozott, melyet a 17 tételű [71] Dysfunctional Attitudes Scale (DAS) [72] magyar változatával becsültünk. Ez a skála a perfekcionizmus és dependencia mint diszfunkcionális attitűdök fennállását és intenzitását méri. A DAS-A-17 skála 17 iteme közül 11 a perfekcionizmust, 6 a dependenciát vizsgálja, és 7 lépcsős Likert skálán válaszolható meg. A perfekcionizmus összpontszáma 6-42, a dependenciáé 11-77 közt változik; magasabb pontszám intenzívebb diszfunkcionális attitűdöt jelez.

A társas támogatás mérésére az angol Health and Lifestyle Survey for England kérdőív 7 tételes, a 2003-as hazai Országos Lakossági Egészségfelmérésben használt magyar nyelvű változatát alkalmaztuk [73]. Minden kérdésre három válaszlehetőség van, teljes, részleges vagy hiányos támogatást jelezve. Az egyes kérdésekre adott válaszok összegzése után a lehetséges pontszám 7-21 közé esik, a maximális 21 pont teljes mértékben kielégítő társas támogatottságot jelez, 18 és 20 közötti pontszám esetén csupán kisebb hiányosságokat mutat a társas támogatottság, 17 és ennél kevesebb pontszám esetén viszont a személy a társas támogatottság súlyos hiányával küzd. A munkatársaktól kapott támogatottságot egy item méri, ugyancsak 3 lépcsős likert skálán (Munkatársaim teljes mértékben támogatnak – nem annyira, amennyire szeretném – egyáltalán nem támogatnak).

Adatgyűjtés

Az adatgyűjtésre három alkalommal került sor: 2013. októberében, 2015. augusztusában, és 2017. januárjában, a segéd-egészségőrök számára a Debreceni Egyetemen tartott továbbképzések alkalmával. Az első adatgyűjtés az ápolási asszisztens OKJ-képzés során történt, és az a 20 személy került bevonásra, akik ebben részt vettek (közülük ketten nem válaszoltak a kérdésekre). A második és harmadik felmérés mindenki számára kötelező egynapos továbbképzések során történt. Az ekkor alkalmazásban állók személyét ismertük (ld. 4. táblázat). 2015 és 2017 közt nem került új segéd-egészségőr felvételre, tehát tudtuk, hogy aki 2017-ben válaszolt, az 2015-is megtette ezt. A 2. és 3. felmérésnél tudtuk azonosítani, hogy a válaszadók közül kik végeztek OKJ tanfolyamot, mert erre vonatkozó kérdés szerepelt a kérdőívben.

A felmérések időzítése olyan volt, hogy a részvételi hajlandóság maximális legyen: az adatgyűjtés munkaidőben történt, a munkahelytől földrajzilag távol, munkatársaktól és felettesektől elkülönített helyen; a megjelenés nem járt anyagi áldozattal, de anyagi juttatást sem kaptak a részvételért. A felmérésekben való részvétel önkéntes és névtelen volt, és azok eredményéről a praxisközösségek nem kaptak tájékoztatást.

Adatelemzés

A kérdőíves felmérés eredményeit leíró statisztikai módszerekkel vizsgáltuk. A normális elosztású intervallumváltozókat átlaggal és szórással jellemeztük; a korrelációt Pearson's féle próbával teszteltük; az évek során történt változás elemzésére variancia-analízist alkalmaztunk. A diszfunkcionális attitűdök kérdőív alszkáláinak összpontszámait – ezek nem normális eloszlása okán – mediánnal és interkvartilis tartománnyal jellemeztük, és Kruskal-Wallis

tesztel hasonlítottuk össze. A kategorikus változókat kereszt táblákkal elemeztük, a szignifikanciát Fisher-féle egzakt próbával vizsgáltuk. A faktorváltozók közti korreláció vizsgálatához Spearman-féle rangkorrelációs tesztet alkalmaztunk. A kóros mértékű pszichés stressz meghatározó tényezőit logisztikus regresszióval vizsgáltuk, amelyhez a kóros mértékű stresszt bináris kimeneti változóként definiáltuk, a független változókat pedig faktorváltozókként határoztuk meg, a fentebb leírt összevonásokat alkalmazva. Az alfa értékét minden esetben 0,05-nek vettük, és az ennél kisebb értéket tekintettük szignifikánsnak. Az elemzéshez Stata 13.1 és MS Excel 2013 szoftvereket használtunk.

Összehasonlítás a hazai lakosság mentális egészségének jellemzőivel

A Debreceni Egyetem 2010-ben, 2013-ban és 2019-ben korra, nemre és lakóhelyre reprezentatív felmérést végzett a felnőtt hazai lakosság mentális egészségének vizsgálatára. E reprezentatív populációs felmérések módszertanát és eredményeit másutt közöltük [74]. Az e felmérésekben használt kérdőívben két eszköz, a pszichés stresszt mérő GHQ-12 skála és a koherencia-érzést becslő SOC-13 skála azonos volt a segéd-egészségőrök követése során is használt skálákkal, ezért e két mutató értelmezéséhez a segéd-egészségőrök körében mért értékeket az átlagpopulációban 2013-ban és 2019-ben mért értékekkel hasonlítottuk össze.

EREDMÉNYEK

1.A. Segéd-egészségőrök munkavégzése a Modellprogramban

A Program kezdetén, 2013-ban 48 félállású segéd-egészségőr került alkalmazásra. A segéd-egészségőrök új munkaerőként jelentek meg az alapellátásban, integrációjuk időbe tellett. Ezt a folyamatot tükrözte a Program futamideje alatt tapasztalt fluktuáció (4. ábra), amely a 43 hónap alatt eltávozottak viszonylag magas arányában is megnyilvánult (45%) (3. táblázat). Az eltávozottak aránya azonban 2016. január és 2017. január közt 20% -ra csökkent.

A fluktuáció mellett befolyásolta a munkaidőt az is, hogy a mediátorok egy részének alkalmazási státuszát félállásúról teljes munkaidősre változtatták. 2017 januárjában a mediátor álláshelyek 66 százaléka volt betöltve, de a mediátorok 38 százaléka – a praxisközösség vezetésének kérésére, tükrözve a praxisközösségek szolgáltatásaihoz való, hasznosnak ítélt hozzájárulásukat – teljes munkaidőben dolgozott.

A segéd-egészségőrök munkaidejük jelentős részét a behívásos egészségi állapotfelmérésre történő toborzással töltötték. Ezt a tevékenységet kizárólag a nem orvos népegészségügyi szakemberek szervezték és végezték a népegészségügyi koordinátor irányításával (ezért az orvosok ezen tevékenységre jutó munkaideje nem értelmezhető). A segéd-egészségőröknek fel kellett keresniük és egyénileg kapcsolatba kellett lépniük azokkal a betegekkel, akik az írásbeli meghívó kiküldése után nem jelentek meg a felmérésen. Ugyancsak a a népegészségügyi koordinátor szervezte a segéd-egészségőrök segítségével a közösségi egészségfejlesztési eseményeket (ezért ennél a tevékenységnél sem értelmezhető a házi orvos munkaideje). A házi orvosok, népegészségügyi koordinátorok és segéd-egészségőrök létszáma és munkaideje alapján a módszertanban leírtak szerint számítottuk ki a 3. táblázatban látható mutatókat, melyek szerint az adott PK-hoz tartozó összes páciens létszámát adott munkakörű dolgozó munkaidejére vetítve, összességében a segéd-egészségőröknek jutott a legtöbb ideje egy páciensre; és az EÁF-on, valamint az egészségfejlesztési programokon résztvevők létszámára vetítve is. Ugyanakkor az ő esetükben volt a legrövidebb az átlagos alkalmazási idő és legmagasabb a futamidő alatt eltávozottak aránya.

3. táblázat A segéd-egészségőrök munkavégzés jellemzőinek összehasonlítása a Modellprogramban dolgozó házi orvosokkal és népegészségügyi szakemberekkel

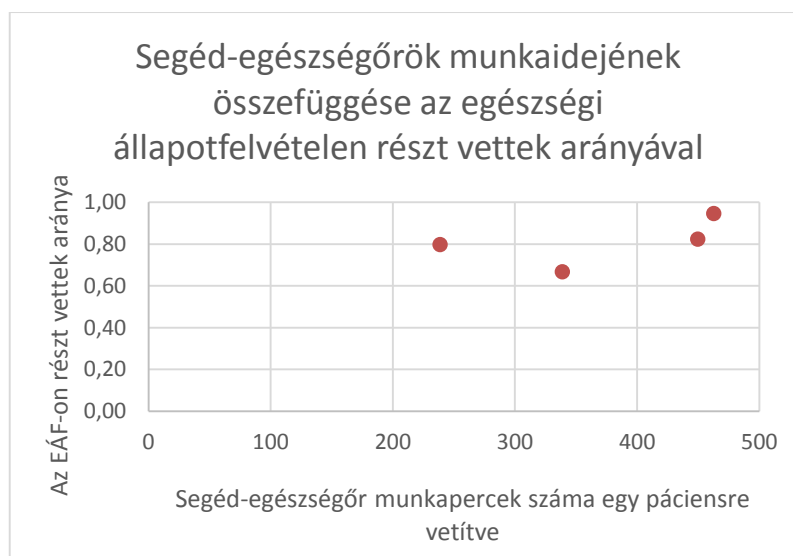
Munkavégzés jellemzői a Program 43 hónapja alatt	Házi-orvosok	Nép-egészségügyi koordinátorok	Segéd-egészség-őrök
Átlagos alkalmazási idő (hónapok)	36	42	32
egy páciensre jutó munkapercek száma az adott PK-hoz tartozó összes páciensre figyelembe véve (percek)	189	56	372
egészségi állapotfelmérésben részt vett egy páciensre jutó munkapercek száma az adott PK-ban elvégzett összes állapotfelmérést figyelembe véve (percek)	-	70	460
egészségfejlesztési programban résztvettek közül egy főre jutó munkapercek száma (percek)*	-	8	53
Letöltött munkaórák száma a max. munkaórák %-ában	90	97	100
a futamidő alatt eltávozottak aránya (%)	8	0	45

A Modellprogramban az EÁF-ra behívott páciensek 80 százaléka vett részt. Ezt a szolgáltatást más hazai házi orvosok csak a beteg kérésére nyújtják, így az ezen való részvétel csak más,

behíváson alapuló országos szűrési programokon való részvételhez hasonlítható. A Modellprogramban végzett egészségi állapotfelmérés részvételi aránya 1,3-1,7-szer magasabb volt, mint az egyéb behívásos nemzeti szűrési programoké.

Korrelációs elemzést végeztünk az EÁF-on résztvevők számára vetített segéd-egészségőr-munkapercek és az egészségi állapotfelmérés PK-k szerinti részvételi arányai között, amely pozitív összefüggést ($r = 0,549$) mutatott, ez azonban az adatpontok alacsony száma miatt nem volt szignifikáns (6. ábra).

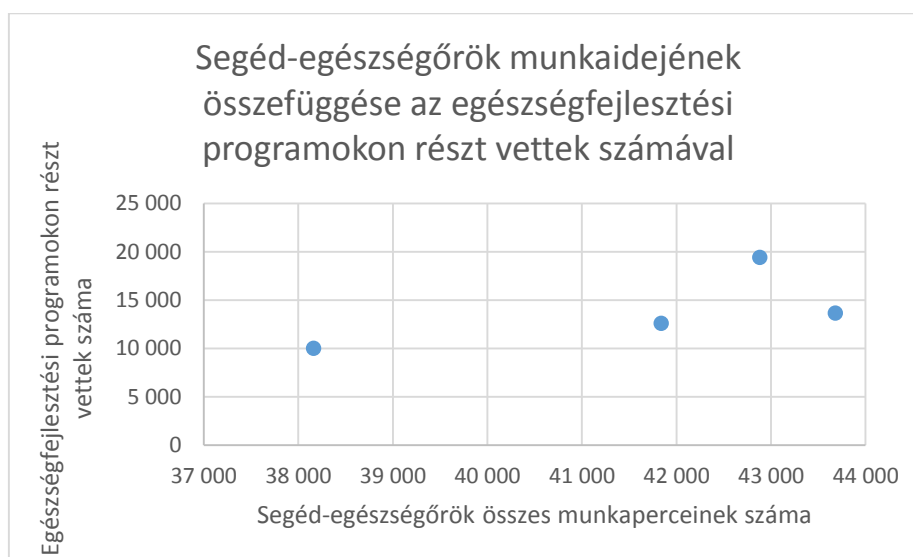
6. ábra Segéd-egészségőrök munkaidejének összefüggése az egészségi állapotfelméletlen részt vettek arányával



A segéd-egészségőrök munkaidejük más részében a közösségi egészségfejlesztési események szervezését és lebonyolítását segítették. Ezeken a programokon a vizsgált időszakban a négy háziorvosnál bejelentettek 74%-a vett részt. Ezen tevékenység esetén a munkaidejüket a rendezvényeken részt vettek létszámára vetítettük. Itt is magasnak bizonyult a Pearson-féle korrelációs együttható ($r = 0,713$), bár nem volt szignifikáns, az adatpontok alacsony száma miatt (7. ábra).

A segéd-egészségőrök munkaideje és mind az EÁF-on, mind az egészségfejlesztési rendezvényeken részt vettek száma közötti pozitív összefüggés vélelmezhető, bár statisztikailag nem bizonyítható.

7. ábra Segéd-egészségőrök munkaidejének összefüggése az egészségfejlesztési programokon részt vettek arányával



Eszerint minél hosszabb a segéd-egészségőrök munkaideje (minél többen vannak és/vagy minél magasabb óraszámokban vannak alkalmazva), annál nagyobb az egészségi állapotfelméréseken, illetve a közösségi egészségfejlesztési programokon résztvevők száma, vagyis annál hatékonyabban tudnak a segéd-egészségőrök résztvevőket toborozni.

1.B. Segéd-egészségőrök munkavégzése praxisközösségenként

Az elemzés a Modellprogram teljes futamideje során bármilyen időtartamban foglalkoztatott segéd-egészségőrök alkalmazásának és munkavégzésének kvantitatív jellemzőit praxisközösségenként mutatja be.

Amint a 4. ábra mutatja, a praxisközösségekben alkalmazott segéd-egészségőrök személye és alkalmazásuk időtartama is változott a Modellprogram teljes futamideje alatt. A Modellprogram kezdetén és végén alkalmazásban állt segéd-egészségőrök adatait összesíti az 4. táblázat, amelyből látható, hogy a segéd-egészségőrök többsége fiatal középkorú, átlagosan 2 gyermeket nevelő nő volt. A Program kezdetén mintegy felének, a végén több mint kétharmadának volt legfeljebb szakiskolai végzettsége. A Program szempontjából kedvezőtlenül, de összességében kedvezően, az alapfokúnál magasabb végzettségű segéd-egészségőrök jó része más, heti 40 órás munkát talált, ezért távozott a Programból annak befejezése előtt.

4. táblázat A segéd-egészségőrök demográfiai jellemzői a Modellprogram elején és végén

Mutatók	2013. augusztus	2017. május
Alkalmazásban lévők (fő)	47	22
Ebből nők (%)	96	91
Átlagos életkor (év; szórás)	40 ($\pm 8,72$)	43 ($\pm 8,37$)
Iskolai végzettség 8 általános vagy szakmunkás (%)	52	68,7
A Program keretében OKJ képzettséget szerzettek (fő)	0	22
Anyagi helyzet legalább megfelelő (%)	55,5	59,3
Családi állapot házas (%)	38,8	62,5
Gyermekek száma (fő, medián, interkvartilis tartomány)	2 (1-3)	2 (1-3)

A Modellprogram teljes futamideje 47 hónap volt (36 hónap tervezett + 11 hónap hosszabbítás). A programban eredetileg tervezett 48, heti 20 órás foglalkoztatást biztosító segéd-egészségőri álláson a futamidő során összesen 58 fő alkalmazására került sor. A Program egészét tekintve a segéd-egészségőrök átlagos alkalmazási időtartama a futamidő alatt 33,5 hónap volt; a Program befejezése előtt az összesen alkalmazott segéd-egészségőrök közel kétharmada (36 fő, 62%) távozott. A segéd-egészségőrök demográfiai jellemzőit az 5. táblázat mutatja.

5. táblázat A segéd-egészségőrök jellemzői praxisközösségenként a futamidő alatt

Mutatók	Praxisközösség							
	Berettyóújfalu		Borsodnádásd		Heves		Jászapáti	
	2013. 08.	2017. 05.	2013. 08.	2017. 05.	2013. 08.	2017. 05.	2013. 08.	2017. 05.
Mediátorok száma (N)	11	5	14	7	12	4	11	6
Átlagéletkor (év)	35	40	41	45	40	41	44	46
Nők (%)	89	60	100	100	100	100	82	83
Egészségügyi szakképzettségűek (%)	18	20	7	0	8	25	9	17
Érettségivel rendelkezők (%)	18	60	7	0	17	50	18	33
OKJ végzettek (%)	73	80	21	14	42	50	45	17
A Program befejezése előtt kiléptettek (%)	64		56		73		54	
Átlagos foglalkoztatási időtartam (hónap)	31		34		30		39	

Minden segéd-egészségőri állást betöltöttnek véve (12 fő/praxisközösség), és minden állás esetében havi 80 órás (4 hét*heti 20 óra) foglalkoztatást feltételezve, összesen 45 120 munkaóra volt teljesíthető a Program 47 hónapja során minden praxisközösségben. A tényleges adatok alapján (összes ledolgozott munkaóra a havonta ténylegesen alkalmazásban állt segéd-egészségőrök száma és havi munkaideje figyelembevételével) számított munkaórák száma a

Berettyóújfalui PK kivételével ettől eltért (6. táblázat). A lehetségesnél 10%-kal alacsonyabb volt a Hevesi, és azt 3%-kal meghaladó volt a Borsodnádasi PK esetében. Utóbbi úgy volt lehetséges, hogy a segéd-egészségőri állások betöltöttsége magasabb volt a többinél, és nagyobb arányban voltak közöttük főállásúak.

Az alkalmazás átlagos időtartamához képest (33,5 hónap mind a négy PK-t tekintve) a Hevesi és a Berettyóújfalui PK-ban dolgozók átlagos alkalmazási ideje rövidebb, a másik két PK-ban dolgozóké hosszabb volt. A leghosszabb ideig átlagosan a Jászapáti PK segéd-egészségőrei álltak alkalmazásban. Az összesen ledolgozott munkaórák arányosak voltak a segéd-egészségőrök számával és alkalmazásuk időtartamával.

6. táblázat A segéd-egészségőrök alkalmazásának indikátor mutatóinak alakulása 2013.

