

EGYETEMI DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

Az alapellátás minőségét vizsgáló módszerek és indikátorok lehetséges alkalmazásai

Dr. Kolozsvári László Róbert

Témavezető: Prof. Dr. Rurik Imre



DEBRECENI EGYETEM

EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA

Debrecen, 2014

TARTALOMJEGYZÉK

1. RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	4
2. BEVEZETÉS	5
3. IRODALMI ÁTTEKINTÉS	7
3.1. A minőség a betegellátásban.....	7
3.2. A minőség vizsgálata az alapellátásban	10
3.3. A minőségi indikátorok és anyagi ösztönzők.....	13
3.4. A magyarországi háziorvosi indikátor rendszer: a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése	19
3.5. Az emlő és méhnyak daganatok szűrővizsgálatának rendszere, eredményei és az alapellátás lehetőségei a korai felismerésében.....	23
3.6. Antibiotikum felírás az alapellátásban. Az APRES study	26
3.7. Elhízott betegek az alapellátásban	32
4. CÉLKITŰZÉSEK	34
4.1. A háziorvosi indikátorok finanszírozása, antibiotikum rendelések vizsgálata.....	34
4.1.1. A háziorvosi indikátorok hazai gyakorlata és finanszírozása	34
4.1.2. Antibiotikum felírások és kiváltások vizsgálata	34
4.2. Nemzetközi kitekintés: minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők Európában.....	34
4.3. Az emlő és méhnyak daganatok szűrővizsgálatának rendszere, eredményei és az alapellátás lehetőségei a korai felismerésében.....	35
4.4. A háziorvosok elhízással kapcsolatos ismeretei, gyakorlata, attitűdjei	35
5. MÓDSZEREK	36
5.1. A háziorvosi indikátorok finanszírozása, antibiotikum rendelések vizsgálata	36
5.1.1. A háziorvosi indikátorok hazai gyakorlata és finanszírozása	36
5.1.2. Antibiotikum felírások és kiváltások vizsgálata	36
a., Az APRES study felírási adatainak vizsgálata.....	36
b., A felírások számának változása a háziorvosi indikátorok bevezetése után az APRES vizsgálatban részt vevő 20 körzetben.....	37
c., Antibiotikum kiváltások számának változása a háziorvosi indikátorok bevezetése után országos (OEP) adatok alapján	36
5.2. Nemzetközi kitekintés: minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők Európában.....	37
5.3. Az emlő és méhnyak daganatok szűrővizsgálatának rendszere, eredményei és az alapellátás lehetőségei a korai felismerésében.....	39
5.4. A magyar háziorvosok elhízással kapcsolatos ismereteinek, gyakorlatának és attitűdjeinek vizsgálata	39
6. EREDMÉNYEK	41
6.1. A háziorvosi indikátorok finanszírozása, antibiotikum rendelések vizsgálata.....	41
6.1.2. A háziorvosi indikátorok hazai gyakorlata és finanszírozása	41
6.1.2. Az antibiotikum felírások és kiváltások vizsgálata	42
a., Az APRES study felírási adatainak vizsgálata.....	42

b., A felírások számának változása a háziiorvosi indikátorok bevezetése után az APRES vizsgálatban részt vevő 20 körzetben.....	44
c., Antibiotikum kiváltások számának változása a háziiorvosi indikátorok bevezetése után országos (OEP) adatok alapján	45
6.2. Nemzetközi kitekintés: minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők Európában.....	46
6.3. Az emlő és méhnyak daganatok szűrővizsgálatának rendszere, eredményei és az alapellátás lehetőségei a korai felismerésében.....	48
6.4. Az elhízott betegek vizsgálatának és kezelésének hazai háziiorvosi gyakorlata	51
7. MEGBESZÉLÉS	56
7.1. A háziiorvosi indikátorok finanszírozása, antibiotikum rendelések vizsgálata.....	56
7.1.1. A háziiorvosi indikátorok hazai gyakorlata és finanszírozása	56
7.1.2. Antibiotikum felírások vizsgálata az alapellátásban	57
7.2. Nemzetközi kitekintés: minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők Európában.....	59
7.3. Az emlő és méhnyak daganatok szűrővizsgálatának rendszere, eredményei és az alapellátás lehetőségei a korai felismerésében.....	63
7.4. A magyar háziiorvosok elhízással kapcsolatos tudása, gyakorlata, attitűdjei	66
8. KÖVETKEZTETÉSEK	67
9. ÖSSZEFOGLALÁS	68
10. IRODALOMJEGYZÉK	70
10.1. Hivatkozott közlemények jegyzéke	70
10.2. Az értekezés alapjául szolgáló közlemények.....	81
10.3. További közlemények.....	82
10.4. Egyéb közlemények, konferenciakiadványok.....	83
11. TÁRGYSZAVAK.....	84
12. KÖSZÖNETNYÍLVÁNÍTÁS	85
13. MELLÉKLETEK	86
13.1. Kérdőív a betegek tapasztalatairól	86
13.2. Kérdőív a betegek számára (elvárások)	92
13.3. Háziiorvosi kérdőív.....	96
13.4. A háziiorvosok elhízással kapcsolatos tudásának, gyakorlatának és attitűdjének felmérésére szolgáló kérdőív	107
14. FÜGGELÉK (az értekezés alapjául szolgáló és témájával kapcsolatos egyéb közlemények)	113

1. RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ÁNTSZ = Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

APRES = The Appropriateness of PREscribing antibiotics in primary care in Europe with respect to antibiotic resistance