07.01.- 2017.05.31. közt

Mutatók	Praxisközösség			
	Berettyó- újfalui	Borsod- nádasi	Heves	Jászapáti
Az alkalmazás átlagos időtartama (hónap)/segédegészségőr	31	34	30	39
Összes ledolgozott munkaóra (óra)	45 120	46 560	40 400	44 480
Összes ledolgozott munkaóra az összes potenciális munkaóra (45 120 óra) arányában (%)	100%	103%	90%	99%
A futamidő során összesen alkalmazott segéd-egészségőr (fő)	14	16	15	13
A futamidő során összesen eltávozott segéd-egészségőr (fő)	9	9	11	7

Az adatok alapján a borsodnádasi PK segéd-egészségőrei teljesítették a legtöbb munkaórát, annak megfelelően, hogy ebben a PK-ban volt a legmagasabb a betöltött állások aránya a futamidő során. A fluktuáció alakulása a Jászapáti PK-ban volt a legkedvezőbb: itt volt a legalacsonyabb a futamidő vége előtt eltávozottak száma (6. táblázat).

A módszertani fejezetben leírt módon számítva, az egy ellátandó személyre jutó segéd-egészségőr munkapercek száma a Borsodnádasi PK-ban csaknem két és félszerese (2,45-szeres) volt a Berettyóújfalui PK-éhoz képest, ez volt a legnagyobb különbség. A Jászapáti PK-ban dolgozók munkaperceinek egy ellátottra vetített száma 1,52-szer, a Hevesiben dolgozóké 1,32-szer volt magasabb a Berettyóújfalui PK-ra számított mutatónál (7. táblázat). E mutatók

azt tükrözik, hogy a segéd-egészségőröknek fajlagosan a Berettyóújfalui PK-ban jutott a legkevesebb, és a Borsodnádasi PK-ban a legtöbb ideje az ellátandókra. A Programban dolgozott segéd-egészségőrök munkaperceinek száma a futamidő alatt a négy PK összes ellátottjára vetítve átlagosan 186 perc volt.

Tevékenységtípus szerint elemezve a segéd-egészségőrök munkáját, az egészségi állapotfelmérésben (EÁF) és a közösségi egészségfejlesztési tevékenységekben volt legjelentősebb részük a segéd-egészségőröknek. Az EÁF-on összesen részt vettek létszámára vetítve az összes segéd-egészségőr munkaidőt, a legkevesebb idő a Berettyóújfalui PK-ban (315 perc/résztevő), míg a legtöbb, az előzőnél 1,8-szor hosszabb idő a Hevesi PK-ban (578 perc/résztevő) fordítódott erre (7. táblázat).

7. táblázat A segéd-egészségőrök munkavégzésének indikátorai a futamidő során

Mutatók	Praxisközösség			
	Berettyó- újfalu	Borsod- nádasi	Heves	Jászapáti
Egy ellátottra jutó segéd-egészségőr munkapercek száma	118	289	156	180
Egészségi állapotfelmérés egy résztvevőjére jutó segéd-egészségőr-munkaidő (perc)	315	521	578	540
Közösségi egészségfejlesztési rendezvények egy résztvevőjére jutó segéd-egészségőr-munkaidő (perc)	38	51	63	59

A közösségi egészségfejlesztési rendezvényekkel kapcsolatos feladatokra – az azokon részt vettek számára vetítve – a Berettyóújfalui PK-ban jutott a legkevesebb (38 perc/résztevő), és a Hevesi PK-ban a legtöbb idő (63 perc/résztevő), az előzőnek több mint másfélszerese. A segéd-egészségőrök munkaidejéből természetesen nem különíthető el, hogy mely tevékenységgel mennyi időt töltöttek. A két viszonyszám mindössze azt fejezi ki, hogy a négy praxisközösségben dolgozók létszámát és munkaidejét e két új szolgáltatásban résztvevők számával összevetve, hogyan viszonyultak egymáshoz a PK-k.

2. Segéd-egészségőrök munkavégzéssel kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata

Az önkéntes részvétellel zajlott interjúra minden, 2016 elején alkalmazásban állt segéd-egészségőr meghívást kapott, és azt mindannyian el is fogadták. A meginterjúvált segéd-egészségőrök demográfiai jellemzőit a 8. táblázat mutatja.

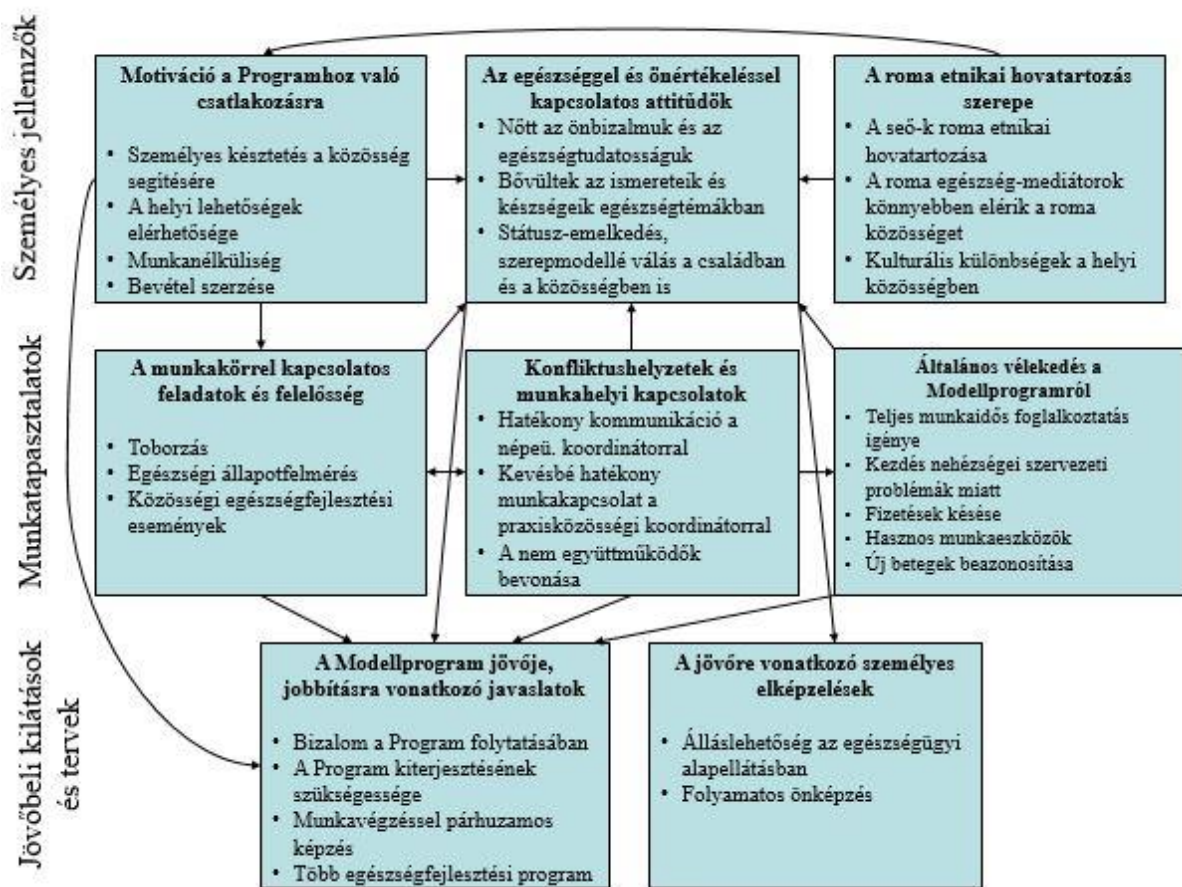
8. táblázat Az interjúalanyok jellemzői

Az interjúalanyok jellemzői	2016. január
Összes alkalmazott segéd-egészségőr (fő)	40
Összes válaszadó (fő)	40
Válaszadók közül nő (%)	93
Önbevallás szerint elsődlegesen Roma (%)	73
Érettségivel rendelkezők aránya (%)	18
Egészségügyi szakképesítéssel rendelkezők aránya a Program előtt	8
Program szerzett OKJ végzettek aránya (%)	38
Munkanélküliek aránya a Program előtt (%)	63
Részmunkaidős beosztás (%)	80
Teljes munkaidős beszosztás (%)	20

40 interjú elkészítésére került sor, amelyeknek audiofájlokban rögzített átlagos időtartama 23 perc volt. A legrövidebb interjú 9, míg a leghosszabb 47 percet vett igénybe. Az MS Word-ben készített átiratok összesen 104 977 szó terjedelműek, 241 oldalon.

Az interjúk kódolását és a tartalomelemzést követően három fő témakört tudtunk azonosítani. Az első témakörbe tartoztak a mediátorok személyes jellemzői, a Programhoz való csatlakozás motivációi, a napi tevékenységeik, és az etnikai hovatartozás jelentősége. A második témakört a munkával kapcsolatos tapasztalataik és élményeik képezték: a munkatársakkal és kliensekkel tapasztalt viszony, a kiépített kapcsolatok, a munkában megtapasztalt felelőségek. A harmadik témakört a jövővel kapcsolatos elképzeléseik alkották: a Program jövőjére és a saját következő életükre vonatkozó elképzeléseik. A három témakör és az ezekbe tartozó témák áttekintését adja a 8. ábra.

8. ábra A segéd-egészségőrök (egészség-mediátorok) munkatapasztalatai a Modellprogramban



Forrás: Katona C, Gutási É, Papp M, Varga O, Kósa K: Facilitating equal access to primary care for all: work experiences of health mediators in a primary health care model programme in Hungary. BMC Fam Pract 21, 212 (2020).

A továbbiakban az egyes témakörökbe tartozó témákat ismertetem.

1. témakör: Személyes jellemzők

Motiváció a Programhoz való csatlakozásra

Az önmegismerés egyik lehetséges módja, ha önmagunk (gondolataink, érzelmeink és viselkedésünk) különböző valós vagy elképzelt helyzetekben való megfigyelésével teszünk megállapításokat. Önmagunkat sokkal többféle helyzetben tudjuk megfigyelni, mint más, ezért összetettebbnek látjuk saját magunkat. A mediátorok olyan szerepbe kerültek a Modellprogram által, amelyben idáig nem volt alkalmuk részt venni, ezért saját személyiségük új vonásait ismerhették meg.

Amikor a megkérdezett segéd-egészségőrök alkalmazásunkba kerültek, huszonheten közülük nem rendelkeztek munkahellyel. Ebből két fő GYES-en, míg két fő ápolási segélyen volt. Azon

segéd-egészségőrök, akik hosszú munkanélküliség után kezdtek el a praxisközösségekben dolgozni, a következőképpen fogalmaztak:

„nem csak azért vagyok, hogy otthon süssek, főzök, és akkor, mint házi cseléd. Hogy igen is dolgozom, és ugyan úgy végzem az otthoni munkát is még pluszban.”

Mivel legtöbbször a gyerekek mellett háztartási munkákat is végeznek, a Modellprogramhoz való csatlakozás okaként tíz fő jelölte meg, hogy helyben van és ezzel összefüggésben hét fő, hogy gyermek mellett is rugalmasan végezhető a munka. További indok volt még az anyagi ok és a korábban már említett munkanélküliség. A válaszadók közül azonban legtöbbször – tizenkilenc személy - a lakosság ismeretét, a velük való kommunikáció és a nekik való segítségnyújtás lehetőségét emelte ki.

Az egészséggel és önértékeléssel kapcsolatos attitűdök

Húsz fő számolt be arról, hogy pozitívan változott az önértékelése a munkavégzés során. Magabiztosabbnak, bátrabbnak, öntudatosabbnak és együttérzőbbnek ítélték meg önmagukat a Modellprogram kezdetéhez képest. Néhányan elmondták, hogy otthon is beszédesebbek és önérvényesítőek lettek.

„Büszkék néznek rám [a gyermekei], hogy nem vagyok csak a fakanálhoz ragadt anyuka meg a sikáló, meg a söprő. Megmutattam nekik és büszke vagyok én is órájuk, mert nem buta gyerekek, tanulnak. Most készül az érettségire a kisebbik, a másik jogi asszisztens szakmát végzett, úgyhogy megváltozni nem változott meg csak annyiban, hogy tudnak példát mutatni a többi gyerekeknek, hogy anya is évekig a fakanalat fogta.”

„sokszor úgy hívnak, hogy doktor..., viccből a gyerekek, főleg a kicsi, mert igazán ő még nem tudja, hogy most ez mi. De jó, meg elismerik, mert eddig én nem is dolgoztam, otthon voltam a gyerekekkel, és ez ilyen kiszakadás volt nekem amúgy is az otthoni főzőcskézésből”

„Többet beszélek, az biztos, jobban magyarázok a gyerekeknek is otthon is. És akkor mindig mondja [a gyermeke], hogy Anya most nem beszámolót írsz, nem kell megfogalmazni.”

A fentiekből látszik, hogy a munka kapcsán nem csak az önértékelés, de a segéd-egészségőrök családjának a hozzáállása is változott, a családon belüli szerepek átalakultak. A családjukon belül munkájuk által elismertebbé váltak, családtagjaik támogatják őket.

Ezt támasztotta alá az a válasz is, miszerint harminckilenc fő családja pozitívan értékeli a mediátori munkát. Néhányan beszámoltak róla, hogy a család hozzáállása kezdetben negatív volt. Ez főleg azoknál a segéd-egészségőröknél volt jellemző, ahol a mediátorok a házi gyermekorvos és a védőnők munkáját segíti, hiszen tartottak attól, hogy gyermekeik megítélése is negatívan változhat, amennyiben például iskolatársaik tetűvizsgálatát fogják elvégezni.

Később azonban ez változott, a környezetük pozitívan ítéli meg őket. Az alábbiakról számoltak be:

„ Már nem is egészségőr vagyok, hanem a doktornő a gyerekek között. Meg nagyok azok a generációk, akik engem ismertek, és akikkel felnőttem felnéznek rám. Büszke vagyok erre és rám is a többiek.” Más segéd-egészségőr is beszámolt arról, hogy büszke rá, hogy az orvos mellett dolgozhat, és ez kihat a családján és az környezetén belüli megítélésére is.

„ Az orvosokra istenként nézünk, tiszteljük őket, minden. És akkor beléphettünk az ő szférájukba.”

„ ...tudod mint egy szinonima, összetartozok én meg az egészségügy”

Tekintettel arra, hogy az egészségi állapot nem kizárólag a genetikai adottságoktól, vagy az egészségügyi ellátórendszer minőségétől függ, az egészségszemlélet alakításában kiemelkedő szerep jut az egyénnek, hiszen egészségmagatartásunk és életmódbeli szokásaink hozzájárulhatnak a betegségek megelőzéséhez.

Bár tizenhat segéd-egészségőr rendszeresen, kettő pedig alkalmanként dohányzik, a válaszadók több mint kétharmada egészségtudatosnak ítélte önmagát. Ebben leginkább a táplálkozásnak tulajdonítottak fontos szerepet. Többen elmondták, hogy részt vettek a dietetikus tanácsadásán és saját és családjuk étrendjét is eszerint alakították ki. Egyikük beszámolt arról, hogy tizenhét kilót fogyott a dietetikus segítségével a projekt során. A példamutatást, a hitelességet kiemelkedően fontosnak tartják, hiszen ők a közösség mindennapjainak részesei és akkor tudják igazán elhívni a szűrésekre és tanácsadásokra a lakosokat, ha ők maguk és családjuk is részt vesznek ezeken.

„ elhatároztam, hogy nem mehet így negyven évesen, az ember nem lehet bezárva saját testébe, és akkor elkezdtem ezt az életmódváltást, úgyhogy már ezért megérte a dolog.” „Javult az egészségem, jobb a kedélyállapotom, jól érzem magam emberek között. Az hogy segítünk másokon ez engem is erősít.”

A példamutatás másik fontos aspektusa a gyerekeikkel kapcsolatos. Ez nem csak arra vonatkozik, hogy az egészségesség szempontjából álljanak elő pozitív példával, hanem azzal is, hogy továbbtanulnak és napi rendszerességgel dolgozni járnak.

„ az akaratot, amit mondjuk, látnak énbennem, akkor ők magukra is ezt visszatudják vetíteni olyan téren, hogy például a lányom is, mivel ő az érettségit nem tudta, mert akkor már gyermek lett neki... ő azt mondta, hogy ezt mindenféleképpen be fogja fejezni... a kisfiam pedig ...feljebb akar még, tehát ő főiskolában gondolkozna, ... de ez nagyon jó, hogy egy célt tűzött ki magának.”

Többen beszámoltak arról, hogy a helyi lakosság beléjük vetett bizalma is megnőtt, tekintélyük lett a közösségen belül. Van közöttük, aki úgy érzi büszkének rá, tisztelik és megbecsülik a munkáját. Erről a bizalomról kaptunk beszámolót a 2015-ös mediátor képzés jelentésében is, ahol a résztvevők visszajelezhettek arról, mit éltek meg sikerként az akkor még kétéves munkatapasztalat alapján. A listán szerepelt az érdeklődés és bizalom a lakosság részéről, a hála, amit kifejeznek feléjük. Egyéni sikerekről is beszámoltak, amelyek tovább növelik a lakosság bizalmát. Az egyikük 2015-ben elmondta, hogy az elvégzett képesítés alapján olyan profi nyomókötetést tudott alkalmazni egy váratlan helyzetben az utcán, hogy a kikerülő mentőstől is dicséretet kapott. A jól képzett, helyi lakosság körében ismert és elismert segéd-egészségőr képes lehet arra, hogy csökkentse a házi orvosra vagy védőnőre háruló terheket, hiszen bizonyos problémákat képes önmaga is megoldani. A lakosság bizalma tovább erősíti ezt a funkciót, hiszen amennyiben hozzá fordulnak például sebkötözés vagy tetű vizsgálat kapcsán, a rendelőbe érkezők száma is csökkenhet.

A roma etnikai hovatartozás szerepe

Önbevallás alapján a válaszadók közül huszonkilencen vallották magukat romának, továbbá négy fő magyarnak, három fő kettős etnikai hovatartozásúnak és négy válaszadó bizonytalan volt. A bizonytalanok közül az egyikük így fogalmazott:

„ a romaság, cigányság az egy külön népcsoport, de mivel mi nem gyakoroljuk se a nyelvüket, se a hagyományait, semmi olyasmit, amit, amire azt lehetne mondani, hogy ez most romaság. Én, én magyarnak sem vallom magam, de mégsem olyan magyar, hanem... de viszont cigánynak sem vallom, vallanám magam.” Ő úgy vélte, hogy a munkakör betöltésénél azért esett rá a választás, mert a családja *”előkelő”* helyet foglal el a közösségben, a házi orvos és a helyiek is ismerik és megbízhatónak tartják.