BMI = Body Mass Index

BNO = Betegségek Nemzetközi Osztályozása

COPD = Chronic Obstructive Pulmonary Disease

DDD = Defined Daily Dose

EBM = (evidence based medicine) bizonyítékokon alapuló orvoslás

EGPRN = European General Practice Research Network

HEDIS = Healthcare Effectiveness and Information Set

ICD = International Classification of Diseases

INN = International Non-proprietary Names

NHS = National Health Service

NICE = National Institute for Health and Care Excellence

NIVEL (Netherland Institute for Health Service Research)

OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development

OEP = Országos Egészségbiztosítási Pénztár

P4P = pay for performance

PHAMEU = Primary Health Care Activity Monitor for Europe

QI = (Quality Indicators) minőségi indikátorok

QOF = Quality and Outcomes Framework

QUALICOPC = Quality and Costs of Primary Care in Europe

TEK = Területi ellátási kötelezettség

TIA = Transient Ischemic Attack

WHO = World Health Organisation

2. BEVEZETÉS

Az alapellátás fontos, bár országonként eltérő szerepet tölt be az egészségügyi rendszerekben. Az erős alapellátás hatékonyabbá teheti az egészségügy működését, a betegek számára könnyen hozzáférhető és magas színvonalú egészségügy fontos alappillére lehet. A családorvoslásnak (*family medicine, general practice*) az egészségügyi ellátórendszerben betöltött szerepét az általa nyújtott ellátás minősége is jellemzi.

A betegellátás minőségnek nincs általánosan elfogadott definíciója, számos meghatározása létezik, sokféle szempont alapján lehet értékelni. A minőség az alapellátásban is sokféleképpen értelmezhető, változatosan magyarázható fogalom, melyet számos különböző megközelítés alapján lehet vizsgálni. A minőség mást jelenthet egyéni és társadalmi szinten, mást a betegek, az egészségügyi dolgozók, a döntéshozók, politikusok számára. Bizonyos aspektusait lehet mérni, míg más lényeges elemek nem mérhetők. A minőséget lehet javítani a betegek szempontjából (betegelégedettség), az alapellátás szintjén (irányelvek, folyamatos továbbképzések), illetve nemzeti szinten (jogszabályok) segítségével.

Értekezésemben áttekintem az alapellátás minőségének fogalmi meghatározásait, mérésének lehetőségeit, a témában eddig közölt és elérhető fontosabb hazai és külföldi publikációk alapján.

Kutatási területeim alapján igyekszem bemutatni a hazai családorvoslás egyes részeit, ahol a minőséget javítani lehetne.

Tanszékünk részvételével lezajlott nemzetközi kutatások ismertetésével a minőség meghatározásának és az alapellátás tevékenységének jellemzésére alkalmas lehetőségeket is bemutatok.

A minőség mérésének egyre gyakrabban használt objektív mérőeszközei a minőségi indikátorok. Bemutatjuk a magyar házi orvosok indikátor alapú teljesítményértékelő rendszerének néhány elemét, annak finanszírozását. Megpróbáltuk felmérni, milyen mértékben és formában alkalmazzák az európai országokban a minőség mérésének ezt a mérőeszközét. Kérdőíves felmérésünk alapján európai kitekintésben mutatok be néhány nemzeti indikátor rendszert. Lényeges kérdés az anyagi ösztönzőkkel (*pay for performance*) kapcsolatban, hogy valóban szükséges-e többet fizetni a „jobb” munkáért és az valóban jobb-e?

A családorvoslás holisztikus szemléletű diszciplína, számos részterületen lehetne javítani az ellátás minőségét, dolgozatomban további területet is vizsgáltam: az emlő és méhnyak daganatok szűrővizsgálatának rendszerét, eredményeit és az alapellátás lehetőségeit a korai felismerésében. A nőgyógyászati daganatok korai felismerésében és szűrésében a világ számos

országában kiemelt szerepe van az alapellátásnak, hazánkban az elmúlt évtizedig az alapellátás munkatársai nem játszottak benne fontos szerepet.

A növekvő antibiotikum-rezisztencia világszerte problémát jelent. Tanszékünk munkatársaival nemzetközi kutatás résztvevőjeként háziorvosi és házi gyermekorvosi körzetekben gyűjtött és országos antibiotikum felírási adatokat is vizsgáltunk.

Az elhízás és túlsúly fontos népegészségügyi probléma, vizsgáltuk a hazai alapellátásban dolgozó orvosok tudását, terápiás gyakorlatát és attitűdjét a témával kapcsolatban.

3. IRODALMI ÁTTEKINTÉS

3.1. A minőség a betegellátásban

A betegellátás minőségének javítása évtizedek óta fontos téma a világ legtöbb országának egészségügyében. A minőségnek nincs általánosan elfogadott definíciója az egészségügyi rendszerekre vonatkozóan, a legtöbb szerző által használt megközelítés *Donabedian* klasszikus modelljén alapul, amely alapvetően a struktúra (*structure*), a folyamat (*process*) és az eredmény (*outcome*) dimenziókat értékeli [1-4].



3.1. ábra. Donabedian modellje a struktúra-folyamat-eredmény dimenziókban [1, 5, 6].

A struktúra dimenzió utal az egészségügyi szolgáltatás tulajdonságaira (pl. személyi, tárgyi feltételek), a folyamat a betegek számára nyújtott ellátásra (pl. szűrés, gyógyszerfelírások), az eredmény pedig arra, hogy milyen a kapott ellátás kimenetele a betegekre nézve (pl. betegelégedettség, mortalitás) [5].

A betegellátás minősége multi-dimenzionális, így mást jelenthet a társadalom különböző szereplőinek: mást jelenthet a betegek, az egészségügyi dolgozók, a politikusok számára és meghatározható populációs és egyéni szinten is [3, 6].

Az elmúlt években több szervezet különféleképpen határozta meg a minőséget befolyásoló területeket. Nemzeti szinten a *WHO* hat fő területet definiál és javasol feltérképezni az ellátás minőségének megállapítására. Az egészségügyi rendszereknek a következő dimenziókat kell felmérni és lehetőség szerint javítani:

1. ellátáshoz való hozzáférés (*access*) időben és térben megfelelő és olyan elrendezésben nyújtják, ahol a képességek és elérhető források megfelelnek az egészségügyi igényeknek
2. eredményesség (*effectiveness*) bizonyítékokon alapul és javítja az egyének és a lakosság egészségi állapotát a szükségleteknek megfelelően
3. hatékonyság (*efficiency*) az erőforrások maximálisan ki vannak használva minimális veszteség mellett
4. méltányosság (*equity*) az ellátás minősége azonos mindenki számára, nemre, származásra, korra, etnikumra, földrajzi elhelyezkedésre vagy szocio-ökonómiai státuszra való tekintet nélkül
5. beteg központú (*patient centred*) a betegelégedettséget (*patient's experience*) figyelembe veszi
6. biztonságosság (*safety*) minimalizálja a lehetséges kockázatokat és károsodásokat a szolgáltatást igénybe vevők számára

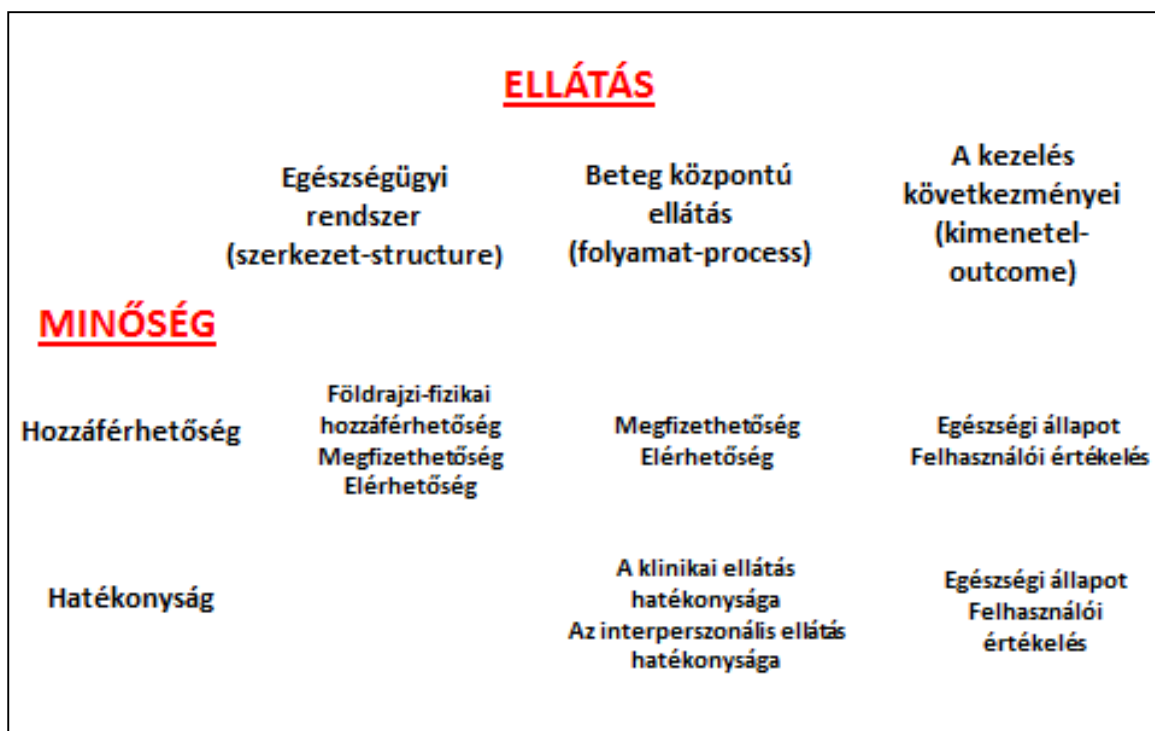
A felsorolt területek egyben minőség javítási beavatkozási pontokként is szolgálhatnak [7]. Az *OECD* a lehetséges területek közül a hatékonyságot, betegelégedettséget és biztonságosságot állította előtérbe [8]. Az Egyesült Államokban az *IOM (Institute of Medicine)* a jó minőségű ellátást biztonságosnak, hatékornak, beteg központúnak, hatásosnak, időben történőnek és méltányosnak írta le [9]. Az Egyesült Királyságban az *NHS (National Health Service)* a minőség mérését hét fő területen tartja fontosnak [10].

Bár a minőség területeinek szempontjai között vannak különbségek a nemzetközi ajánlásokban, a 3.1. táblázatban említett valamennyi szervezet lényeges szempontnak tartja a minőség szempontjából a hatásosságot, betegelégedettséget és a biztonságosságot.

Területek (domains)	WHO	OECD	IOM	NHS
hozzáférés (access)	✓			✓
eredményesség (effectiveness)	✓	✓	✓	✓
hatékonyság (efficiency)	✓		✓	
méltányosság (equity)	✓		✓	✓
ellátó kapacitás (capacity)				✓
betegelégedettség (patient centred/experience)	✓	✓	✓	✓
biztonságosság (safety)	✓	✓	✓	✓
időben történő (timely)			✓	✓

3.1. táblázat. A minőség mérésének és javításának területei nemzetközi szervezetek ajánlása szerint [7-10].