Minden megkérdezett egyetértett abban, hogy a segéd-egészségőrök alkalmazása az egészségügyben fontos. A fent említett indokok mellett néhányan kiemelték, hogy a mediátorok alkalmazása sikeres toborzás – a szűrésekre eljutottak számának növekedése - esetén kevesebb anyagi forrást igényel, mint a később felfedezett betegségek kezelése. Egyetértettek továbbá abban is, hogy a roma személyek alkalmazása a Modellprogram intervenciós területén rendkívül nélkülözhetetlen, hiszen a mediátor ismeri és elfogadja a roma kultúrát és viselkedést. Véleményük szerint fontos, hogy legyen olyan személy, aki a saját nyelvükön el tudja magyarázni, milyen vizsgálatra és foglalkozásra van szükség. A szűrésekről való, levélben történő kiértékelés a lakosok számára nem egyértelmű:

„Valaki egyszer azt mondta, hogy a nyakát nézik meg. Mert, hogy mondtuk, hogy méhnyakrák szűrés, azt mondja, hogy mit néznek a nyakam?”

„ „hogy rengeteg olyan embert mozgattunk meg, aki, aki évek óta nem volt orvosnál, nem volt szűrésen. Rengeteg olyan ember jött be hozzánk, aki teszem azt valamilyen betegségével tisztában volt, viszont a következményeivel nem.”

Elmondásuk szerint, akik ritkán járnak a szűrésekre és hátrányos helyzetű rétegből származnak, az orvossal nem mernek annyira nyíltan, közvetlen stílusban beszélni, mint dolgozóinkkal. Ez alátámasztja a roma egészség-mediátorokkal szembeni egyik alapvető elvárást, miszerint szükség esetén segítséget nyújtanak a konzultációk során abban, hogy a kliens könnyebben megértse, milyen további teendői vannak. Ezen kívül a megkérdezettek úgy ítélték meg, hogy a hasonló helyzetből érkezők empatikusabban kezelik a hátrányos helyzetű családokat.

A roma származás nem volt kritérium a felvételkor, viszont a 2016-ban készült mélyinterjúk során a negyven megkérdezett 73%-a vallotta magát annak. A kérdések között szerepelt, hogy véleményük szerint az etnikai hovatartozásuk szerepet játszott-e abban, hogy őket választották ki erre a munkakörre. Beszámoltak róla, hogy munkájukban meghatározónak érzik az etnikai hovatartozásukat, mert ez által könnyebben szót tudnak érteni a helyi lakossággal. Az egyikük az alábbiakat fogalmazta meg:

„...nehezen megközelíthető emberek a romák és ezt át kellett hidalni az orvos meg a romák között, ezt a kapcsolatot.” „ Ha ott akarjuk kezdeni, hogy a romákat fel akarjuk zárkóztatni, akkor igenis elő kell szedni a problémás családokat. És azokat segíteni kell ahhoz, hogy tartsák a lépést a higiéniaiban, az étkezésben.”

Tapasztalatuk szerint a területen élő roma családok közül egyre többen igyekeznek odafigyelni az egészségre, a helyes életmódra, de ehhez szükséges olyan kapcsolattartók alkalmazása, akik az átmeneti időszakban segíteni tudják a felzárkózásukat.

A válaszadók között huszonöt fő tartotta fontosnak a roma személy alkalmazását az egészségügyben. Volt, aki kiemelte, hogy nem az a fő szempont, hogy a segéd-egészségőr roma legyen, hanem hogy a közösség által elismert helyi lakos, megfelelő helyismerettel. Ennek kiemelkedő szerepe lehet a disszemináció során, hiszen abban az esetben, ha a bevont praxis nem hátrányos helyzetű régióban található, akkor is szükséges mediátorok alkalmazása a helyi sajátosságok figyelembevételével.

2. témakör: Munkatapasztalatok

A munkakörrel kapcsolatos feladatok és felelősség

A helyi lakosság eredményesebb elérését és a Modellprogram által nyújtott szolgáltatásokba való bevonását olyan segéd-egészségőrök segítik, akik a praxisorvosok javaslatára és a helyi és a kisebbségi önkormányzatok közreműködésével kerültek kiválasztásra. Fő feladatuk a alapellátásban közreműködő dolgozók és a helyi lakosság közötti közvetítés volt, különös tekintettel a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzetben élőkre. A mediátorok munkájuk során azonban toborzási feladatok mellett az Eljárásrend szerint minden szakembernek segítséget nyújtottak a népegészségügyi koordinátor iránymutatása szerint. Közreműködtek a színtérprogramokban, a csoportos foglalkozások előkészítésében, a védőnők kérése szerint részt vettek az anya-gyermek klubokon, ahol alkalmanként a gyermekekre felügyeltek annak érdekében, hogy a szülők jobban figyelhessenek az előadásokra. A folyamatos monitoring és betegségregiszterek dokumentációjával kapcsolatban egyeztetettek a lakossággal, valamint aláírták a szükséges beleegyező nyilatkozatokat.

Havonta a segéd-egészségőr értekezleten a népegészségügyi koordinátor irányításával eszmegbeszéléseket tartanak, ahol tapasztalatcserére kerülhet sor és egymásnak tanácsokat adnak a problémás szituációk kezelésében.

„Hogyha valahol nem úgy ment a toborzás, és a mondjuk a nádasdiaknak mindig jobban ment, akkor mindig mondták, hogy ők ezt így szokták, próbáljuk meg mi is. És akkor volt úgy, hogy tényleg úgy jött be. Vagy volt mikor a miénk ment jobban, akkor mi segítettünk ő nekik.”

A havi értekezletek alapján érdemes lehet a már kialakult praxisközösségek tapasztalataiból esztelírásokat összeállítani, amelyek a disszemináció során a képzési tematikába beépíthetők lennének.

Konfliktushelyzetek és munkahelyi kapcsolatok

A Modellprogram kezdetén minden segéd-egészségőr heti húsz órában került alkalmazásba. A magas fluktuáció miatt a praxisorvos dönthetett arról, hogy a praxisközösségből esetleg távozó segéd-egészségőr helyére ne kerüljön felvételre új személy, hanem a már alkalmazásban lévő mediátor-társ szerződése módosuljon heti negyven órára. Azon közösségekben, ahol egy fő heti negyven órában, a többiek pedig heti húsz órában kerültek alkalmazásra, a dolgozók között bérfeszültség alakult ki. Borsodnádasi praxisközösségben a heti húsz órában foglalkoztatottak közel fele számolt be erről a problémáról.

A fő konfliktushelyzetek azonban nem a kollégák között alakulnak ki, hanem a toborzás során, a helyi lakosok behívásakor merülnek fel. Harmincegy segéd-egészségőrből számoltak be arról, hogy többször volt már részük ebből adódó konfliktusban. A házi gyermekorvosok segéd-egészségőreinél külön problémát okozott kezdetben a tetűszűrés, ám ez idővel megoldódott.

„amikor jöttünk nézni a gyerekeket a tisztasági vizsgálatra, és mindig, hogy már jön anyukád megint nézi a tetűt, meg minden. Ezzel cikizték. De azt a végén azt megszokták. Meg ők is nagyon szeretik, elfogadják, hogy ilyen büszke rám, büszkék rám, így mondom, és ez nekem jól esik. Pláne, hogy letettük ezt a képzést is, meg még jobb”.

Abban az esetben, ha valaki nem kívánt részt venni a szűrésen vagy vérvételen a legtöbben az ismételt megkeresést alkalmazzák megoldásként. Ketten arról számoltak be, hogy volt olyan esetük, amely során a kliens zaklatásnak vette a megkeresést. Néhányan az orvos segítségét is igénybe vették a problémás esetekben.

A stresszt okozó szituációkat jellemzően aznap otthon a családdal vagy a segéd-egészségőr társsal beszéljük meg a kolléganők. A házi gyermekorvos segéd-egészségőrei a védőnőkkel is konzultálnak a problémás esetekről, amely a gyermekek vonatkozásában nem csupán a rizikóállapot felmérést visszautasítókat jelenti, hanem a kiskorú családjánál tapasztalt egyéb problémákat is.

Általános vélekedés a Modellprogramról

A program erősségét tekintve a következőket emelték ki: szervezettség, csapatmunka, egyenrangú bánásmód, egészségügyi szakemberek részvétele, közreműködő helyi projektpartnerek, sok program szervezése óvodákban, iskolákban, idősek otthonában, sikeres egészségnapok, egészséges életmód megismertetése, egészségügyi szakemberek részvétele, szűrések hasznossága, sok magas vérnyomással/cukorbetegséggel időben kiszűrt beteg. Olyan emberek elérése, akik évek óta nem voltak szűrésen, a résztvevők promóciós eszközökkel való ösztönzése, magas átszűrési arány, a lakosság nyitottabb lett az orvosok felé, csökkent a tetves gyermekek száma, a kerékpár nagyban segíti a munkát, több idő jut egy-egy emberre, tehermentesíteni lehet az orvost és a szakdolgozókat. A modell más térségek számára követendő példát nyújt.

„Az erőssége amiről beszéltem, hogy tényleg olyan emberekhez jutunk el és jutnak el az orvosokhoz, akik évekig nem. Nőgyógyászati vizsgálatról beszélek, hogy megszülte az utolsó gyermekét és tíz éve nem volt orvosnál. Tehát ilyen nőkről beszélek. Vagy férfiakról, akik 5-8 éve nem voltak vérvételen, ugyanúgy a nők. Már csak ha azt elérnénk, hogy ezek az emberek évente

egyszer egy laborvizsgálaton részt vegyének vagy egy tüdőszűrő buszon, ami idejön vagy egy mammográfián, az nagyon sokat – de ezt nem egy buta cigányasszonynak kell elmondani – ez szerintem nagyon sokat emelne azon az egészségügyi szinten, ami most van.”

„Erősségként a mi munkánkat emelném ki. Mi vagyunk ennek az egésznek a motorja, ezért is mondtam, hogy nagyon nagy szükség van ránk.”

Többségük (38 fő) jól együttműködik a népegészségügyi koordinátorával, segítőkésznek, megbízhatónak, rugalmasnak, empátikusnak tartják. Megfelelő az ügyintézés és megkapnak minden információt munkájukhoz, elismerést szakmailag és emberileg is.

2 fő úgy érzi, hanyagolja őket a népegészségügyi koordinátoruk, későn értesülnek bizonyos dolgokról, az információáramlás lehetne jobb.

37 fő jól együttműködik a praxisközösségi koordinátorával, segítőkésznek tartják, megkapnak minden információt a munkájukhoz (sokszor a népegészségügyi koordinátoron keresztül).

11 fő szerint kevés a találkozási felület a praxisközösségi koordinátorral.

Pozitív véleményük a programirodáról és szakmai vezetésről, hogy segítőkésznek, fiatalosnak, közvetlennek, rugalmasnak tartják őket. Egyenrangú partnerként kezelik őket, megadják a szükséges információkat (legtöbbször a népegészségügyi koordinátoron keresztül).

„nagyon fain gyerekeknek tartom őket”

„Segítőkészek, mert bármikor, ha olyan probléma van, vagy valami, akkor mindenbe segítenek.”

Negatív véleményük a programirodáról és szakmai vezetésről, hogy keveset tudtak találkozni.

4 fő úgy gondolta, hogy nem kaptak időben beleegyező nyilatkozatot; sok volt a csúszás az eszközátadások kapcsán, jobb lett volna, ha már a program elején megkapják ezeket, illetve, hogy néha olyan feladatot kaptak, ami nehezen volt teljesíthető, rövid határidővel például szűrés előtt rövid idővel kapták meg a behívandók listáját, egyenméretű kabátot kaptak- nem volt rá jó.

”azt ők nem látják Pesten, hogy mi évek óta a folyosón vagyunk, mondjuk kirakva. Ez a nagy szívfájdalmunk nekünk, mert mikor sokan voltak azért, egy lelki teszt kérdését nem szívesen olvastuk fel mások előtt. Valahova el kellett húzódjunk, hogy a többi beteg ne hallja.”

Véleményük a pénzügyről/munkaügyről: gyakori volt az adózással és kifizetéssel kapcsolatos probléma, eszközhiány, kért eszközök nem érkeztek meg mindig időben (pl.: bicikli), a munkáltatói igazolásokat lassan kapták meg (ezért az egyikük gyermeke az ösztöndíjat nem kapta meg). 3 fő szerint késve kaptak felvilágosítást, csúszott a szerződéskötés, a fizetés, a

családi adókedvezménnyel voltak gondok. 4 fő nem tudta megítélni, hogy a hiányosságok a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben (NEFI) múltak-e.

3. témakör: Jövőbeli kilátások és tervek

A Modellprogram jövője, a mediátorok jobbító javaslatai

A program folytatása tekintetében a segéd-egészségőrök közül 36 fő szeretné továbbfolytatni a munkáját, 1 fő nem kívánja folytatni, 3 fő pedig nem tudja. Többségében nagyon bizakodóak voltak:

“Bízok benne, hogy ezt még tovább lehet fejleszteni, tovább vinni, még több dolgot kitalálni hozzá, bővíteni, szerintem nagyon sok lehetőség lenne.”

“Én mindenféleképpen reménykedem benne. Azt gondolom hogy nagyon nagy szükség van rá, a munkánk is azt mondja, hogy fontos lenne hogy egy ilyen foglalkozás működjön továbbra is akár ezen a néven akár másnéven, de van létjogosultsága mindenféleképpen.”

“Ez most attól függ, hogy kérdezik. Magánember... mert mint magánember én nagyon szeretném. Hogy mennyire van rá igény... szerintem volna az embereknek erre igény, mert amikor mellrák szűrés volt igaz-e, itt kamion jött ki az iskola udvarára, volt rá precedens, hogy sajnos találtak... sajnos, nem sajnos, most ez idézőjelbe lett mondva, mert sajnos az, hogy találtak betegséget, a nem sajnos meg az, hogy még elkapták még abba a stádiumba a betegséget, amikor még lehetett rajta segíteni. Tehát ha ezt az oldalát nézzük a dolognak, akkor... akkor hasznos ez az embereknek. Meg ha lenne például olyan, amit... én megyek kifele toborozni a faluba és akkor hallok olyanokat, hogy szeretnének igaz-e főleg a cigányok körébe méhnyakrák szűrést, mert ez mellrákszűrés volt. Például méhnyakrák szűrés sincs, ne kelljen beutazni a romáknak, roma asszonyoknak is, és ugyanúgy a nem romáknak is Hevesre, Egerbe, hanem ha itt lenne helybe, feltételezem azt, hogy szívesebben eljönnének.”

A segéd-egészségőrök közül 27 fő reméli, hogy folytatódik a program:

“Terveim elsősorban olyan nagyok nincsenek, de mindenféleképpen szeretném ezt a munkát folytatni, szeretném továbbra is sikeresen elvégezni, maximálisan, mindenre nyitott vagyok akár képzés akár új munka, új terület az is érdekel engem, de azt gondolom, hogy ez a munka tetszik nekem és továbbra is végezném”.

A segéd-egészségőröket arról is megkérdeztük, hogy szerintük miben kellene erősödni a programnak. Szerintük egyrészt a finanszírozási problémákon kellene javítani a programnak. Megemlítették a béremelést, az eszközök hiányát, a kért eszközök időben való megérkezését. Javasolták a még több közösségi egészségfejlesztési program szervezését, idősök számára házi

szűréseket, több szakember alkalmazását (bőrgyógyász, ízületi fájdalmakkal foglalkozó terapeuta) és szűrést (vérvétel, méhnyakrák szűrés, mammográfiás szűré, hasi ultrahang). Javasoltak több képzés lebonyolítását a segéd-egészségőrök részére (gyakorlati kommunikációs tréning), hat órás munkaidős alkalmazást a segéd-egészségőrök részére. Ajánlották a külső kommunikáció megerősítését, több közösségi program szervezését, rendszeres tájékoztató előadások megrendezését, kötetlen csapatépítő programokat a kollégák részére. Javasolták, hogy a névlista frissítése lehetne szervezettebb például, ha elköltözik valaki, kötelezővé kellene tenni a részvételt.

„A több, a tévében való reklámozás esetleg, újságban, hírekben, rádióban, akár szórólapok. Voltam Ózdon, kórházban egy vizsgálaton, és kérdezte Főorvos Úr, hogy hát mire kellett most nekem ez a véreredmény? Miért kellett csináltatnom? És mondtam neki, de viszont ő nem hallott róla. És elmondtam, de mondom ez nagyon jó, hát náluk is lehet, hogy jó volna itt Ózdon. És, és érdeklődő volt, de nagyobb, nagyobb hírverést kellene csinálni. Jobban kellene reklámozni.”

A jövőre vonatkozó személyes elképzelések

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 kiemelte, hogy szeretne továbbra is az egészségügyben dolgozni. Családsegítő/szociális munkásként szeretne munkát vállalni két fő, illetve 2 fő a mostani településétől távol kíván dolgozni.

3. Segéd-egészségőrök mentális egészségi állapotának változása

Ebben a vizsgálatban a segéd-egészségőrök egészségi állapotának kérdőíves felmérését mutatom be, amelyet a Modellprogram páratlan éveiben (2013, 2015, 2017) azonos módszertannal ismételtünk meg, az adott időpontban alkalmazásban állt segéd-egészségőrök meghívásával (kivéve a 2013. évet, a Módszertanban leírtaknak megfelelően).

A válaszadók demográfiai jellemzőinek alakulása

2013-ban az OKJ ápolási asszisztens képzésben résztvevő 20 fő közül 18 vállalta a kérdőív kitöltését, akik mindegyike a Svájci Hozzájárulás keretében szervezett OKJ képzésben ápolási asszisztens képzettséget szerzett. 2015-ben a segéd-egészségőr továbbképzésen részt vett összes segéd-egészségőr, 41 fő kitöltötte a kérdőívet. 2017-ben 32 fő vállalta a kérdőív kitöltését.

9. táblázat A segéd-egészségőrök demográfiai jellemzőinek változása

Mutatók	2013	2015	2017	p
Meghívottak (fő)	20	41	32	
Válaszadási arány (%)	90%	100%	100%	
Nők aránya (%)	100%	95%	91%	0,590
Életkor, év (átlag±SD)	33,5 ± 7,6	37,3 ± 7,1	39,1 ± 8,4	0,061
Életkori tartomány (min-max.)	18-44	22-57	19-59	-
Iskolai végzettség				
alapfokú (%)	61	62	69	0,981
középfokú (%)	33	30	25	
felsőfokú (%)	6	7	6	
Anyagi helyzet				
rossz/nagyon rossz (%)	44	39	41	0,946
megfelelő (%)	50	46	47	
jó/nagyon jó (%)	6	15	12	
Családi állapota házas, partnerrel él (%)	39	59	63	0,283
Gyermekszám (fő) medián (interkvart. tart.)	2 (1;3)	2 (1;2)	2 (1,5;2,5)	0,982
Háztartásban élők száma (fő) medián (interkvart. tartomány)	4 (3;5)	4 (3;4)	3 (3;4)	0,116

A 2013-as felmérés azokra korlátozódott, akik részt vettek a program által szervezett OKJ képzésben (n = 22, válaszadási arány: 90%). A következő két felmérésbe az összes mediátor meghívást kapott. 2015-ben (n = 41) és 2017-ben (n = 32) is minden meghívott részt vett a felmérésben (válaszadási arány = 100%). 2015 és 2017 közt két mediátor került felvételre a Programba, vagyis a 2017-ben részt vett 32 segéd-egészségőr e két személy kivételével 2015-ben is részt vett az adatgyűjtésben. Az etikai engedély nem tette lehetővé a személyazonosítást, ezért azt tudjuk megállapítani, hogy a felmérésben résztvevők 95% -a ($32-2/32=0,94$) 2015-ben és 2017-ben azonos volt (9. táblázat).

Az egészség-mediátorok túlnyomórészt fiatal-középkorú nők voltak, körülbelül kétharmaduk általános iskolai végzettséggel, több mint egyharmada rossz / nagyon rossz anyagi körülmények között, akik átlagosan 2 gyermeket neveltek és többszemélyes háztartásokban éltek. A gyermekek száma 0-5 között változott, a háztartásban élők száma pedig legalább 2 és legfeljebb 7 között mozgott (9. táblázat).

Az egészségi állapot változása a Program során

A válaszadók kétharmada jó vagy kiváló egészségi állapotban volt 2013-ban, és ebben a változóban 2017-ig nem történt jelentős változás. Hasonlóképpen nem volt jelentős változás az enyhe vagy súlyos funkcionális korlátokkal rendelkezők arányában.

Az egészségtudatosság tovább nőtt, majdnem elérte a szignifikancia szintet ($p = 0,079$), annak mértéke azonban már 2013-ban is meglehetősen magas volt. Az egészségtudatosság, a szubjektív egészség és a funkcionális korlátozás közötti Spearman-korrelációt 2015-ben és 2017-ben külön végeztük. Jelentős összefüggést nem találtunk vagy az egészségtudatosság és a szubjektív egészség ($p = 0,059$ 2015-ben, $p = 0,310$ 2017-ben) vagy az egészségtudatosság és a funkcionális korlátozás között ($p = 0,698$ 2015-re, $p = 0,059$ 2017-re).

A mediátorok 44% -a naponta dohányzik, mind 2013-ban, mind 2015-ben, de ez jelentősen, 37% -kal csökkent 2017-ben. A nemdohányzók csoportját korábbi dohányosok és soha nem dohányzók körébe sorolva a volt dohányosok gyakorisága a 2013. évi 5,6% -ról 12,5-re nőtt %. A soha nem dohányzók aránya a következő tanulmányi években 38,9%, 36,6% és 37,5% volt (az adatokat nem közöljük).

10. táblázat A segéd-egészségőrök egészségi állapotának és egészségmagatartásának változása

Mutatók	2013	2015	2017	p (trend)
Nem dohányzik (%)	44	46	50	0,688
Egészsége kielégítő vagy jobb (%)	73	88	94	0,537
Sokat vagy nagyon sokat tehet az egészségéért (%)	88	90	94	0,079
Nem súlyosan vagy nem korlátozta egészségi probléma az elmúlt 6 hónapban	83,3	76,9	69,0	0,928

A koherencia-érzés a segéd-egészségőrök összességét tekintve határértékű szignifikáns növekedést mutatott 2013 és 2017 között ($d = 8,5$ pont, $p = 0,057$). A kóros mértékű stressz alatt állók aránya összességében csökkenő trend mellett nem mutatott szignifikáns változást ($d = -4,3\%$, $p = 0,674$). Javuló, bár nem szignifikáns trend volt megfigyelhető a diszfunkcionális attitűdök vonatkozásában is: a perfekcionizmus mediánja 3,5 ponttal, a dependencia mediánja 4 ponttal csökkent. A válaszadók legalább fele minden évben a családtól és barátoktól kapott teljes mértékű támogatásról számolt be (11. táblázat). A társaktól kapott támogatást egy itemmel mértük a Módszertanban leírtak szerint. A válaszadók több mint háromnegyede a munkatársaitól kapott teljes mértékű támogatásról számolt be a felmérés minden évében, és a három év alatt egyetlen személy sem volt, aki egyáltalán nem érezte támogatva magát munkatársai által.

11. táblázat A lelki egészség mutatói segéd-egészségőrök körében 2013-2017 közt

A lelki egészség mutatói	2013	2015	2017	p (2013 vs 2017)
Koherencia-érzés (SOC-13, átlag±SD)	61,7 (14,6)	64,6 (11,8)	70,2 (12,8)	0,057
Kóros mértékű pszichés stressz (GHQ-12, %)	16,8	9,7	12,5	0,674
Perfekcionizmus (DASS-17, átlag±SD)	23,5 (17;38)	20 (17;29,5)	20 (15;25)	0,484
Dependencia (DASS-17, átlag±SD)	20 (11;22)	15 (9;21)	15 (9,5;22,5)	0,513
A családtól és barátoktól kapott támogatás teljeskörű (%)	50	60	73	0,333
A munkatársaktól kapott támogatás teljeskörű (%)	77,8	82,9	87,5	0,660

A mentális állapot változása OKJ végzettség szerint

Az OKJ-képzés befejezését (2014) követő két évben megvizsgáltuk a koherencia-érzés alakulását úgy is, hogy a képzést elvégzőket a többiekhez hasonlítottuk. A képzést elvégzettek körében 2015-ről 2017-re a koherencia-érzés szignifikánsan megnőtt ($d=9,6$, $p=0,033$), de nem változott azok körében, akik nem vettek részt ($d=0,8$, $p=0,862$) (12. táblázat).

12. táblázat A mentális egészség mutatói segéd-egészségőrök körében OKJ végzettség alapján

	2015	2017	p (2017 vs 2015)
Koherencia-érzés (átlag ± SD)			
OKJ képzetséget nem szerzett	67,1 (±11.9)	67,9 (13,5)	0,862
OKJ képzetséget szerzett	62,4 (±12.1)	72 (±10,8)	0,033
p (OKJ végzettséggel vs OKJ végzettség nélkül)	0,249	0,369	
Kóros mértékű pszichés stressz (%)			
OKJ képzetséget nem szerzett	4,6	18,8	0,016
OKJ képzetséget szerzett	13,3	6,7	0,546
p (OKJ végzettséggel vs OKJ végzettség nélkül)	0,341	0,315	

A kóros mértékű stressz alatt állók arányának alakulását is megvizsgáltuk OKJ-képzésben való részvétel szerint rétegezve a mediátorokat, és azt találtuk, hogy a szakképzetséget nem szerzettek körében a kóros mértékben stresszelt segéd-egészségőrök aránya 2015-ről 2017-re

szignifikánsan nőtt ($d=14,2\%$; $p=0,016$), és nem szignifikánsan csökkent azok esetében, akik részt vettek ilyen képzésben ($d= -6,6\%$, $p= 0,546$) (12. táblázat). Utóbbi eredmény (a nem változás) ez esetben egyértelműen pozitívnak tekinthető azzal összevetve, hogy a képzettséget nem szerzett segéd-egészségőrök körében a kórosan stresszeltek aránya szignifikánsan nőtt 2015-ről 2017-re.

A mentális állapot változása a magyar népesség átlagához képest

A segéd-egészségőrök mentális állapotának mutatóit a pontosabb értelmezés érdekében a magyar lakosságot reprezentáló felmérések adataival is összevetettük, konkrétan a női lakosok körében mért értékekkel hasonlítottuk össze, mivel a segéd-egészségőrök túlnyomó többsége nő volt. A segéd-egészségőrök körében mért koherencia-érzés 2013-ban szignifikánsan magasabb volt nemcsak az általános népesség általános iskolai végzettséggel rendelkező női tagjaihoz képest ($d = 4,7$; $p <0,001$), hanem a női populáció átlagához viszonyítva is ($d = 1,4$, $p = 0,026$). Ez a különbség 2017-re tovább nőtt (különbség az alapfokú végzettségű nőkhöz képest: $d = 11,7$, $p <0,001$; különbség a női populációhoz képest: $d = 7,6$, $p <0,001$) (13. táblázat).

13. táblázat Segéd-egészségőrök lelki egészsége az általános populációhoz viszonyítva

Mutató	Célcsoport	2013	2017
Kóros mértékű pszichés stressz (GHQ-12)	1. segéd-egészségőrök (%)	16,7	12,5
	2. nők az átlagpopulációban (% \pm 95% CI)	10,8 (8,2;14,1)	6,8* (4,7;9,6)
	3. általános iskolai végzettségű nők az átlagpopulációban (% \pm 95% CI)	16,8 (11,8;23,4)	13,7* (8,07;22,51)
p	1. vs 2.	0,397	<0,001
	1. vs 3.	0,986	0,850
Koherencia-érzés (SOC-13)	4. segéd-egészségőrök (átlag \pm SD)	61,8 (\pm 14,6)	70,2 (\pm 12,3)
	5. nők az átlagpopulációban (átlag \pm 95% CI)	60,4 (58,8;61,9)	62,6* (61,1;64,2)
	6. általános iskolai végzettségű nők az átlagpopulációban (átlag \pm 95% CI)	57,1 (55,1; 59,1)	58,5* (55,3;61,7)
p	4. vs 5.	0,026	<0,001
	4. vs 6.	<0,001	<0,001

A *-gal jelölt adatok 2019. évi felmérésből származnak.

A kóros mértékben stresszelt segéd-egészségőrök aránya a 2013. évi 16,7% -ról 2017-re 12,5% -ra csökkent (11. táblázat), de ez nem bizonyult szignifikánsnak ($p = 0,674$). A kóros mértékben

stresszelt segéd-egészségőrök aránya nem különbözött szignifikánsan sem az általános iskolai végzettséggel rendelkező, sem az átlagpopulációban élő nők körében mért aránytól 2013-ban. 2017-ben az arányuk nem különbözött szignifikánsan a populáció általános iskolai végzettségű női körében mért arányhoz viszonyítva, de szignifikánsan, 5,7 százalékkal magasabb volt a női átlagpopulációban mért arányhoz képest (13. táblázat).

A kóros mértékű pszichés stresszt meghatározó tényezők modellezése

A segéd-egészségőrök pszichés stressz-állapotát meghatározó tényezők modellezése érdekében a három felmérés adatait összevontuk. A pszichés stressz és potenciális meghatározói (nem, iskolázottság, anyagi helyzet, roma etnicitás, partnerrel élés, koherencia-érzés, társas támogatás, OKJ-képzésben részvétel) közti összefüggést korrelációval vizsgáltuk a Módszertanban leírtak szerint. A szignifikáns korrelációt mutató változókat logisztikus regresszióval vizsgáltuk, a pszichés stresszt bináris kimeneti változóként definiálva (14. táblázat, 1. modell)

14. táblázat A pszichés stressz logisztikus regressziós modelljeinek összehasonlítása⁺

	Model1	Model2	Model3	Model4	Model5
középfokú iskolai végzettség (ref: alapfokú)	2,488	1,990			1,440
felsőfokú iskolai végzettség (ref: alapfokú)	6,706*	5,356*			3,744*
anyagi helyzet megfelelő (ref: rossz)	-2,379		-1,734	-2,251	
anyagi helyzet jó (ref: rossz)	1,117		1,251	0,532	
koherencia-érzés	-0,34*	-0,29**	-0,17**	-0,16**	-0,22**
társas támogatás (ref: kevesebb, mint az optimális)	-0,310	-0,663	-0,884		
Pseudo R-négyzet	0,594	0,507	0,463	0,410	0,394
Akaike-féle információs kritérium (AIC)	37,22	38,18	40,81	47,07	48,00

+ A táblázatban a magyarázó változók regressziós együtthatói vannak feltüntetve.

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

A további modelleket a nem szignifikáns változókat különböző kombinációkban eltávolítva vizsgáltuk, a 14. táblázatban feltüntetettek szerint. Figyelembe véve a magyarázó változók szignifikanciáját, a pseudo-regressziós együttható négyzetét, és a modellek Akaike-féle információs kritériumának (AIC) értékét, az 1. modell bizonyult a legjobbnak, amelyben a független változók a pszichés stressz pseudo-varianciájának legnagyobb mértékű

magyarázatát, és az AIC legkisebb értékét produkálták. E modell szerint a felsőfokú végzettség az alapfokúhoz képest szignifikánsan növelte ($p=0,034$), a koherencia-érzés egységnyi emelkedése pedig szignifikánsan csökkentette ($p=0.008$) a kóros mértékű pszichés stressz esélyét. Az esélyhányadosokat az alacsony mintaelemszám okozta nagymértékű bizonytalanság (széles megbízhatósági tartományok) miatt nem mutatom be.

MEGBESZÉLÉS

A kutatás kerete és az eredmények rövid összefoglalása

A jelen kutatás keretét a magyar egészségügyi ellátórendszer áthangolásának kísérleti modelljét megvalósított, első hazai Alapellátás-fejlesztési Modellprogram adta. A 2013 és 2017 közt működött Modellprogram célja az egészségügyi alapellátás által kínált betegségmegelőző szolgáltatások jelentős bővítése és az azokhoz való hozzáférés javítása volt, kiemelten a hátrányos helyzetű rétegek körében, amelyek alapját egy új, a hazai háziiorvosi praxisokhoz képest kibővített kapacitású és integrált működésű praxisközösségeken alapuló modell képezte. A praxisközösségek létrehozása azon felismerés alapján történt, hogy az egészségügyi alapellátás hatékony áthangolásához szükség van a megelőző szolgáltatások körének kibővítéséhez, ami azonban csak akkor történhet meg, ha e szolgáltatások nyújtását a házi orvos irányításával ugyan, de az orvoson kívül más egészségügyi szakembereket is foglalkoztató stáb veszi kézbe. E csapatra nemcsak azért van szükség, hogy a hagyományosan végzett tevékenységek mellett új szolgáltatások is nyújthatók legyenek, hanem azért is, hogy e szolgáltatások a legnagyobb egészség-szükségletekkel bíró társadalmi csoportok számára is igénybe vehetők legyenek. Nem egészségügyi szakemberként, de az alapellátási csapat tagjaiként alkalmazásra kerültek egészség-mediátor funkciót betöltött ún. segéd-egészségőrök is [59].

A segéd-egészségőröknek a praxisközösségekben történt alkalmazása globálisan is példaértékűnek tekinthető, a következők miatt. Roma mediátorok képzésére, és projektszerű, valamint civil szervezeteken keresztül történt alkalmazására számos példa volt korábban Európában [38,75,76] és hazánkban is [39,42], de az a Modellprogramban világviszonylatban elsőként történt meg, hogy roma mediátorok (a Programban: segéd-egészségőrök) az egészségügyi ellátásért felelős központi költségvetési szerv alkalmazásában, tartós munkavégzésre kerültek felvételre az egészségügyi alapellátásba úgy, hogy az ellátást végző csapat teljes jogú tagjai voltak, és és közvetlenül egészségügyi szakember (népegészségügyi

koordinátor), közvetetten házi orvos (a praxisközösséget vezető praxisközösségi koordinátor) felügyeletével végezték munkájukat. A jelen kutatás az ilyen módon az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban alkalmazott segéd-egészségőrök működésének jellemzőit vette górcső alá.

A segéd-egészségőrök munkavégzése

A segéd-egészségőrök munkavégzésének értékelését a Program adminisztratív adatainak felhasználásával végeztük el, új indikátorokat létrehozva. Ezekhez figyelembe vettük azokat a feladatokat, amelyeket a segéd-egészségőrök a népegészségügyi koordinátorok vezetésével, illetve az ő megbízásukból, viszonylag önállóan végeztek. E feladatok az egészségi állapotfelmérésben való részvétel növeléséhez és a közösségi egészségfejlesztési programok megszervezéséhez és lebonyolításához kapcsolódtak. Olyan indikátorokat dolgoztunk ki, amelyek figyelembe vették a segéd-egészségőrök alkalmazási idejének és foglalkoztatási típusának változásait. Ez lehetővé tette, hogy minden segéd-egészségőr esetében az alkalmazás részleteit figyelembe lehessen venni, de a képzett indikátorok praxisközösségenként összehasonlíthatók legyenek. Arra nem volt adat, hogy a mediátorok az egyes feladatok végrehajtására mennyi időt fordítottak, ezért a munkaórában, illetve egyes indikátorok esetében munkapercben kifejezett, praxisközösségekre kiszámolt munkaidőt az ugyanezen PK-khoz regisztráltak, illetve az általuk szervezett programokon résztvevők számához tudtuk viszonyítani, ilyen módon előállítva a PK-k közti összehasonlításra alkalmas indikátorokat. Eredményeink szerint a praxisközösségek munkatársai közül a segéd-egészségőröknek jutott fajlagosan a legtöbb idejük a kliensekre.

Hozzájárulás az Egészségi Állapot Felmérés magas részvételi arányához

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram egyik fontos eredménye volt az egészségi állapotfelmérésen mért magas, 80%-os részvételi arány. A Program zárójelentése szerint a megjelentek 7,2%-a volt roma (külső szemlélők becslése alapján). A segéd-egészségőröknek kiemelt szerepük volt ezen magas arány elérésében, különösen azon lakosok tekintetében, akik az orvosi behívásra nem jelentek meg. Ezeknek a személyeknek a megjelenését ismételt személyes látogatással, rábeszéléssel, jelentős erőfeszítéseket téve érték el, amint az az interjúk vizsgálatból kiderült. A 80%-os átszűrési arány jelentőségét más hazai, behívásos rendszerű szűrővizsgálatok részvételi arányához viszonyítva lehet megítélni, annak ismeretében, hogy a Magyarországon 2000 óta végzett populációs szűrőprogramok bármelyikének átszűrési aránya elmaradt az EÁF-on elért aránytól. A hazai mellrákszűrésre 45-65 éves nők kapnak meghívást kétfévente; a részvételi arány a 2015-ben mért 45%-tól [77] a 2002-2003-ban mért

61%-ig terjed [78]. A nőgyógyászok által végzett méhnyakrák-szűrésre 25-65 éves nők kapnak meghívást; ezen a részvételi arány 50-60% közt változik. A méhnyakrákszűrés országosan szervezett, 2003 óta személyes meghíváson alapuló programja 2010-ig nem tudta emelni a szűrésen részt vettek arányát [79]. A mediátorok munkaideje és a részvételt jellemző mutatók mind az EÁF, mind a közösségi egészségfejlesztési programok esetében magas korrelációt mutattak, jelezve a mediátorok munkájának fontosságát.