Az egészségügyi ellátás minőségét lehet a populáció szintjén is vizsgálni és definiálni, azonban *Campbell* szerint az ellátás minőségének értelmezése akkor kapja legnagyobb jelentőségét, amikor az egyedi betegek szempontjából történik, hiszen végső soron az egyének részesülnek az ellátásban [4]. A betegek szempontjából két alapvető dimenzióval jellemezhető az ellátás minősége: hozzáférhetőség (*access*) és hatékonyság (*efficiency*). Megkapják-e a betegek azt az ellátást, amire szükség van és elég hatékony-e amikor megkapják [2]. Ehhez szorosan kapcsolódik egy harmadik tényező, a betegelégedettség, vagy beteg központú ellátás, amely nemzeti és az egészségügyi rendszer szintjén is fontos, a minőséget nagymértékben meghatározó terület.



3.2. ábra. A minőség dimenziói az egyedi betegek számára *Campbell* alapján [2, 4].

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a betegellátás minőségének nincs olyan egységes és általánosan elfogadott meghatározása, amit minden érintett ugyanúgy értelmez, az egyéneknek, betegellátóknak, ezzel foglalkozó szakembereknek is mást jelenthet. Az alapellátás számára fontos kutatni és lehetőség szerint megtalálni a sokféle szempont és terület között az egyensúlyt a betegelégedettséget és a költséghatékonyságot is figyelembe véve [6].

3.2. A minőség vizsgálata az alapellátásban

A betegellátás minőségének meghatározására számos kvantitatív és kvalitatív megközelítés ismert. A minőség számos fontos eleme nem vagy nem pontosan mérhető. Azonban az orvosi ellátás minősége javítható lehet annak mérése nélkül is: például folyamatos továbbképző programokkal, a bizonyítékokon alapuló orvoslás gyakorlati alkalmazásával vagy szakmai útmutatók megalkotásával és a mindennapi gyakorlatban megkövetelt használatával [2, 4, 6]. A minőség értékelhető és javítható lehet a családorvosi praxis szintjén is (például audit rendszeres végzésével). A fentiekén kívül az alapellátás minőségének javítását szolgálhatják a háziorvosokon kívülálló, külső tényezők és egyéb, a háziorvosok által nagymértékben befolyásolható elemek egyaránt [1, 2, 3, 6].

A háziorvosok tevékenységének lehetséges külső szabályzói:

- szakfelügyelet működtetése
- törvényi szabályozás
- szakmai szervezetek

Háziorvosok tevékenységének minőségét javíthatja:

- egyéni szakmai motiváció
- háziorvosi szakképzés, folyamatos háziorvos-továbbképzéseken részvétel
- szakmai irányelvek, bizonyítékokon alapuló orvoslás (EBM)
- szakmai kompetencialista
- audit végzése
- minőségbiztosítási rendszerek (például ISO)
- tudományos kutatás
- minőségi indikátorok
- anyagi ösztönzők

A minőség kvalitatív meghatározása és definiálása mellett, ahol lehetséges, annak kvantitatív mérése is meghatározó szerepet játszik a tárgyilagos értékelésben.

Napjainkban a minőség mérésének talán legelfogadottabb, egyre gyakrabban alkalmazott kvantitatív mérőeszközei a minőségi indikátorok (*quality indicators* – *QI*). A minőségi indikátorokat kezdetben a kórházi ellátás értékelésére és minőség javítására használták. Mivel az orvos–beteg találkozások jelentős hányada az alapellátásban zajlik, így felmerült az igény az alapellátási minőségi indikátorok kifejlesztésére, megalkotására és alkalmazására [4]. A hazai és európai minőségi indikátorok egy fontos részét a következő alfejezetben ismertetem.

Az alapellátás minőségét javíthatja az egészségügyi rendszeren belüli szerepének erősítése, bár ez nem mindig jár alacsonyabb költségekkel [11]. Az Európai Unió számos kutatást támogatott a 2000-es években, amelyek az alapellátás minőségét és költségeit elemezték. Az *EUprimecare* projektben Európában vizsgálták a lehetséges kompromisszumokat a minőség és költségek között. A vizsgálat legfőbb célja volt specifikus klinikai és nem klinikai indikátorok kifejlesztése [12]. Az indikátorok egy része alkalmas lehet a különböző országok egészségügyi szerkezetének összehasonlítására: ezek főként a struktúra-folyamat-eredmény (*structure-process-outcome*) indikátorok, ezeket a mérhető nemzetközi indikátorokat használták, hogy az alapellátás minőségét monitorozták 31 európai országban a PHAMEU projektben (*Primary Health Care Activity Monitor for Europe*) [13].

Fontos kérdés, hogy az alapellátás szerkezete és teljesítménye hogyan függ össze a költségekkel és milyen hatása van az egészségügyi rendszer egészére. Az alapellátás minőségét teljes körűen vizsgáló QUALICOPC (*Quality and Costs of Primary Care in Europe*) projektben hazánk is részt vett [14, 15].

A vizsgálatához kérdőíveket fejlesztettek ki (háziiorvosi, beteg- és munkatársi kérdőív) korábbi vizsgálatok tapasztalatai, szakértői vélemények és irodalmi adatok alapján. A végső angol nyelvű változatot a hollandiai NIVEL (*Netherlands Institute for Health Service Research*) munkatársai készítették el, amelyet elküldtek a részt vevő országok nemzeti koordinátorainak, akik lefordították a nemzeti nyelvre, majd a fordítást validálták (visszafordítással, professzionális fordítók segítségével). A részt vevők kiválasztásánál reprezentatív megoszlásra törekedtek, egy praxisból csak egy orvos töltötte ki a háziiorvosi kérdőívet, elkerülendő, hogy ugyanazon praxisjellemzők többször legyenek felmérve, mondjuk egy praxisközösségben. A koordinátor által a hazai viszonyokra való értelmezhetetlenség miatt a kivételre ajánlott

kérdések is benne maradtak a magyar nyelvű kérdőívben, mivel a kérdőívek egységes gépi feldolgozásra csak így valósítható meg.

A többszöri egyeztetések után a Hollandiában kinyomtatott magyar nyelvű kérdőívcsomagok 2011. novemberben érkeztek meg a debreceni vizsgálati centrumba. Az Országos Kutatásetikai Bizottság által kiadott engedély után megkezdődött a háziiorvosi kérdőívek kitölttetése (Etikai engedély száma: 20024/2011-EKU, 2011.12.07, ETI-TUKEB).

A négy hazai családorvosi tanszék felhívására jelentkeztek a vizsgálatban részt vevő háziorvosok, akik jellemzően az egyetemek vonzáskörzetében dolgoztak, de Győr, illetve Kecskemét térségéből is vettek részt a felmérésben, a praktizáló orvosokat a háziiorvosi továbbképző tanfolyamokon, személyesen illetve e-mailen kiküldött megkereséssel értük el.

A kérdőívet kitöltő kollegák munkájukért szerény kompenzációban részesültek (tanfolyami részvételi lehetőség, választott könyvajándék, vagy díjfizetés számla alapján).

A betegek számára készült kérdőív kitöltésére a bevont háziorvosok praxisaiból 10 felnőtt (18 évesnél idősebb) beteget kértek meg.

A betegeket a háziiorvosi váróteremben a „*fieldworker*” (terepmunkás, kérdezőbiztos, akik a magyarországi vizsgálatban orvostanhallgatók voltak) szólította meg és kérte fel a kérdőív kitöltésére, természetesen anonim módon. A kérdezőbiztosok kiválasztásánál fontos szempont volt, hogy ne kötődjön a praxishoz, semleges legyen, a legkevésbé se befolyásolja személye a betegeket a válaszadásban. A felkészítésük központilag történt Debrecenben, majd a felkészítés után megbízólevelet kaptak a koordináló tanszéktől. Körzetenként kilenc fő töltötte ki a saját tapasztalataira vonatkozó „*patient's experience*” kérdőívet, egy pedig azokra a kérdésekre válaszolt, hogy mit tart fontosnak az ellátásban („*patient's value*”). Országonként így 220 háziiorvosi, 220 munkatársi és 2200 beteg kérdőív került kitöltésre [15]. A hazánkban használt betegelégedettségi és háziiorvosi kérdőíveket a Függelékben mutatjuk be.

A kérdőívek 2012. május végére érkeztek vissza a debreceni vizsgálati központba, innen a hollandiai Utrechtbe, a NIVEL Intézetbe továbbítottuk, ahol a kérdőívek feldolgozása és értékelése történik.

3.3. A minőségi indikátorok és anyagi ösztönzők

Bár az orvostudomány a természettudományok közé tartozik, nagyon hasonlít a művészetekre. Mindkettő emberekre fókuszál és ezért nehéz csupán számokkal jellemezni. A méréshez általában számokra van szükség, de hogyan lehet az orvosok munkáját számokkal jellemezni? Mit lehet jónak tekinteni a tudományos vagy gyakorlati szempontból. Hogyan tudják ezt megbecsülni a betegek vagy más egészségügyi dolgozók? Tudáson, tapasztalatokon, körülményeken, elérhető forrásokon vagy más módszereken alapuljon mindez?

Az elmúlt évtizedekben hatalmas és látványos, előre nem megjósolható fejlődés zajlott le és zajlik jelenleg is az orvostudományokban. Az orvosi tudás folyamatosan változik, fejlődik, emiatt nagyon hamar elavul.

Emberek vizsgálnak, diagnosztizálnak és kezelnek embereket. Hogyan lehetne az orvosokat motiválni a jobb munkára, hogy hatásosabb kezeléseket, eredményesebb operációkat és beavatkozásokat végezzenek? Mik a motiváció legjobb eszközei? A lehetséges válaszok: elégedett betegek, egészségnyereség, az egészségügyi költségek csökkentése, szakmai siker vagy anyagi ösztönzők [2, 3].

Az indikátorokat sokan sokféleképpen definiálták. *Campbell* szerint az indikátorok egyértelműen meghatározott és mérhető tételek, amelyek az ellátás értékelésének építőköveiként működnek. Az irányelv és az indikátor fogalmát a következőképpen határozta meg:

Irányelv (*Guideline*): szisztematikusan kifejlesztett megállapítások, amelyek segítik az orvos beteggel kapcsolatos döntéseit prospektív módon specifikus klinikai körülmények között, lényegében a „helyes dolog, amit meg kell tenni” („*the right thing to do*”).

Indikátor: a praxis teljesítményének egy mérhető eleme, amelyre evidencia vagy konszenzus vonatkozik, amely használható a teljesítmény megítélésére és ezen túl az ellátás minőségének javítására [4].

A magyar jogalkotók az indikátorokat az alapellátási szolgáltatók által végzett azon „prevenciós, gyógyító, gondozási és gyógyszerrendelési tevékenységek mennyiségi mérőszámaként” határozták meg, melyek alapján a szolgáltató díjazásban részesülhet [16].

Az ideális minőségi indikátorok tulajdonságait foglalja össze a 3.2. táblázat [17].