A mediátorok szerepének bizonyításához a bemutatott programokon való részvétel tekintetében azonban további információkra lenne szükség. A segéd-egészségőrök szerepét az EÁF-on való magas részvételi arány elérésében az bizonyítható volna, ha a megjelenteket megkérdezték volna, minek vagy kinek a hatására jelentkeztek. Erről nem volt adatunk, de más forrásból van bizonyíték a mediátorok közreműködésének fontosságára. A Program értékelésének részeként ugyanis 2016-ban az ellátottak 1022 fős reprezentatív mintájában attitűd-felmérés történt. Ennek eredményei szerint a válaszadók 83,6%-a vett részt egészségi állapotfelmérésen, és az összes válaszadó húsz, a roma válaszadók negyven százaléka tett említést arról, hogy segéd-egészségőrök megkeresésére és biztatására vett részt az egészségi állapotfelmérésen [95].

Az attitűd-vizsgálatban a romák aránya csaknem háromszor magasabb volt, mint az EÁF résztvevői közt (20% vs 7,2%), ezért a szelekciós torzítás hatása nem zárható ki, ami a segéd-egészségőrök hatásának felülbecslését eredményezheti. Mindez azonban nem kérdőjelezi meg a mediátorok jelentős motiváló hatását a roma kisebbséghez tartozó páciensek bevonására az alapellátás új szolgáltatásaiba.

Segédegészségőrök működése a praxisközösségekben

A segéd-egészségőrök munkavégzését tekintve az összes tényleges munkaóra száma a Borsodnádasi PK-ban volt a legmagasabb, és a Hevesi PK-ban volt a legalacsonyabb. Az ellátottak számát is figyelembe véve azonban a Berettyóújfalui PK-ban jutott fajlagosan a legkevesebb, és a Borsodnádasi PK-ban a legtöbb segédegészségőr-munkaidő egy ellátottra. Az új szolgáltatások közül az egészségi állapotfelmérések és a közösségi egészségfejlesztési rendezvények résztvevőinek számát tekintve a Berettyóújfalui PK tűnik a leginkább, és a Hevesi PK a legkevésbé hatékonynak annak tekintetében, hogy a segéd-egészségőrök mekkora munkaidő-ráfordítással tudták a célközönséget e két új szolgáltatásba bevonni. Az általunk számított mutatók természetesen nem tartalmaznak információt az elvégzett munka minőségéről. A munkaidő-ráfordítás közti különbségek bizonyosan számos tényező együttes hatását tükrözik, melyek egyike, hogy a Berettyóújfalui PK népegészségügyi koordinátora,

tehát a segéd-egészségőrök munkáját közvetlenül felügyelő és irányító szakember a négy koordinátor közül a legnagyobb tapasztalattal rendelkezett. A népegészségügyi koordinátor személye és tapasztalatai is közrejátszhattak abban, hogy a Program befejezése előtt eltávozott segéd-egészségőrök aránya közel 20%-os, az átlagos foglalkoztatási időtartam 9 hónapos különbséget mutatott a praxisközösségek közt.

Segéd-egészségőrök személyes tapasztalatai és munkával kapcsolatos attitűdjei

A segéd-egészségőrökkel folytatott interjúk feltárták a napi munkával és az alapellátási csapatba való beilleszkedéssel kapcsolatos pozitív és negatív tapasztalataikat. A mediátorok motiváltságát bizonyította, hogy valamennyien hozzájárultak az interjúhoz, és minden kérdésre készségesen válaszoltak, nem titkolva kritikai véleményüket sem. Munkájuk során előnynek tekintették a roma közösségekkel kapcsolatos tudásukat, és döntő többségükben támogatták a munkakörük megtartását az alapellátásban. Az interjúalanyok többsége az alapellátó csapat tagjává válást, a munkahelyi képzéseket, az önértékelés növekedését, a közösségben és családjaikban megmutatkozott fokozott tiszteletet, valamint az egészségtudatosabbá válást említette kedvező hatásként. A kritikai észrevételek többnyire a munkához szükséges eszközökre vonatkoztak, így a tabletek és kerékpárok beszerzésének lassúságát kifogásolták, amely a rendkívül elhúzódó közbeszerzési folyamatnak volt a következménye. Egyes adminisztratív ügyek intézését is késedelmesnek találták. Ez azért volt rendszeres, mert a segéd-egészségőröket a Program megvalósításáért felelős fővárosi intézmény alkalmazta, amely minden adminisztratív ügyintézésért felelős volt (a praxisközösségek helyett).

A munkahelyi integráció nehézségei

A segéd-egészségőröknek a praxisközösségekbe történt integrációja nem volt problémamentes. El kellett fogadtatniuk magukat egyenértékű munkatársként, megküzdve az esetenkénti diszkriminációval, amely időnként saját közösségükből érkezett. Meg kellett tanulniuk az egészségügyi hierarchiában való tájékozódást, a megfelelő kommunikációt, és meg kellett tanulniuk az ellátott és az ellátó szerepviselkedése közti lényeges különbségeket is. Az első év végére azonban kialakult az együttműködések rendje, és a később belépő segéd-egészségőröknek a praxisközösségekbe történő szakmai szocializációját már nagymértékben segítették a tapasztaltabb mediátorok, a népegészségügyi koordinátorral együtt. A segéd-egészségőrök feladataik végzése során sokat mozogtak a településeken, ezt kezdetben eszköz híján gyalog tették. 2015 őszétől azonban kerékpárokat is kaptak, amely jelentősen csökkentette

a közlekedéssel töltött időt. 2016 tavaszától tableteket is kaptak, ezekre telepített egészségnevelési dokumentumokkal, és wifi-elérés esetén használható applikációkkal.

Sok mediátornak a Programba való bekerülés a munkanélküliségből való kilépést jelentette, de a félállású alkalmazás nem biztosított megfelelő jövedelmet. Ez részben a népegészségügyi koordinátoroknak adott szóbeli visszajelzésekből, részben a mediátorokkal folytatott interjúkból derült ki, valamint a futamidő alatt eltávozottak magas aránya (45%) is tükrözte. Az integráció nehézségeit jelzi az is, hogy a Programban összesen alkalmazott segéd-egészségőröknek mindössze 17%-a volt a futamidő alatt végig alkalmazásban. Az eltávozottak döntő többsége főállású alkalmazás és azzal járó magasabb bér kedvéért lépett ki a Programból, amely a saját szempontjukból kedvező volt ugyan, de a Program működését nehezítette a tapasztalattal rendelkező mediátorok elvesztése. Jövőbeli hasonló programok tervezésénél érdemes a segéd-egészségőröknél próbaidőt követő heti 40 órás alkalmazást megfontolni.

Segéd-egészségőrök egészségi állapotának nyomon követése

A segéd-egészségőrök saját mentális egészségi állapotának monitorozása érdekében a Program során két évente összesen három alkalommal végzett kérdőíves felmérés szerint az egészségi állapotukban tendenciózusan pozitív változások következtek be. 10%-kal nőtt azok aránya, akik véleményük szerint sokat vagy nagyon sokat tehetnek az egészségükért; közel 10 ponttal nőtt a koherencia-érzés átlaga, és csökkent a diszfunkcionális attitűdök mértékét jellemző átlagpontszám, továbbá csökkent a kóros mértékű stresszben lévők aránya is, bár ezek egyike sem bizonyult szignifikánsnak, valószínűleg a viszonylag alacsony mintaelemszám miatt. Azonban kis létszám ellenére is szignifikáns pozitív különbséget találtunk mind a koherencia-érzés átlagában, mind a kóros mértékben stresszeltek arányában a Program végére, amikor a segéd-egészségőrök jellemzőit szakképzettség szerint rétegezve vizsgáltuk. A képzést elvégzettek körében a koherencia-érzés szignifikánsan emelkedett 2015-től 2017-re, a kóros mértékű stresszben szenvedők aránya nem változott; a képzettséget nem szerzettek körében viszont a kóros mértékben stresszeltek aránya szignifikánsan emelkedett, a koherencia-érzés pedig nem változott. Ez az eredmény azt bizonyítja, hogy a foglalkoztatás során szerzett szakképzettség nemcsak a szakmai tudást, hanem a saját mentális egészséget is javítja. Ennek a vizsgálatnak előnye, hogy csaknem teljeskörű volt a mediátorok tekintetében, és pontos adatok álltak rendelkezésünkre. A kis mintaelemszám miatt inkább a másodfajú hiba kockázata magas, vagyis nincs elegendő erő az egyébként esetleg létező különbségek kimutatására. A monitorozás kapcsán megfigyelt szignifikáns változások megbízhatósága viszont magasnak tekinthető. A vizsgálat hátránya, hogy a 2013-as felmérésben logisztikai okok miatt csak az

OKJ tanfolyamra beiskolázottak vettek részt. A tendenciákat azonban a 2015-ös és 2017-es felmérések adatai is mutatják. Különösen jelentősnek vélhetők mindazon eredmények, amelyek ebben a kis mintában is szignifikánsnak bizonyultak. Ide tartozik az a két eredmény, amely az OKJ-képzettség megszerzésének direkt egészségprotektív hatását bizonyítja: a koherenciaérzés szignifikáns növekedése, és a kóros mértékben stresszeltek arányának változatlansága az OKJ-képzésben részt vettek körében. Ennek értelmezését segíti annak ismerete, hogy az utolsó adatfelvétel 2017. januárjában történt, amikor még mindenki úgy tudta, hogy a Program 2017. februárjában véget ér, tehát minden segéd-egészségőrt a munkanélküliség veszélye fenyegetett; az OKJ-végzettség azonban a munkakeresés szempontjából protektív tényező lehetett.

A kutatás jelentősége

Roma mediátorok képzésére és rövid távú projektek keretében történt alkalmazására hazánkban és más országokban is számos példa van, de az világviszonylatban elsőként az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban történt meg, hogy az egészségügyi ellátásban hivatásszerűen, az ellátást végző csapat teljes jogú tagjaiként roma mediátorok tartós alkalmazására került sor. Az egészségmediáció szélesebb körben történő alkalmazására vonatkozó javaslat már a Roma Befogadás Évtizede során is felmerült [38,80], részletes ajánlásokkal. Ezek közé tartozott a roma egészség-mediátor programok intézményesítése, egészségügyi szakemberek bevonása a mediátorképzésbe, egészség-mediátor érdekképviselői testületek létrehozása, mediátor-programok kimenetének nyomon követése, támogató munkahelyi vezetés, folyamatos továbbképzés, stabil foglalkoztatás és jövedelem, amely eléri a megélhetéshez szükséges minimális szintet, és megfelelő eszközök biztosítása a munkavégzéshez. A kutatásban leírt Modellprogram volt Európában az első, amely mindezeket az ajánlásokat csaknem teljes mértékben megvalósította. Az egészség-mediátorok a helyi közösségekből jelentkeztek, módjuk volt szakképzettség megszerzésére, foglalkoztatásuk 5 éven keresztül folyamatos volt, és jövedelmük, a munkaidőt is figyelembe véve, előrelépést jelentett a munkanélküliséghez képest.

Egészség-mediátor mint híd a szakember és a páciens közt

A segéd-egészségőrök egyfajta híd-szerepet betöltve segítették a felsőfokú végzettségű szakemberek és a kommunikáció szempontjából legnagyobb kihívást jelentő lakosságcsoportok közti kapcsolat kialakítását és javítását, ami alapfeltétele a szolgáltatásokhoz való hozzájutásnak [61]. A tapasztalatok alapján a segéd-egészségőrök a Modellprogram során

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

Egészség-mediátor mint közösségi egészségmunkás

A segéd-egészségőrök munkavégzésének vizsgálata és az interjúk elemzése is arra enged következtetni, hogy a mediátorok nemcsak a házi orvosok hátrányos helyzetű roma ellátottjait, hanem a közösség számos más tagját is elérték. Ebben a tekintetben szerepük némileg eltolódott olyan alapellátási feladatok irányába, amelyeket számos Európán kívüli országban ún. közösségi egészségmunkások (*community health workers, CHW*) végeznek el [81,82,83]. A nem felsőfokú végzettségű egészség-munkások alkalmazásának hosszú előzményei vannak egyes Európán kívüli országokban. Kínában az 1930-as évektől ún. mezítlábas doktorok (*barefoot doctors*) látták el a vidéki lakosság jelentős tömegeit, néhány hónapig tartó, alapismereteket átadó képzés után. Ezt a modellt más fejlődő országok is átvették, hogy az egészségügyi szakemberhiány okozta, és főleg a vidéki lakosságot sújtó ellátási szükségletet némileg ki tudják elégíteni [81]. Az Egészségügyi Világszervezet felismerte annak jelentőségét, hogy a közösségi egészségmunkások el tudják végezni az alapellátás legfontosabb feladatait, és ezáltal hozzájárulnak az egészségi egyenlőtlenségek csökkentéséhez, és 2018-ban irányelveket tett közzé e közösségi egészségmunkásokat alkalmazó programok rendszerszintű támogatására [84]. Az irányelvek 15 ajánlást fogalmaztak meg közösségi egészségmunkásokat foglalkoztató programok tervezéséhez. A hazai egészségpolitika előrelátását, a Modellprogram tervezőinek és megvalósítóinak stratégiai felkészültségét tükrözi, hogy a 2013-2017 közt működött Alapellátás-fejlesztési Modellprogram mind a 15 nemzetközi ajánlást részben vagy egészében megvalósította. Ez közvetett módon arra is utal, hogy az alapellátásban szükség van nem szakember munkásokra, még ha különböző hagyományokkal is rendelkeznek, és különböző néven ismertek.

A kutatás előnyei és korlátai

Az előnyök közé kell sorolni a követés hosszú időtartamát, amely a Program indulásától kezdve (2013. július) annak zárásáig (2017. május) tartott. A Program működési szabályainak kidolgozása – a Program újszerűsége, volumene és komplexitása miatt is – viszonylag hosszú ideig tartott, de a humán erőforrással kapcsolatos adminisztráció a kezdetektől jól működött, a

házi orvosi nyilvántartási rendszer pedig folyamatosan szolgáltatja a páciensekre vonatkozó létszám-adatokat és az EÁF-on részt vettek adatait, ezért ezen adatok megbízhatósága sem kérdéses. Ugyancsak pontosnak kell tekinteni a közösségi egészségfejlesztési programokon résztvevők létszámára vonatkozó adatokat, amelyeket a népegészségügyi koordinátorok jelentettek a programok jelenléti ívei alapján.

A segéd-egészségőrök feladatainak pontos elhatárolása a többi munkatárstól becslésen alapul, emiatt a munkavégzésükre kidolgozott indikátorok abszolút értékelésre nem, csak a praxisközösségek közti összehasonlításra alkalmazhatók. Ezt fentebb, az egészségi állapotfelméréssel kapcsolatban már kifejtettük. Ennél pontosabb munkavégzési indikátorokat csak olyan feladatokra és szolgáltatásokra vonatkozóan lehet alkotni, amelyeket bizonyos munkások teljesen önállóan végeznek [85]. Ugyancsak becslésnek kell tekinteni a roma lakosok részvételi arányát, amelyet az attitűd-vizsgálattal kapcsolatban említettünk. Az EÁF-on megjelenők, vagy általában az egészségügyi ellátást igénybe vevők esetén az etnikai hovatartozás nyilvántartása a hatályos jogszabályok szerint Magyarországon nem lehetséges.

Későbbi vizsgálatokban megfontolandó lenne további adatok gyűjtése, például a résztvevők megkérdezése a részvételre motiváló személyekről. Megválaszolandó elvi kérdés, hogy az egészségügyi alapellátás hatékonyságának monitorozását a praxisközösségek egyes munkatársai szintjén, egyénileg is követni kellene, vagy elegendő lenne a PK teljesítményének egészét figyelembe venni és hasonlítani más PK-k teljesítményéhez. Az előbbi megoldás a jelenleginél sokkal több adat gyűjtését követelné, és növelné a dolgozók adminisztratív terheit. Az utóbbi megoldás csökkentené ugyan az egyéni felelősség és számonkérhetőség lehetőségét, de növelné a csapatban való működés jelentőségét, kihasználva az emberek és közösségek kompetitív természetét, illetve a kompetíció csapatépítő potenciálját [86].

A segéd-egészségőrök egészségi állapotának nyomon követése kapcsán kiemelendő, hogy ez a vizsgálatunk is teljes körű volt, vagyis kiterjedt a Modellprogramban adott időben alkalmazott minden segéd-egészségőrrre. A létszámingadozás és a relatíve kis elemszám az implementációs projektek nem kiküszöbölhető hátránya, olyan korlát, amellyel minden kvázi-kísérletes és pilóta projekt kutatói szembesülnek. Éppen ezért véljük úgy, hogy a fentiek ellenére kimutatott pozitív változásoknak, főleg a koherencia-érzés növekedésének nagy jelentősége van.

Az egészségügyi alapellátás jövője

Az elmúlt évtizedekben különböző fórumokon számos vita folyt arról, hogy az egyszemélyes háziorvosi praxisok képesek-e tartósan ellátni az alapellátás feladatait a praxisközösségekkel szemben, hiszen az utóbbiaknak fajlagosan alacsonyabbak a költségei, több segítő szakembert tudnak alkalmazni, több szolgáltatást kínálnak, és a praxisközösségekben dolgozó orvosoknak sokkal kisebb a kockázatuk arra, hogy hivatásuk gyakorlása közben elmagányosodnak. E tényezők arra utalnak, hogy a praxisközösségek kisebb kockázattal tudnak magasabb minőségű ellátást nyújtani [87], habár ez utóbbi meglehetősen vitatott kérdés [88,89]. Külföldi, főleg brit példák ugyanakkor arra utalnak, hogy egyszemélyes praxisok nagyobb eséllyel működnek deprivált területeken, nagyobb ellátási igényű páciensekkel [90]. Az alacsony társadalmi-gazdasági helyzetű népességcsoportok fokozott szükségleteire hazai tanulmány is rámutatott, melynek eredményei szerint az el nem végzett preventív szolgáltatások aránya a legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezők körében volt a legnagyobb [91].