Elfogadhatóság	elfogadható azok számára is, akiket és akik értékelnek
Kontrollálhatóság	az indikátor által meghatározott teljesítmény 100%-ban kontrollálható az értékeltek által
Megvalósíthatóság	valid, megbízható és konzisztens adatok, amelyek elérhetőek és gyűjthetőek
Megbízhatóság	minimális mérési hiba, reprodukálható eredmények akkor is, amikor különböző értékelők alkalmazzák (inter-rater reliability)
Érzékenység a változásra	megvan a kapacitása, hogy érzékelje az ellátás minőségének változásait, a témák között és azokon belül is
Prediktív érték	van kapacitása előre jelezni az ellátás minőségének kimenetelét
Relevancia	olyan területet foglal magába, ahol felismert különbség van az aktuális és potenciális teljesítmény között

3.2. táblázat. Az ideális minőségi indikátorok tulajdonságai

A minőségi indikátorok mellett és alkalmazásuk ellen számos érvet lehet felsorolni, melyeket *Marshall* és munkatársai foglalták össze [6, 18]:

A minőségi indikátorok alkalmazásának lehetséges hasznai:

- lehetővé tehetik az összehasonlítást a praxisok, időintervallumok vagy szabványok (*gold standard*) között, ezek az összehasonlítások ösztönözhetik és motiválhatják a változást
- elősegíthetik a minőség javítására tett kezdeményezések objektív értékelését
- használatuk biztosíthatja az elszámoltathatóságot, és azonosíthatja az elfogadhatatlan teljesítményt
- megalapozott vitákat ösztönözhetnek a minőségi ellátásról és a források szintjéről
- a figyelmet ráirányíthatják a minőségi információkra a családorvoslásban
- segíthetnek odairányítani az erőforrásokat, ahol arra a legnagyobb szükség van
- gyorsabb és olcsóbb eszközök lehetnek a minőség értékelése, mint más eszközök, (pl. *peer-review*)
- tájékoztathatnak a szolgáltatás megvásárlására vonatkozó döntések meghozásában

A minőségi indikátorok használatával szemben felmerülő problémák:

- ösztönzik a részekre darabolt megközelítést, a holisztikus és integrált fegyelemmel szemben
- csupán a betegellátás könnyen mérhető szempontjaihoz engednek hozzáférést, és nem foglalják magukban a családorvoslás szubjektívebb szempontjait
- kétes minőségű adatokon és információkon alapulhatnak, amiket nehéz ellenőrizni
- nehéz lehet értelmezni - például a nyilvánvaló különbség az ellátásban sokkal inkább a véletlenszerű variáció, eset-összetétel (*case-mix*), vagy eset súlyosságával lehet kapcsolatban, mintsem jelezné az ellátás színvonalának igazi különbségét
- költséges és időigényes elkészíteni, az ellátás minőség-mérésének költség-haszon aránya nagyrészt ismeretlen
- ösztönözhetik a hibás kultúrát és elbátortalaníthatja a belső szakmai motivációt
- oda vezethetnek, hogy a szervezetek az ellátás mért aspektusaira összpontosítsanak más területek rovására, és inkább a rövid távú és nem a hosszú távú stratégiai megközelítésre koncentráljanak
- ronthatja a közbizalmat és a szakmai morált, ha az indikátorok eredményeit nyilvánossá teszik, publikálják
- ösztönözheti az adatok módosítását vagy manipulációját az egészségügyi szakemberek és szervezetek részéről

Az anyagi ösztönzők, pay for performance (P4P) az egészségügyben

Az egészségügyi dolgozók anyagi ösztönzésének több módja van, ilyen például az alkalmazott orvos fizetése (*salary*), de lehet tevékenységhez kapcsolt (*fee-for service*), fejkvóta alapú (*capitation*), vagy többféle módszerből álló, vegyes (*mixed*) [19].

Az alapellátó orvosok anyagi ösztöztetésre az 1990-es évektől történtek próbálkozások az Egyesült Királyságban (*fund-holding*: minden regisztrált beteg utáni fejkvóta alapú finanszírozás) és az Egyesült Államokban (*managed care*: fejkvóta és *fee for service* alapján történő finanszírozás) [19, 20]. Az anyagi ösztönzők bevezetési lehetőségeit alapvetően meghatározhatja és befolyásolhatja az alapellátásban dolgozó orvos alkalmazási formája (egyéni vállalkozó vagy alkalmazott stb.) és finanszírozási formája (fejkvóta alapú (*capitation*), vagy teljesítményalapú „*fee for service*”, illetve ezek együttes alkalmazása), a finanszírozást a legtöbb európai országban még bonyolítja, ha több betegbiztosítóval szerződhet a beteg és orvosa [21]. Magyarországon a háziorvosokat 1992 óta alapvetően a

hozzájuk bejelentkezett betegek létszáma alapján finanszírozzák, némileg korrigálva életkoruk és az orvos képzettsége alapján. Ezenkívül kisebb mértékben megjelennek az ellátott körzetre vonatkozó elemek is [22].

A *“pay for performance” (P4P)* eredetileg az Egyesült Államokban és az Egyesült Királyságban alkalmazott új stratégia volt, az orvosok és az egészségügyi rendszer finanszírozói közötti szerződés részeként vezették be. Az egészségügyi szolgáltatókat ezen megállapodás alapján jutalmazták amennyiben előre megállapított célokat elérték a szolgáltatások nyújtása során. *James* meghatározása szerint a *pay for performance* olyan anyagi ösztönzők gyűjtőfogalma, melyeknek célja az egészségügyi ellátás minőségének, hatékonyságának növelése a betegellátás javításának érdekében [20]. A *P4P* vagy *value-based purchasing* modellek orvosokat, kórházakat, orvos csoportokat és egyéb egészségügyi szolgáltatókat jutalmaztak amennyiben megfeleltek bizonyos elvárt minőségi és hatékonysági követelményeknek. Az American Medical Association (AMA) megjelentette a *pay-for performance* programok alapelveit, kihangsúlyozva az önkéntes részvétel, a pontos adatszolgáltatás, a pozitív ösztönzés és a megfelelő orvos-beteg kapcsolat fontosságát, valamint részletes szakmai útmutatókat közölt a programok tervezéséhez és bevezetéséhez [23]. Az európai országok közül az Egyesült Királyságban vezették be legszélesebb körben az indikátorokat, anyagi ösztönzőkkel társítva 2004-ben [17]. Magyarországon 2010-ben vezették be az indikátor alapú teljesítményértékelést az alapellátásban [24].