Az EVSz [92] és a brit háziorvosok királyi kollégiuma (Royal College of General Practitioners) [93] szerint az egészségügyi alapellátás jövőjét a multidiszciplináris képzettségű csapatok jelentik, amelyek integrált, átfogó, költséghatékony és betegközpontú ellátások színes palettáját tudják nyújtani, olyan módon, hogy közben az egészségi egyenlőtlenségeket is csökkentik. E csapatoknak szükségszerűen bővíteniük kell a humán erőforrásaikat annak érdekében, hogy szolgáltatások sorát tudják kínálni a helyi közösségek minden tagjának, amelyeket azok könnyen el tudnak érni, és igénybe is tudnak venni. Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban segéd-egészségőrnek hívott egészség-mediátorok nemcsak a háziorvosok munkaterhelését tudták csökkenteni – amely a modern praxisok egyik legnagyobb kihívása [94] –, hanem a betegek elégedettségét is növelni tudták, azáltal, hogy a magasan képzett háziorvos és annak alacsony iskolázottságú betegei közti, gyakran nagyon mély szakadékot áthidalták. Ez nem történik meg azonnal, hanem hosszabb tanulási folyamat eredménye, amelynek során a mediátor átlátja az alapellátás működését, megérti a szakemberek és az intézmény működésének szempontjait, és képes ezeket megértetni közössége tagjaival úgy, hogy közben egyre jobban tudja, milyen módon tudja a közösség ellátást igénylő, de azzal bizalmatlan tagjait hozzásegíteni a megfelelő szolgáltatáshoz.

A Modellprogram kedvező tapasztalatok összességét produkálta, elsőként bizonyítva, hogy a praxisközösségek a hazai alapellátásban is javítani képesek a szolgáltatások minőségét és az azokhoz való hozzáférést [95]. Az alapellátásban dolgozók együttműködésének szükségességét az Egészségügyi Világszervezet közel fél évszázada proponálja, sőt arra konkrét modellt is

kidolgozott. Az alapellátók együttműködése a humánerőforrással való hatékonyabb gazdálkodást is segíti [96], amelyre különösen nagy szükség van a hazai egészségügyi alapellátásban.

A Modellprogram 2017-ben véget ért, de a praxisközösségi működés finanszírozására újabb pályázati lehetőség nyílt az EFOP 1.8.2-17 pályázat formájában, amelynek keretében 357 praxis 51 praxisközösséget hozott létre, illetve a Modellprogram praxisközösségei is meg tudták hosszabbítani működésüket. Segéd-egészségőrök alkalmazására azonban ebben a pályázatban már nem volt lehetőség. Ennek nem feltétlenül az az oka, hogy ne lenne belátás a mediátorok működésének hasznosságáról. A probléma inkább jogi és szervezeti: a jelenlegi egészségügyi alapellátási rendszerben nincsen olyan pozíció, amelyet mediátorok betölthetnének.

A hátrányos helyzetű népességgel való kapcsolat kiépítése, az ellátáshoz való hozzáférés szempontjából hátránynak kell tartani, hogy az egészségügyi alapellátásban hovatovább csak felsőfokú képzettséggel lehet dolgozni, amely kifejezett akadálya a mediátorok (és általában az alacsony képzettségűek) alkalmazásának, és nem segíti a leginkább hátrányos helyzetűek ellátáshoz való hozzáféréseinek segítését sem.

A mediátorok képzése azonban jelenleg is folytatódik a Partners Hungary Alapítvány munkája révén [97]. A kiképzettek foglalkoztatására érdekes példa a GlaxoSmithKline gyógyszeripari vállalat társadalmi felelősségvállalás (Corporate Social Responsibility) alapján indított nemzetközi programja. Ennek keretében 2012 és 2015 közt négy országban 117 roma közösséggel vették fel a kapcsolatot, és 87 egészség-mediátort képeztek ki. Magyarországon 12 mediátor foglalkoztatására került sor 9 településen, amelyeken a mediátorok akcióterv alapján dolgoztak a települések lakossága egészségügyi ellátásának javításán, és 6 mikroprojekt keretében hajtottak végre konkrét, a helyi lakosság egészségi állapotát javító beavatkozásokat.

További kérdések, ajánlások

Javaslataink megfogalmazásához az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram eredményein kívül a Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégiában az egészségügyre vonatkozó eszközöket, valamint a korábbi hazai és nemzetközi mediátor-projektek tapasztalatait is felhasználtuk.

A Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia az egészségügy területén megvalósítandó beavatkozások közt nevesíti az egészségtudatos szemlélet kialakítását a minél korábban, már

óvodában elkezdett egészségnevelés, valamint a népegészségügyi szűréseken való részvétel ösztönzése révén. További cselekvési lehetőségként határozza meg a hátrányos helyzetűeket, különösen roma nőket célzó kampányok megvalósítását civil szervezetekkel együttműködésben; praxisközösségek és/vagy kistérségi alapellátási központok kialakítását, illetve az egészségügyi alapellátásban működő szervezetek munkájának integrációját; szakképzett romák bevonását a romákat célzó egészségügyi programok tervezésébe és megvalósításába; valamint az egészségügyi területen szakképzettséget szerzett romák számának növelését, és az egészségügyi intézményekben való foglalkoztatásuk ösztönzését. A 2014-2020 közti időszakra tervezett Stratégia 7.5.2. pontjában foglaltak szerint „A Kormány és az ORÖ között létrejött keretmegállapodás értelmében a Kormány támogatást fog nyújtani az ORÖ bevonásával kiválasztott, mentorált egészségügyi közvetítők képzéséhez, munkagyakorlat szerzéséhez.” A csecsemő-, gyermek- és ifjúsági egészségügy fejlesztését a Stratégia a védőnői hálózat megerősítése révén javasolja, különösen a hátrányos helyzetű kistérségekben.

Létező praxisközösségek további működtetése, új praxisközösségek létrehozása

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram gyakorlatilag minden, a Társadalmi Felzárkózási Stratégiában az egészségügyi alapellátás vonatkozásában javasolt beavatkozást megvalósított; és mind az egészségi állapotfelmérésen való részvétel, mind a szakellátásba történő beutalás, mind a hátrányos helyzetűek szolgáltatásokhoz juttatása vonatkozásában figyelemre méltó eredményeket ért el [95].

A hazai népesség egészségi állapotának javítása leghatékonyabban úgy történhet, ha ezen modell további működtetése megoldódik, kiterjesztésére pedig elsősorban a kormányzat által hátrányos helyzetűnek definiált járásokban kerül sor, a hátrányos helyzetű járásoknak a 106/2015. (IV.23.) Kormányrendelet alapján történő meghatározását figyelembe véve. Ennek megvalósulását szolgálják a praxisközösségek létrehozását támogató EFOP pályázati kiírások, illetve a segéd-egészségőri hálózat újra felállításának célzott támogatása.

A Modellprogramban kínált szolgáltatások megtartása

A praxisközösségek által nyújtott szolgáltatások közül kiemelendő a behívásos rendszerű egészségi állapotfelmérés, amelyen magas, 80%-os megjelenési arányt sikerült elérni. Az egészségi állapot-felmérés, amely a Felzárkózási Stratégiában is nevesítésre került, minden további beavatkozás és szolgáltatástervezés alapja. Az egészségi állapotfelmérés eredményei

alapján tervezhetők az egészségi állapotot javító, célzott programok, amelyekbe szintén behívással, a részvételt is nyilvántartva érdemes a rászorulókat bevonni.

Mediátori munkakör létrehozása az alapellátásban

A hazai mediátor képzések, és különösen az Alapellátási Modellprogramban közalkalmazottként működő, mediátor-tevékenységet ellátó segéd-egészségőrökkel kapcsolatos tapasztalatok alapján javasolt a segéd-egészségőrök feladatait végző egészség-mediátor vagy annak megfelelő munkakör létrehozása az egészségügyi alapellátásban. Egy praxisközösségben legalább két mediátor alkalmazása célszerű; de segítők foglalkoztathatók egyéb egészségügyi intézményekben is. Ennek érdekében „egészség-mediátor” munkakört kellene létrehozni, amelynek feltételeként meghatározott készségeket adó interkulturális mediátor tanfolyam elvégzéséhez lehetne kötni. A munkakör létrehozásának feltétele a közfeladattá minősítés, költségvetési sor hozzárendelése, valamint a forrást lehívni képes intézményi háttér meghatározása. Az ez irányba tett biztató lépésnek tekinthető, hogy az alapellátás fejlesztésére kiírt EFOP-1.8.2-17 pályázatban a praxisközösségbe kötelezően bevonandó szakemberek közt szerepelt szociális vagy egészségügyi területen szerzett OKJ végzettséggel rendelkező „egészségfelelős” (bár ilyen elnevezésű OKJ végzettség nem volt).

Mediátor továbbképzés kidolgozása és indítása

Az egészség-mediátor (egészségfejlesztési segítő, egészségfelelős) munkakört betöltők számára javasolt legalább 60 órás „mediátor” továbbképzést kidolgozni. A továbbképzés célja a mediációval kapcsolatos általános ismeretek és készségek fejlesztése, a tapasztalatok megosztása és feldolgozása. A képzés lehet egyfázisú, amely kizárólag az egészségügyi ágazatban való munkára képez; de lehet kétfázisú is, amelynek első fázisa a mediációval kapcsolatos általános ismereteket és készségeket adja át, a második fázis pedig célzottan vagy az egészségügyben, vagy az oktatásügyben, vagy a szociális ágazatban való munkára készítene fel. Az utóbbi képzési rendszer lehetővé tenné azt is, hogy a mediátorok a helyi munkaerőpiaci szükséglet változásait követve váltani tudjanak az egyes ágazatok közt.

Továbbtanulás támogatása állami ösztöndíjjal hátrányos helyzetű járásokban élő felnőttek számára

A legfeljebb 8 általános iskolai végzettséggel rendelkező, hátrányos helyzetű területeken élő, családos, kisgyermekes romák munkába állását jelentősen nehezíti, hogy a család anyagi és földrajzi helyzete nem teszi lehetővé a felnőttek, főleg a családot ellátó nők továbbtanulását, az

alacsony iskolai végzettség pedig komoly hátrányt jelent munkavállalás szempontjából a munkalehetőségekben egyébként is szűkülő térségekben.

A korábbi országos képzési jegyzék (OKJ) négy olyan szakképesítést tartott nyilván az egészségügy szakmacsoportban, amelyek elvégzéséhez az OKJ által elfogadott legalacsonyabb, 3-as szintű (középiskola 10. osztálya) végzettség volt szükséges (ennél alacsonyabb végzettséggel 2013 óta nem lehetett OKJ képzésbe belépni). Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram keretében 20 segéd-egészségőr szerzett OKJ ápolási asszisztens, 2 fő OKJ szociális gondozó végzettséget úgy, hogy nemcsak a tanulmányi, hanem az ezzel kapcsolatos utazási, szállás- és étkezési költségeiket is a Program fizette, a képzés kontaktóráinak megtartására pedig munkaidőben került sor. Amint azt az Eredmények 3. fejezetében ismertettük, az OKJ végzettséget szerzett segéd-egészségőrök mentális állapota bizonyíthatóan javult a végzettséget nem szerettekhez képest.

A 2021-től átalakított szakképzési rendszerben az Országos Képzési Jegyzéket szakmajegyzék váltotta fel, amelyben az egészségügy ágazatba tartozó szakképzettségek közül a legrövidebbek is 5 éves, érettségivel záruló, technikus szintű szakképzettséget adnak, és iskolarendszerben, nappali vagy esti tagozaton végezhetőek el [98]. A szakmák rendszerének egyszerűsítése, a képzettségi szintek emelése, és az első két szakképesítés megszerzésének ingyenessé tétele pozitív változást jelent. Ugyanakkor az iskolarendszerű képzés és a szakképzettséghez szükséges óraszámok emelése eltüntette azt a belépő szintet, amely az iskolarendszertől már kikerült, családjairól gondoskodó, hátrányos helyzetű területeken élő felnőttek (főleg a roma nők) továbbtanulását korábban lehetővé tette, ezáltal megnehezítve az iskolarendszertől kikerült családos felnőttek, így a vidéken élő roma családanyák számára szakképzettség megszerzését.

A sokszor három generációról gondoskodó roma családanyák közül sokan lennének alkalmasak arra, hogy az egészségügyben betegápolással kapcsolatos munkakörökben dolgozzanak. A Társadalmi Felzárkózási Stratégia azon céljának megvalósulásához azonban, hogy az egészségügyi területen szakképzettséget szerzett romák száma jelentősen növekedjen, állami ösztöndíj vagy egyéb támogatás lenne szükséges, a digitális távoktatás előnyeinek felhasználásával együtt.

ÚJ EREDMÉNYEK

1. *Új indikátorokat hoztunk létre az egészségügyi alapellátásban alkalmazott, szakképzettséggel nem rendelkező dolgozók munkavégzésének értékelésére*

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban egészségügyi szakképzettség nélkül alkalmazott segéd-egészségőrök munkavégzésének értékelésére folyamat-indikátorokat dolgoztunk ki. Ezek lehetővé tették, hogy a Modellprogramban részt vett praxisközösségek eltérő biztosított létszáma, és a futamidő alatt a segéd-egészségőrök személyében, létszámában, és munkavégzésük heti óraszámában történt változások ellenére a segéd-egészségőrök munkaideje értékelhető legyen. Az értékeléshez kiszámítottuk a segéd-egészségőri álláshelyek alapján az összes potenciális munkaórát, valamint a ténylegesen teljesített összes munkaórát. Az utóbbit felhasználva, három indikátort hoztunk létre: a segéd-egészségőri össz-munkaidőt a praxisközösségekhez tartozó páciensek létszámára, az egészségi állapotfelmérésen összesen részt vettek számára, illetve a közösségi egészségfejlesztési programokon összesen megjelentek számára vetítve.

2. *A Modellprogramban részt vett segéd-egészségőrök munkavégzése (munkaidő-kihasználása) az új indikátorok révén összehasonlítható a praxisközösségek között*

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram egyik fontos eredménye volt az egészségi állapotfelmérésen mért magas, 80%-os részvételi arány. A segéd-egészségőröknek kiemelt szerepük volt ezen magas arány elérésében, különösen azon lakosok körében, akik az orvosi behívásra nem jelentek meg. Az új indikátorok lehetővé tették a segéd-egészségőrök munkaidejének összevetését más munkatársakhoz képest, illetve a praxisközösségek közt. Az egészségi állapotfelmérés magas részvételi arányának előállításában a segéd-egészségőrök – az erre fordított munkaidejüket más dolgozókhoz hasonlítva – jelentős szerepet játszottak. A mediátorok motiváló hatása a roma kisebbséghez tartozó páciensek bevonására az alapellátás új szolgáltatásaiba jelentős mértékűnek minősíthető.

3. *A segéd-egészségőri munka során kialakult a mediátorok munkatársi identitása és felelősségérzete a hátrányos helyzetű lakosságnak az egészségügyi alapellátási szolgáltatásokba történő bevonása iránt*

A segéd-egészségőrökkel készült interjú vizsgálat eredményei is megerősítették, hogy ezek a munkatársak egyfajta híd-szerepet betöltve segítették a felsőfokú végzettségű szakemberek és a kommunikáció szempontjából legnagyobb kihívást jelentő

lakosságcsoporthoz közti kapcsolat kialakítását és javítását. A segéd-egészségőrök a Modellprogram során szakmailag és magabiztosságban is megerősödtek, csapatává váltak; egymással, a praxisközösség szakembereivel és a helyi lakossággal is jó kapcsolatot alakítottak ki, hatékonyan segítve a praxisközösségek munkáját. Munkájukra szükség van, leginkább annak érdekében, hogy a hátrányos helyzetű és/vagy sérülékeny társadalmi csoportok az egészségügyi ellátásba eljussanak és az elérhető szolgáltatásokat igénybe vegyék. A mediátorok alkalmazása hozzájárulhat ahhoz, hogy az ellátottak leginkább sérülékeny rétegei korábban és hatékonyabban elláthatók legyenek. A közösségekből toborzott roma egészség-mediátorok alkalmazása különösen fontos olyan területeken, ahol a hátrányos helyzetű lakosság aránya magas.

4. Az egészségügyi szakképzettség megszerzése már középtávon javítja a mentális egészséget az alapellátásban dolgozó segéd-egészségőrök körében

A segéd-egészségőrök 5 éves követése azt mutatta, hogy saját mentális egészségük a vizsgált mutatók alapján tendenciózusan javult. Legfontosabb eredményként kimutattuk, hogy a Program keretében szakképzettséget szerzett mediátorok körében a koherencia-érzés szignifikánsan emelkedett 2015-től 2017-re, a kóros mértékű stresszben szenvedők aránya nem változott. A szakképzettséget nem szerzettek körében ugyanezen idő alatt viszont éppen ellenkező változás történt: a kóros mértékben stresszeltek aránya szignifikánsan emelkedett, a koherencia-érzés pedig nem változott. A mediátorok egészségi állapotát követő vizsgálatunkkal elsőként bizonyítottuk, hogy mediátorok körében a munkavégzés során szerzett szakképzettség nemcsak a szakmai tudást, hanem a saját mentális egészséget is javítja.

ÖSSZEFOGLALÁS

A jelen kutatás keretét a 2013-2017 között zajlott Alapellátás-fejlesztési Modellprogram adta, amelynek célja a hazai egészségügyi alapellátás működésének átalakítása és szolgáltatásainak bővítése, valamint a lakosság egészségi állapotának javítása és a lakosság különböző rétegei közt fennálló egészségi egyenlőtlenségek csökkentése volt. A Modellprogramban hátrányos helyzetű kistérségek 14 településének háziorvosi praxisai szerveződtek négy praxisközösséggé (PK), amelyek a Modellprogram által nyújtott többletfinanszírozásból egyéb szakembereket is alkalmaztak, akik közreműködésével a hagyományos tevékenységek mellett új szolgáltatásokat is tudtak kínálni az ellátottaknak: 1) egészségi állapotfelmérést személyenkénti behívással; 2) orvosi kockázatbecslést az egészségi állapotfelmérés alapján; 3) életmód-tanácsadást; és 4) közösségi egészségfejlesztési programokat. Minden praxisközösség 12 segéd-egészségőrt is alkalmazott félállásban, akiket a helyi közösségekből toboroztak. A segéd-egészségőrök interkulturális mediátori szerepet töltöttek be, javítva a kommunikációt és az együttműködést a PK-kban dolgozó szakemberek és a helyi lakosság közt, segítve a praxisközösségek által kínált új szolgáltatások igénybevételét, illetve általában az ellátáshoz való hozzáférést legfőképpen a Program kiemelt célcsoportja, a hátrányos helyzetű, ezen belül is a roma lakosság körében. A segéd-egészségőrök a Program során mediátor képzést kaptak, rendszeresen részt vettek továbbképzéseken, és a feltételeket vállalók a Program keretében ápolási asszisztens vagy szociális gondozó szakképzettséget is szerezhettek.

A jelen kutatás célja az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban alkalmazott segéd-egészségőrök (egészség-mediátorok) munkavégzésének értékelése, munkával kapcsolatos attitűdjeinek felmérése és egészségi állapotuk változásának vizsgálata volt.