Minőségi indikátorok és anyagi ösztönzők az alapellátásban: a nagy kísérlet az Egyesült Királyságban

A minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők legszélesebb körű bevezetése az európai országok közül az Egyesült Királyságban történt 2004-ben: ez a mai napig használt *Quality and Outcomes Framework (QOF)*. Az 1990-es években egyre nőtt az igény az egészségügyi szolgáltatások minősége és biztonsága iránt, egyre jobban elterjedt a tényeken alapuló orvoslás, megváltozott a szakma kultúrája. Az alapellátás minőségének javítására tett első jelentős lépés az auditok bevezetése volt már az 1990-es években, amely a háziorvosok hozzáállásában és mindennapi gyakorlatában is változást hozott. A kezdetben rendszertelen, helyi szinten néhány lelkes egyén által végzett auditok egyre rendszeresebbé váltak, majd az auditot hivatalosan is bevezették, mint a gyakorlati képzés egyik követelményét. Az évtized végére a klinikai audit sok praxisban már rendszeres tevékenységgé vált. Az audit fokozatos fejlesztése az 1990-es években megismertette a háziorvosokat azzal az elvárással, hogy jobban figyeljenek az ellátás

minőségére is [17, 25]. További változást jelentett az első kísérlet a *pay for performance* bevezetésére: új anyagi ösztönzőkkel próbálták az alapellátásban dolgozó orvosokat jobb eredmények elérésére ösztönözni a gyerekkori védőoltások és a méhnyakszűrés tekintetében. Ezek az ösztönzők alapvető javulást hoztak az elért eredményekben, különösen az előzőleg gyengén teljesítő praxisokban. Egyre több háziorvos fektetett be az első számítógépébe, mivel nehéz volt elérni a célokat a hatékony dokumentáció és visszahívási rendszer nélkül. A következő évtizedben a számítógépeket egyre nagyobb mértékben használták receptfelírásra, majd a teljes adminisztráció vezetésére. Az *NHS (National Health Service)* biztosította az orvosok számára azt az elektronikus infrastruktúrát, amin a *QOF* a későbbiekben alapult [4, 17, 25, 26, 27].

A minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők legszélesebb körű bevezetése az európai országok közül az Egyesült Királyságban történt 2004-ben: ez a mai napig használt *Quality and Outcomes Framework (QOF)*. A *QOF* bevezetésének legfőbb indoka volt, hogy felismerték az összefüggést az alapellátás minősége és a súlyos alulfinanszírozottsága között az Egyesült Királyság alapellátását a többi országgal összehasonlítva.

Más országok *P4P*-tapasztalatait megvizsgálva, a kormány hajlandó volt 20%-kal többet fektetni az alapellátás költségvetésébe (ennek 90%-a rendszerbe tett új pénzeszköz volt), hogy létrehozzák az ösztönzésre alkalmas, bizonyítékon alapuló indikátorokat az alapellátásban. A *QOF*-et az új „*General Medical Service*” szerződés részeként vezették be, ami a *British Medical Association* (mint szakszervezet) háziorvosi bizottsága (*General Practitioners Committee*) és az *NHS* mint munkáltató között jött létre. Ez lényegében a *P4P*-faktorok átvétele volt, mivel mindaddig nem voltak igazi standardjai az alapellátásnak: az 1950-es évektől a háziorvosok szinte teljesen a saját lelkiismeretük alapján dolgoztak [17, 25, 26, 28, 29].

A *QOF* eredetileg 146 indikátorból állt. Ezen indikátorok többsége (76 indikátor) klinikai területeken alapult, a szervezeti területen 56 indikátor, a betegelégedettségben négy indikátor, hozzáadott (kiegészítő) szolgáltatások területén 10 mérte a háziorvosi munka minőségét. Míg az indikátorok többsége klinikai területen alapult, a „*balanced score card*” megközelítés alkalmazása visszatükröződik a klinikai, szervezet és beteg központú elemek alkalmazásából. Az indikátorokért kapott pontok számításakor figyelembe vették az indikátor célértékéhez viszonyított elért teljesítményt (például azon diabeteszes és magas vérnyomás betegséggel kezelt betegek százalékos aránya, akiknek a vérnyomása a meghatározott célérték alatt van). Ez egy fokozatos kifizetési skálával volt társítva, ami egy minimálisan elérendő küszöbnél kezdődött (kezdetben 25%, majd 2006-ban 40%-ra emelték) és egy maximum értéknél végződött (általában elért 90%-nál) [17].