A Modellprogram futamideje során foglalkoztatott segéd-egészségőrök munkavégzésének értékelésére új indikátorokat dolgoztunk ki a Modellprogram vezetéséhez benyújtott adminisztratív jelentések adatai alapján. Az indikátorok figyelembe vették ezen munkatársak fluktuációját és eltérő munkaidejét, és lehetővé tették a segéd-egészségőrök által az egyes praxisközösségekben teljesített munkaórák összehasonlítását. A havi összes potenciális munkaórához viszonyítva vizsgáltuk a segéd-egészségőrök által ténylegesen teljesített munkaórákat a változó számú és munkaidejű segéd-egészségőrt foglalkoztató PK-kban. A segéd-egészségőrök munkaidejét az egyes PK-k ellátottjainak összes számához arányítva is vizsgáltuk, valamint az egészségi állapotfelmérésen és a közösségi egészségfejlesztési rendezvényeken részt vettek számához viszonyítva is elemeztük. Az összes lehetséges munkaórához képest számított tényleges munkaórák száma – a Berettyóújfalui PK kivételével

– eltért: 10%-kal alacsonyabb volt a Hevesi, és 3%-kal magasabb volt a Borsodnádasi PK esetében. Az alkalmazás átlagos időtartama a Jászapáti PK-ban volt a leghosszabb, és a Hevesi PK-ban a legrövidebb. A Jászapáti PK-ból lépett ki a legkevesebb, és a Hevesi PK-ból a legtöbb mediátor. Az EÁF-on összesen részt vettek létszámára vetítve az összes segéd-egészségőr munkaidőt, a legkevesebb idő a Berettyóújfalui PK-ban, a legtöbb idő a Hevesi PK-ban fordítódott erre a tevékenységre. A közösségi egészségfejlesztési rendezvényekkel kapcsolatos feladatokra – az azokon részt vettek számára vetítve – a Berettyóújfalui PK-ban jutott a legkevesebb, és a Hevesi PK-ban a legtöbb, az előzőnél több mint másfélszer hosszabb idő. A bemutatott viszonyszámok kifejezik, hogy a négy praxisközösségben a segéd-egészségőrök munkaideje hogyan alakult az ellátottak, illetve az új szolgáltatásokban résztvevők számához képest, de nem tartalmaznak információt sem az egyes munkafeladatokra fordított tényleges munkaidőről, sem az elvégzett munka minőségéről. Összességében a Modellprogram kedvező tapasztalatokat produkált, bizonyítva, hogy a praxisok együttműködése a hazai alapellátásban is javítja a szolgáltatásokhoz való hozzáférést és azok minőségét. Eredményeink alapján a segéd-egészségőröknek nagy szerepük volt abban, hogy a Modellprogram kiemelt célcsoportjai az új szolgáltatásokat igénybe vették, különös tekintettel az egészségi állapotfelmérésre, amelyen a behívottak 80%-a megjelent. Az ellátottakkal végzett munka során a segéd-egészségőrök saját egészségi állapota javult, szakmai identitásuk erősödött, és munkavégzésük, valamint munkatársi csapatuk iránti elkötelezettségük is nőtt, amint azt a segéd-egészségőrökkel folytatott interjúk feltárták.

A segéd-egészségőrök egészségi állapotának monitorozása érdekében két évente összesen három alkalommal végeztünk kérdőíves felmérést, amelynek eredményei azt bizonyították, hogy a Program során a mediátorok saját egészségi állapota is tendenciózusan javult. Különösen figyelemre méltó az az eredmény, hogy a Program keretében szakképzettséget szerzett mediátorok körében a koherencia-érzés szignifikánsan emelkedett 2015-től 2017-re, a kóros mértékű stresszben szenvedők aránya nem változott; a képzettséget nem szerzettek körében viszont a kóros mértékben stresszeltek aránya emelkedett szignifikánsan, a koherencia-érzés nem változott. Ez az eredmény azt bizonyítja, hogy a foglalkoztatás során szerzett szakképzettség nemcsak a szakmai tudást, hanem a saját mentális egészséget is javítja. A segéd-egészségőröknek a Modellprogramban történt alkalmazása világviszonylatban is úttörő, elsőként alkalmazva az alapellátásban az ellátást végző csapat teljes jogú tagjaiként roma mediátorokat. A mediátorok fontos potenciális szereplői lehetnek az egészségügyi alapellátásnak, akiknek alkalmazása növelheti az alapellátási tevékenységek hatékonyságát, különösen a leghátrányosabb helyzetű településeken és népességcsoportokban.

SUMMARY

A Model Programme of primary care group practices was implemented in Hungary – where virtually all GPs had worked in single practices – between 2013 and 2017 aiming to increase preventive service uptake and reduce inequalities based on a bilateral agreement between the Swiss and Hungarian governments. Four groups of general physicians called GP clusters, each consisting of six general practitioners, were organized and received funding to employ a range of ancillary health workers such as public health specialists, dietitian, physiotherapist, health psychologist. The specific aims of the Model Programme were to extend public health services in a cost-effective manner to all population groups, particularly disadvantaged ones, to reduce health inequalities. In addition to acute and chronic care, new services were offered (not available in other GP offices) such as health status assessment, medical risk assessment, lifestyle counselling, and health promoting community programmes.

Each GP cluster employed nonprofessional community health workers, so-called health mediators or intercultural mediators, who were recruited from the local communities and employed part-time with no requirement for professional or vocational training. Their major task was to bridge the gap between general practitioners and their socioeconomically vulnerable clients by increasing the access and uptake of health services among vulnerable groups, specifically, increasing attendance of the health status assessment and helping organize and implement community health promoting programmes. Health mediators participated in mediator training, healthcare related trainings, and those who volunteered completed vocational training in assistant nursing as well.

The aim of the research was to evaluate the work load, attitudes and health status of health mediators during the Model Programme.

We developed new indicators to evaluate the work of health mediators based on data in the administrative reports submitted monthly to Management. In order to make the workload of health mediators among GP clusters directly comparable and to account for changes in contracts and length of employment, work time for all health mediators was calculated in hours based on the number of positions and duration of employment between 2013-2017. Potential work hours were calculated by the number of available part-time positions; actual work hours were calculated based on the number of filled positions and by number of work hours per week for each mediator. Worktime of mediators was also calculated taking into account the number of patients in a given GP cluster. Correlation analysis between relevant indicators of mediator work time and patient participation at health status assessment, as well as at community health

promoting events by GP clusters showed positive correlations reflecting the substantial contribution of health mediators in the uptake of these two services. These indicators were also used to compare health mediator workload among the four GP clusters, and reflected notable differences by activity. Health mediator workload was 10% lower in Heves and 3% higher in Borsodnádásd compared to Berettyóújfalu. In terms of participation at the health status assessment, mediator workload in relation to this activity was lowest in Berettyóújfalu and highest in Heves. Our indicators can be used to compare health mediator workload among the GP clusters but reveal neither actual work performance nor quality of work.

The Model Programme provided evidence for group practices or GP clusters helping increase the access and uptake of services. Health mediators played an important role in facilitating access to services. The best performance of GP clusters was shown for health status assessment which produced 80% participation rate, 1.3–1.7 times higher than that of other national invitation-based screening programmes indirectly reflecting the contribution of health mediators in this new service. Interviews conducted with health mediators uncovered an increased understanding of the operation of primary health care, strengthened mediator identity and dedication to their work.

The health status of mediators was monitored using identical methods every second year, altogether three times during the Programme. Positive changes occurred in the health status of mediators during 5 years of follow-up, especially among those who completed vocational training in the Programme. By 2017, significant increase in sense of coherence was observed among those who obtained vocational qualification as opposed to those who did not. The proportion of highly stressed mediators showed a significant increase among those with no vocational training. Improvement was detected in all mediators in health awareness, dysfunctional attitudes, psychological stress and smoking prevalence. Obtaining on-the-job vocational qualification not only improved specific knowledge but also the mental health of mediators.

In summary, health mediators employed as nonprofessional but equal members of group practices (GP clusters) in the Hungarian Primary Care Model Programme for 5 years was globally the first example of the institutionalization of health mediators. Health mediators can not only ease the workload of GPs, a key issue of primary care, but can also increase patient satisfaction by bridging the physical and societal distance between health professionals and their disadvantaged patients as valuable members of multidisciplinary primary healthcare teams especially in deprived areas.

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

EÁF – Egészségi állapotfelmérés

ENSZ – Egyesült Nemzetek Szervezete

EVSZ – Egészségügyi Világszervezet

DALY – rokkantsággal korrigált életevek

NTFS – Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia

PK - praxisközösség

RIÉP – Roma Integráció Évtizede Program

TÁRGYSZAVAK

megelőzés, egyenlőtlenségek, egészségügyi alapellátás, praxisközösség, egészség-mediátor, segéd-egészségőr, mediáció, roma populáció, hátrányos helyzetű, egészségi állapot, mentális állapot, egészségi állapotfelmérés, egészségügyi többletszolgáltatások, strukturált interjúk

ANYAGI TÁMOGATÁS

A kutatás a „Népegészségügyi fókuszú alapellátás szervezési Modellprogram virtuális egészség központtal” (SH/8/1) keretében zajlott. A Modellprogramot a Svájci Hozzájárulás Program (SH/8/1) finanszírozta, a magyar kormánnyal egyetértésben. Az értekezés alapjául szolgáló kéziratok írása és a tézis elkészítése során a szerző a GINOP-2.3.2-15-2016-00005 számú projekt támogatásában részesült, mely az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális Fejlesztési Alap társfinanszírozásával valósult meg.

ETIKAI ENGEDÉLY

A Modellprogram alapját a Svájci-Magyar Együtműködési Program képezte, amelynek keretmegállapodását a 348/2007. (XII. 20.) Kormányrendelet hirdette ki. A „Népegészségügyi fókuszú alapellátás szervezési Modellprogram virtuális egészség központtal” (SH/8/1) Program tervezésére és végrehajtására a Svájci-Magyar Együtműködési Program keretében került sor, melynek végrehajtási rendjét a 237/2008. (IX.26.) Kormányrendelet tette közzé. Az egészségügyi alapellátásban követendő mutatókról jogszabály rendelkezik (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről). A Modellprogram keretében kutatási célra történő adatgyűjtést az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte (ETT-TUKEB) (16676-3/2016/EKU (0361-16)).

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A legnagyobb hálával tartozom témavezetőmnek, Prof. Dr. Kósa Karolinának, hogy szakmai tanácsaival és konstruktív javaslataival a kezdetektől segítette kutatómunkámat.

Köszönöm Prof. Dr. Ádány Rózának, az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram szakmai tanácsadójának, hogy lehetővé tette csatlakozásomat a Modellprogramhoz, és az Egészségtudományok Doktori Iskola vezetőjeként mindvégig segítette doktori tanulmányaimat.

Köszönöm Dr. Papp Magornak, a Modellprogram szakmai vezetőjének támogatását és a kutatómunkámhoz nyújtott segítségét.

Köszönöm Dr. Fürjes Gergelynek, a Modellprogram szakmai vezetőhelyettesének támogatását és a kutatómunkámhoz nyújtott segítségét.

Hálás vagyok a Modellprogram praxisközösségi koordinátorainak: Dr. Cséki Jánosnak, Dr. Benkő Gábornak, Dr. Völgyi Istvánnak és Dr. Szabó Jánosnak a segéd-egészségőrök befogadásáért és kutatómunkám támogatásáért.

Ezúton is hálásan köszönöm a praxisközösségek népegészségügyi koordinátorainak: Szabóné Gombkötő Évának, Szabó Editnek, Elek Ágnesnek és Tóth Adrienn Csillának, a segéd-egészségőrök közvetlen feletteseinek nélkülözhetetlen segítségét és támogatását az adatok és információk szolgáltatásáért és kutatómunkám támogatásáért. A praxisközösségi vezetők úttörő munkája és támogatása alapvetően hozzájárult a segéd-egészségőröknek a praxisközösségekbe történt integrációjához.

Ezúton mondok köszönetet Gutási Évának, Nagy-Belgyár Zsuzsának, Nagyné Farkas Anitának, Kiss Zsanettnek, valamint Bálint Amarillának és Chezán Júliának az adatgyűjtésben nyújtott segítségükért.

AZ ÉRTEKEZÉS ALAPJÁUL SZOLGÁLÓ KÖZLEMÉNYEK

Megjelent közlemények:

1. Kósa K, Katona C, Papp M, Fürjes G, Sándor J, Bíró K, Ádány R: Health mediators as members of multidisciplinary group practice: lessons learned from a primary health care model programme in Hungary (BMC Family Practice, 2020. jan. 28. IF: 2,022)
2. Katona C, Gutási É, Papp M, Varga O, Kósa K: Facilitating equal access to primary care for all: work experiences of health mediators in a primary health care model programme in Hungary (BMC Family Practice, 2020. okt. 17. IF: 2,022)
3. Katona C, Bíró É, Kósa K: Employment and membership in a professional primary health care team working in vulnerable communities improves the health of nonprofessional health workers (Annals of Family Medicine, May-June 2021. IF: 4,686)
4. Kósa K, Katona C, Papp M, Sándor J, Fürjes G, Bíró K, Ádány R: Segéd-egészségőrök működése az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban (Orvosok Lapja, 2021. XVIII.évfolyam/2. szám, 20-23. o.)

Elfogadott közlemény:

5. Kósa K, Katona C, Papp M, Sándor J, Fürjes G, Bíró K, Ádány R: Segéd-egészségőrök működése az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban praxisközösségeiben (Egészségtudomány, 2021. 2. szám)

Közlésre beküldött közlemények:

6. Katona C, Bíró É, Vincze Sz, Kósa K: On-the-job vocational training of nonprofessional ethnic health workers of a primary health care team improves their sense of coherence (Human Resources for Health IF: 2,929)

IRODALOMJEGYZÉK

- ¹ Farkas L. A cigány és elcigányosodás kérdése a vágsellyei járásban. Népegészségügy 1943. 537-541.o.
- ² Szabados S. A vagyoni, vallási és nemzetiségi viszonyok befolyása az élveszületési szám alakulására. Népegészségügy 1943. 607-611. o.
- ³ Heicinger J. Adatok a falu cigánykérdéséhez. Népegészségügy 1939.18:900-904.
- ⁴ Galambos J. A cigánykérdés megoldása. Népegészségügy 1947.35:1446-1450.
- ⁵ Hajnáczy T. A pártállam cigánypolitikája. Esély 2015;5:54-92.
- ⁶ Kemény I. A magyarországi cigány lakosság. 1974 *Valóság*, 1, 63–72.
- ⁷ Kertesi G., Kézdi G. A cigány népesség Magyarországon. Socio-typo, Budapest 1998.
- ⁸ Institutionalization and emancipation. Roma History 6.2. Council of Europe
- ⁹ GP Hefty: „Miért nem roma minden cigány?” hvg.hu 2009. 07. 10.
https://hvg.hu/vilag/20090710_roma_cigany_etnikai_kisebbség_zeitung Letöltve: 2021. 03. 12.
- ¹⁰ Preece JJ. Minority Rights in Europe: From Westphalia to Helsinki. Review of International Studies 1997;23(1):75-92. <http://www.jstor.com/stable/20097467> Letöltve: 2021. 03. 12.
- ¹¹ Helsinki Záróokmány. Wikipédia
https://hu.wikipedia.org/wiki/Helsinki_z%C3%A1r%C3%B3okm%C3%A1ny Letöltve: 2021. 03. 12.
- ¹² Moretti M, Kurimay T, Molnár Zs, Szerdahelyi F: Az asszimiláció ára Psychiatria Hungarica. 1997;(1) 5-18.
- ¹³ Gyukits Gy, Ürmös A, Csoboth Cs, Purebl Gy: A depressziós tünetegyüttes előfordulása a fiatal roma nők körében LAM. 2000;10(11-12):911-915.
- ¹⁴ Neményi M: Cigány anyák az egészségügyben. Budapest: Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal. 1998.
- ¹⁵ Puporka L, Zádori Zs: A magyarországi romák egészségi állapota. Budapest: Roma Sajtóközpont. 1999.
- ¹⁶ Telepek környezet-egészségügyi felmérése Magyarországon 2000-2005. Debreceni Egyetem OEC Népegészségügyi Kar 2009.
- ¹⁷ Kósa K, Daragó L, Ádány R: Environmental survey of segregated habitats of Roma in Hungary: a way to be empowering and reliable in minority research. Eur J Public Health. 2011 Aug;21(4):463-8. doi: 10.1093/eurpub/ckp097. Epub 2009 Jul 17. PMID: 19617380.

-
- ¹⁸ Kósa Z, Széles G, Kardos L, Kósa K, Németh R, Ország S, Fésüs G, McKee M, Ádány R, Vokó Z: A comparative health survey of the inhabitants of Roma settlements in Hungary. *Am J Public Health*. 2007 May;97(5):853-9. doi: 10.2105/AJPH.2005.072173. Epub 2007 Mar 29. PMID: 17395845; PMCID: PMC1854867.
- ¹⁹ Vokó Z, Csépe P, Németh R, Kósa K, Kósa Z, Széles G, Ádány R: Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary? *J Epidemiol Community Health*. 2009 Jun;63(6):455-60. doi: 10.1136/jech.2008.079715. Epub 2009 Feb 18. PMID: 19228680.
- ²⁰ Kósa K, Ádány R: Studying vulnerable populations: lessons from the Roma minority. *Epidemiology*. 2007 May;18(3):290-9. doi: 10.1097/01.ede.0000258919.15281.4f. PMID: 17435436.
- ²¹ WHO (1978): Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf Letöltve: 2021. 04. 23.
- ²² WHO: Az ottawai egészségfejlesztési karta (Nemzetközi egészségfejlesztési konferencia, Ottawa, Kanada, 1986. november 17-21). In: Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai), Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek 1. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. <http://www.oefi.hu/alapelvek.pdf>
Letöltve: 2017. 10. 10.
- ²³ About the Global Burden of Disease (GBD) project. World Health Organization
https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/about/en/ Letöltve: 2021. 03. 12.
- ²⁴ World Bank. 1993. World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press. © World Bank.
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976> License: CC BY 3.0 IGO
- ²⁵ Institute for Health Metrics and Evaluation. History.
<http://www.healthdata.org/about/history> Letöltve: 2021. 03. 12.
- ²⁶ GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators: Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020, 396(10258):1204-1222.
DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9) Letöltve: 2021. 03. 12.
- ²⁷ Dahlgren G, Whitehead M: Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. 1991.
<https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmz8uvqv2wqfshmr6cut.pdf> Letöltve: 2021. 03. 12.

-
- ²⁸ Millenniumi fejlesztési célok. Egyesült Nemzetek Szervezete 2000.
<http://m.menszt.hu/hu/tudnivalok/millenniumi-fejlesztési-celok> Letöltve: 2021. 03. 12.
- ²⁹ Sustainable Development Goals. Egyesült Nemzetek Szervezete 2015.
https://en.wikipedia.org/wiki/Sustainable_Development_Goals#cite_note-11 Letöltve: 2021. 03. 12.
- ³⁰ Kósa K, Kőműves S: Egészségegyenlőtlenségek az egyenlőtlenségek globális kontextusában. Magyar Tudomány 2019:11. https://mersz.hu/dokumentum/matud_675
Letöltve: 2021. 03. 12.
- ³¹ Hajioff S, McKee M: The health of the Roma people: a review of the published literature. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(11):864-869. doi:10.1136/jech.54.11.864
- ³² Mihailov D: The health situation of Roma communities: Analysis of the data from the UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey 2011. Roma Inclusion Working Papers. Bratislava. United Nations Development Programme 2012.
- ³³ Roma Health Report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union. European Union 2014. Letöltve: 2021. 03. 10.
- ³⁴ Mediating Romani health. Policy and program opportunities. Open Society Institute, New York. https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/f2ec2de8-eda8-494a-9ce9-4e969acb2368/roma_health_mediators.pdf Letöltve: 2021. 03. 12.
- ³⁵ Mediation. From Wikipedia, the free encyclopedia.
https://en.wikipedia.org/wiki/Mediation#cite_note-16 Letöltve: 2021. 03. 12.
- ³⁶ Buceanu M: Roma Health mediators between necessity and innovation. Council of Europe. 2003. <http://www.coe.int/t/e/com/files/events/2003-09-roma-women/Buceanu.asp> Letöltve: 2021. 03. 12.
- ³⁷ Liégeois J-P: Developments in mediation, current challenges and the role of ROMED. Training programme for Roma mediators. Council of Europe, 2013.
- ³⁸ Roma Health Mediators: Successes and challenges. Open Society Foundations 2011.
<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-health-mediators-20111022.pdf> Letöltve: 2021. 03. 12.
- ³⁹ Mediátor képzés roma közösségi házak és információs központok munkatársai számára.
<http://www.euromediator.hu/magyar/program02.html> Letöltve: 2021. 03. 12.
- ⁴⁰ Balla Á: Roma koncepció létrehozása és megvalósulása a Ferencvárosban. Polgári Szemle. 2009.5(5): 1-2. <https://polgariszemle.hu/archivum/49-2009-oktober-5-evfolyam-5-szam/350-roma-koncepcio-letrehozasa-es-megvalosulasa-ferencvarosban> Letöltve: 2021. 03. 12.

⁴¹Torgyik J: A romák oktatásának fejlesztés törekvései az Európai Unióban. *Iskolakultúra*. 2012;3:74-84.

http://epa.oszk.hu/00000/00011/00163/pdf/EPA00011_Iskolakultura_2012_03_074-084.pdf

Letöltve: 2021. 03. 12.

⁴² Csépe P: Hátrányos helyzetű csoportok egészségfelmérése és egészségfejlesztése különös tekintettel a roma populációra. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Patológiai

Tudományok Doktori Iskola. 2010. [https://docplayer.hu/1639743-Hatranynos-helyzetu-](https://docplayer.hu/1639743-Hatranynos-helyzetu-csoportok-egeszsegfelmerese-es-egeszsegfejlesztese-kulonos-tekintettel-a-roma-populaciora.html)

[csoportok-egeszsegfelmerese-es-egeszsegfejlesztese-kulonos-tekintettel-a-roma-](https://docplayer.hu/1639743-Hatranynos-helyzetu-csoportok-egeszsegfelmerese-es-egeszsegfejlesztese-kulonos-tekintettel-a-roma-populaciora.html)

[populaciora.html](https://docplayer.hu/1639743-Hatranynos-helyzetu-csoportok-egeszsegfelmerese-es-egeszsegfejlesztese-kulonos-tekintettel-a-roma-populaciora.html) Letöltve: 2021. 03. 12.

⁴³ Keczánné Macskó Piroska. Esélyteremtő oktatás. 2011.

[http://szociologiakedvelo.network.hu/blog/szociologiakedvelo_klub_hirei/eselyteremto-](http://szociologiakedvelo.network.hu/blog/szociologiakedvelo_klub_hirei/eselyteremto-oktatas)

[oktatas](http://szociologiakedvelo.network.hu/blog/szociologiakedvelo_klub_hirei/eselyteremto-oktatas) Letöltve: 2021. 03. 12.

⁴⁴Education of Roma children in Europe. Guide for Roma school mediators/assistants.

Council of Europe 2009. http://romed.coe-romact.org/sites/default/files/Guide_EN.PDF

Letöltve: 2021. 03. 12.

⁴⁵“The Strasbourg Declaration on Roma”. Council of Europe 2010.

<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1691607> Letöltve: 2021. 03. 12.

⁴⁶ROMED 1. Council of Europe <http://romed.coe-romact.org/> Letöltve: 2021. 03. 12.

⁴⁷Partners Hungary Alapítvány <https://partnershungary.hu/> Letöltve: 2021. 03. 12.

⁴⁸Roma közösségek egészségfejlesztése Kelet-Közép Európában. Glaxo Smithkline (GSK)

2013. <https://www.gsk.hu/roma-kozossegek-egeszsegfejlesztese.aspx> Letöltve: 2017. 10. 10.

⁴⁹ Z. Jovanovic: Why Europe’s „Roma Decade” didn’t lead to inclusion. Open Society

Foundations 2015. [https://www.opensocietyfoundations.org/voices/why-europe-s-roma-](https://www.opensocietyfoundations.org/voices/why-europe-s-roma-decade-didn-t-lead-inclusion)

[decade-didn-t-lead-inclusion](https://www.opensocietyfoundations.org/voices/why-europe-s-roma-decade-didn-t-lead-inclusion) Letöltve: 2021. 03. 12.

⁵⁰ Sándor J, Kósa Z, Boruzs K, Boros J, Tokaji I, Mckee M, Ádány R: The decade of Roma

Inclusion: did it make a difference to health and use of health care services? *Int J Public*

Health 201;62. 803–815 <https://doi.org/10.1007/s00038-017-0954-9> Letöltve: 2021. 03. 12.

⁵¹ A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és

Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának. A nemzeti romaintegrációs stratégiák uniós

keretrendszere 2020-ig. Európai Bizottság, Brüsszel. 2011. 04. 05. [https://eur-](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011DC0173&from=EN)

[lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011DC0173&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011DC0173&from=EN) Letöltve:

2021. 03. 12.

Az EU nemzeti romaintegrációs stratégiáinak 2011-ben elfogadott kerettervét ld itt:

<http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%2010658%202011%20INIT>

Letöltve: 2021. 03. 12.

⁵² Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia 2011. KIM Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság. <http://www.dalit.hu/wp-content/uploads/2011/12/Strategia.pdf> Letöltve: 2021. 03. 12.

⁵³ Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia II. Tartósan rászorulóknak - Szegény családban élő gyermekek - Romák (2011-2020). Emberi Erőforrások Minisztériuma Szociális és Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság. Budapest, 2014. szeptember.

http://www.ilo.org/dyn/youthpol/es/equest.fileutils.dohandle?p_uploaded_file_id=622

Letöltve: 2021. 03. 12.

⁵⁴ Alapellátás-fejlesztési Modellprogram <http://www.alapellatasimodell.hu/index.php/hu/>

Letöltve: 2017. 05. 31.

⁵⁵ Ádány R, Kósa K, Sándor J, Papp M, Fürjes G: General practitioners' cluster: a model to reorient primary health care to public health services. Eur J Public Health. 2013;23(4):529-30.

⁵⁶ 348/2007. (XII. 20.) Korm. rendelet a kibővült Európai Unió gazdasági és társadalmi egyenlőtlenségei csökkentését célzó, a Svájci Szövetségi Tanács és a Magyar Kormány között létrejött Svájci-Magyar Együtműködési Program végrehajtásáról szóló Keretmegállapodás kihirdetéséről.

<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0700348.KOR&searchUrl=/gyorskereso%3Fkeyword%3Dnat> Letöltve: 2021. 04. 23.

⁵⁷ 237/2008. (IX. 26.) Korm. rendelet a Svájci-Magyar Együtműködési Program végrehajtási rendjéről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0800237.kor> Letöltve: 2021. 03. 12.

⁵⁸ Svájci Hozzájárulás. A lehetőségek széles skálája. Nemzeti Fejlesztési Ügynökség.

<http://docplayer.hu/1385646-Svajci-hozzajarulas-a-lehetosegek-szeles-skalaja-swiss-contribution-a-broad-range-of-opportunities.html> Letöltve: 2021. 04. 23.

⁵⁹ 51/1997. (XII.18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700051.NM> Letöltve: 2021. 03. 12.

⁶⁰ Sándor J, Kósa K, Fürjes G, Papp M, Csordás Á, Rurik I, Ádány R: Public health services provided in the framework of general practitioners' clusters. Eur J Public Health. 2013;23(4):530-2.

-
- ⁶¹ Kósa K, Sándor J, Dobos É, Papp M, Fürjes G, Ádány R: Human resources development for the operation of general practitioners' cluster. *Eur J Public Health*. 2013;23(4):532-3.
- ⁶² Mediating Romani Health. Policy and Program Opportunities. Open Society Institute 2005. http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma_health_mediators.pdf
Letöltve: 2021. 03. 12.
- ⁶³ Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice. *Am J Public Health* 2008;98(29):216-221. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777> Letöltve: 2021. 03. 12.
- ⁶⁴ SH/8/1 Projekt Működési kézikönyv. MKK 4.2. Hatályos 2014.01.09. <http://www.alapellatasimodell.hu/index.php/hu/> Letöltve: 2017. 05. 31.
- ⁶⁵ Flick U, Kadoff E, Steinke I. *A Companion to Qualitative Research*. Thousand Oaks, London. SAGE Publications; 2004.
- ⁶⁶ NVIVO software for qualitative data analysis. QSR International <https://www.qsrinternational.com/> Letöltve: 2021. 03. 12.
- ⁶⁷ KSH. "Európai Lakossági Egészségfelmérés kérdőív 2009." (European Health Interview Survey Questionnaire 2009) Központi Statisztikai Hivatal (Central Statistical Office), Hungary http://www.ksh.gov.hu/elef/archiv/2009/pdf/elef_kerdoiv_alap.pdf Letöltve: 2021. 03. 12.
- ⁶⁸ Balajti I, Vokó Z, Ádány R, Kósa K: "A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása." *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2007;(2):147-61. doi: 10.1556/Mentál.8.2007.2.4.
- ⁶⁹ Tait RJ, Hulse GK, Robertson SI. A review of the validity of the General Health Questionnaire in adolescent populations. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36:550-7.
- ⁷⁰ Antonovsky A: *Unraveling the mystery of health*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco. 1987.
- ⁷¹ de Graaf LE, Roelofs J, Huibers MJ: Measuring Dysfunctional Attitudes in the General Population: The Dysfunctional Attitude Scale (form A) Revised. *Cognit Ther Res*. 2009;33:345-55.
- ⁷² Lovibond SH, Lovibond PF: *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 2nd ed. Sydney. Psychology Foundation; 1995.
- ⁷³ Albert F, Dávid B, Németh R: Társas támogatás, társadalmi kohézió. Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2003. (Social support, social cohesion. Hungarian National Health Interview Survey 2003). Budapest. Országos Epidemiológiai Központ; 2005.

-
- ⁷⁴ Kósa K, Vitrai J, Vincze Sz, Bíró É: Trends of the mental health of the Hungarian adult population between 2010-2019. Közlésre benyújtva. International Journal of Public Health.
- ⁷⁵ Roma health mediation in Romania: case study. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2013. (Roma Health Case Study Series, No. 1).
- ⁷⁶ Health mediation models in the EU: Examples of good practice. IOM MHD RO Brussels, National Network of Health Mediators (NNHM) in Bulgaria 2016.
- ⁷⁷ Population screening in Hungary (Szervezett lakossági szűrés Magyarországon) 2016. http://bkmkh.hu/uploads/NSzSz/EVO/szures/Szervezett_szures_Magyarorszagon_2016.pdf Letöltve: 2021. 03. 12.
- ⁷⁸ Boncz I, Sebestyén A, Pinter I, Battyány I, Ember I: The effect of an organized, nationwide breast cancer screening programme on non-organized mammography activities. J Med Screen. 2008;15(1):14-7.
- ⁷⁹ Vokó Z, Nagyjánosi L, Margitai B, Kövi R, Tóth Z, László D, Kaló Z: Modeling cost-effectiveness of cervical cancer screening in Hungary. Value Health. 2012;15(1):39-45.
- ⁸⁰ Decade in Brief. Decade of Roma Inclusion 2005-2015. <https://www.undp.org/content/dam/rbec/docs/DORI%20REPORT.pdf> Letöltve: 2021. 03. 12.
- ⁸¹ Perry H: A brief history of community health worker programmes. 18 September 2013. https://www.mchip.net/sites/default/files/mchipfiles/02_CHW_History.pdf Letöltve: 2021. 03. 12.
- ⁸² WHO. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva. World Health Organization; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf> Letöltve: 2021. 03. 12.
- ⁸³ Luo Z, Bai X, Min R, Tang C, Fang P: Factors influencing the work passion of Chinese community health service workers: an investigation in five provinces. BMC Family Practice 2014;15:77. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-77>. Letöltve: 2021. 03. 12.
- ⁸⁴ WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva. World Health Organization; 2018.
- ⁸⁵ Kangovi S, Mitra N, Norton L, Harte R, Zhao X, Carter T, Grande D, Long JA: Effect of community health worker support on clinical outcomes of low-income patients across primary care facilities: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2018;178(12):1635-1643. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.4630.
- ⁸⁶ Francois P, Fujiwara T, van Ypersele T: The origins of human prosociality: Cultural group selection in the workplace and the laboratory. Sci Adv. 2018 Sep 19;4(9):eaat2201. doi:

10.1126/sciadv.aat2201. PMID: 30255142; PMCID: PMC6154982.

⁸⁷ Wagner EH, Flinter M, Hsu C, Crompton D, Austin BT, Etz R, Crabtree BF, Ladden MD: Effective team-based primary care: observations from innovative practices. BMC Family Practice 2017;18(1):13. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0590-8>. Letöltve: 2021. 03. 12.

⁸⁸ Hippisley-Cox J, Pringle M, Coupland C, Hammersley V, Wilson A: Do single handed practices offer poorer care? Cross sectional survey of processes and outcomes. BMJ. 2001;323(7308):320-3.

⁸⁹ Kelly E, Stoye G: Does GP practice size matter? GP practice size and the quality of primary care: Institute for Fiscal Studies; 2014. <https://www.ifs.org.uk/uploads/publications/comms/R101.pdf> Letöltve: 2021. 03. 12.

⁹⁰ van den Hombergh P, Engels Y, van den Hoogen H, van Doremalen J, van den Bosch W, Grol R: Saying 'goodbye' to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? Fam Pract. 2005;22(1):20-7.

⁹¹ Sándor J, Kósa K, Papp M, Fürjes G, Kőrösi L, Jakovljevic M, Ádány R: Capitation-Based Financing Hampers the Provision of Preventive Services in Primary Health Care. Front Public Health. 2016;4:200.

⁹² WHO. The World Health Report 2008: primary health care now more than ever: 2008. https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf Accessed 16 June 2017.

⁹³ Royal College of General Practitioners (RCGP). The 2022 GP. A vision for general practice in the future NHS 2013. http://www.rcgp.org.uk/campaign-home/~/_media/files/policy/a-z-policy/the-2022-gp-a-vision-for-general-practice-in-the-future-nhs.ashx Letöltve: 2021. 03. 12.

⁹⁴ Physician workload survey 2018. locumstory, 1 August 2018. <https://locumstory.com/spotlight/physician-workload-survey-2018/> Letöltve: 2021. 03. 12.

⁹⁵ Záró értékelés 2017. június. Svájci Hozzájárulás keretében támogatott - Az egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával című program. <https://semmelweis.hu/emk/szakertoi-tevekenyseg-projektek/lezart-projektek/svajci-magyar-alapellatas-fejlesztési-modellprogram/> Letöltve: 2021. 03. 12.

⁹⁶ World Health Report 2008. Primary Health Care – Now more than ever. World Health Organization <https://www.who.int/whr/2008/en/> Letöltve: 2021. 03. 12.

⁹⁷ Roma integráció. Partners Hungary Alapítvány. <https://partnershungary.hu/roma-integracio/> Letöltve: 2021. 03. 12.

⁹⁸ Tájékoztató füzet az alapszakmákról az Ágazati Készségtanácsok ajánlásával 2021.

<https://szakkepzes.ikk.hu/tajekoztato/fuzet.html> Letöltve: 2021. 03. 12.



Nyilvántartási szám: DEENK/100/2021.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Katona Cintia
Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. **Katona, C.**, Gutási, É., Papp, M., Varga, O., Kósa, K.: Facilitating equal access to primary care for all: work experiences of health mediators in a primary health care model programme in Hungary.
BMC Fam. Pract. 21 (1), 1-12, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-020-01281-z>
IF: 2.022 (2019)
2. Kósa, K., **Katona, C.**, Papp, M., Fürjes, G., Sándor, J., Bíró, K., Ádány, R.: Health mediators as members of multidisciplinary group practice: lessons learned from a primary health care model programme in Hungary.
BMC Fam. Pract. 21 (1), 1-9, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-020-1092-7>
IF: 2.022 (2019)

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 4,044

**A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre):
4,044**

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

Debrecen, 2021.03.16.





Registry number: DEENK/100/2021.PL
Subject: PhD Publication List

Candidate: Cintia Katona
Doctoral School: Doctoral School of Health Sciences

List of publications related to the dissertation

1. **Katona, C.**, Gutási, É., Papp, M., Varga, O., Kósa, K.: Facilitating equal access to primary care for all: work experiences of health mediators in a primary health care model programme in Hungary.
BMC Fam. Pract. 21 (1), 1-12, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-020-01281-z>
IF: 2.022 (2019)
2. Kósa, K., **Katona, C.**, Papp, M., Fűrjes, G., Sándor, J., Bíró, K., Ádány, R.: Health mediators as members of multidisciplinary group practice: lessons learned from a primary health care model programme in Hungary.
BMC Fam. Pract. 21 (1), 1-9, 2020.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-020-1092-7>
IF: 2.022 (2019)

Total IF of journals (all publications): 4,044

Total IF of journals (publications related to the dissertation): 4,044

The Candidate's publication data submitted to the iDEa Tudóstér have been validated by DEENK on the basis of the Journal Citation Report (Impact Factor) database.

16 March, 2021