Terület	Indikátorok/ terület száma	Betegségek / Állapotok területei	Célérték / a teljes kifizetés %- a
Klinikai	76 indikátor 11 területen	Koronária betegségek, bal kamrai diszfunkció, stroke és TIA, magasvérnyomás, diabetes mellitus, COPD, epilepszia, hypothyreozis, daganatok, pszichiátriai betegségek és asztma.	550 pont / 52,4%
Szervezeti	56 indikátor 5 területen	Dokumentáció és információkezelés, betegekkel kommunikáció, oktatás és képzés, gyógyszer menedzsment, klinikai és praxis menedzsment.	184 pont / 7,5%
Betegelégedettség	4 indikátor 2 területen	Betegelégedettség mérése és a konzultációk hossza.	100 pont / 9,5%
Hozzáadott szolgáltatások	10 indikátor 4 területen	Méhnyakszűrés, gyerekkori szűrővizsgálatok, terhesség gondozás és fogamzásgátlás.	36 pont / 3,4%
A minőség mérésének mélysége	146 indikátor	Az egyes doméneken belül elért célértékek holisztikus értékelése.	100 pont / 9,5% 30 pont / 2,9% 50 pont / 4,8%
Összesen			1050 pont / 100%

3.3. táblázat. Az eredeti Quality and Outcomes Framework (QOF) (2004-2006) [17].

2004 óta hat alkalommal vizsgálták felül az indikátorrendszert. 2006-ban néhány elemet töröltek és 7 új domént adtak a meglévőkhöz (depresszió, pitvarfibrilláció, krónikus vesebetegség, demencia, obezitás, palliatív ellátás és tanulási nehézségek domén). 2009-ben a legfőbb változás a szívbetegségek primer prevenciójának hozzáadása volt. A módosításra tett javaslatokat a NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) dolgozta ki az elmúlt években, ebben a fő területek (doménok) a következők [30]:

- *Klinikai indikátorok*, többféle klinikai terület indikátorai (például magas vérnyomás, szívelégtelenség stb.).
- *Népegészségügyi indikátorok*, például dohányzás és elhízás, de ide tartoznak a kiegészítő szolgáltatások indikátorai is (méhnyakszűrés, gyermekek egészségügyi ellátása, anyasággal és fogamzásgátlással kapcsolatos indikátorok).
- *Minőség és hatékonyság*, az indikátorok célja, hogy biztosítsák az NHS-erőforrások hatékonyabb kihasználását, a minőség javítását azáltal, hogy jutalmazza a sürgősségi és járóbeteg-szakrendelésre történő háziorvosi beutalásokat, valamint az indokolatlan és elkerülhető sürgősségi osztályon való megjelenések számának csökkentését.
- *Betegelégedettség*, egy indikátor, ami az orvos–beteg konzultáció hosszára vonatkozik.

Az NHS szakértői szerint a minőség végső mércéje a klinikai eredményesség (*outcome*), de ezeket csak akkor lehet elérni, ha a megfelelő struktúra (*structure*) és folyamatok (*process*) is biztosítva vannak [5, 6].

3.4. A magyarországi háziorvosi indikátor rendszer: a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése

Az alapellátás minőségének javítása céljából a háziorvosok és házi gyermekorvosok (a továbbiakban: a háziorvosok) indikátor alapú teljesítmény értékelésének bevezetése 2008-ban került napirendre, az Egészségügyi Minisztérium illetve a Világbank kezdeményezésére.

Az indikátorok és a rendszer kidolgozásához megvizsgálták és figyelembe vették a nemzetközi példákat: az OECD, amerikai HEDIS (*Healthcare Effectiveness Data and Information Set*) és az Egyesült Királyságbeli QOF (*Quality and Outcomes Framework*) indikátorait. Kiemelt célként jelölték meg az alapellátás minőségének és az egészségügyi ellátás megítélésének hazai és nemzetközi javítását [24, 30].

A rendszer távlati céljai között szerepel, hogy minden OECD egészségügyi mutató hozzáférhető és nyilvános legyen a magyar egészségügyi szolgáltatókra vonatkozóan.

A háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelésének tényleges bevezetése Magyarországon 2009-ben kezdődött. A rendszer kidolgozása az OEP feladata volt, célja az ellátás minőségi színvonalának emelkedése. Az alapellátásban használt minőségi indikátorok kifejlesztése többféle módon történhet, például szisztematikus, bizonyítékokon alapuló (*evidence based*) módszerrel [4]. A magyar háziorvosi indikátorok kifejlesztésének folyamatáról nem találtam részletes adatokat, azonban a jogalkotói szándék alapján és a hivatalos közleményekben használt terminológiát átvéve valószínűleg nevezhetjük azokat minőségi indikátoroknak [31, 32, 33].

Az alapellátásban dolgozó valamennyi egészségügyi szolgáltató munkáját értékelték, a részvétel mindenkire vonatkozott, nem volt önkéntes.

A teszt időszak 2009 első félévében indult, mely a háziorvosok finanszírozását még nem befolyásolta. Ez az átmeneti időszak lehetőséget biztosított a háziorvosoknak, hogy megismerjék a rendszert, összehasonlíthassák saját munkájukat másokéval és szükség esetén változtathassanak bizonyos területeken. A rendszer fejlesztői pedig országos és területi adatokat, gyakorlati tapasztalatokat nyerhettek a működéséről. A finanszírozást megelőző időszak eredményeit és tapasztalatait felhasználták az indikátor célértékek meghatározásához [32].

A háziorvosi indikátorrendszer a későbbiekben a finanszírozást is befolyásolta, így 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet két alkalommal módosult a próba időszakban: 2010. januártól havonta kapták meg a mutatókat a szolgáltatók, 2010 júliusától pedig csak akkor részesültek az indikátorok alapján juttatásban a szolgáltatók, ha az indikátorok legalább 25%-ában pontot értek el [16, 31].

Az Állami Számvevőszék a háziorvosi ellátás működésének és pénzügyi feltételrendszerének ellenőrzéséről készült Jelentésében 2009 szeptembere és 2010 októbere között értékelte az indikátorok mutatóit. Csupán három indikátor (a *Pneumococcus* védőoltásban részesültek aránya 2 év alatt, a diabetes gondozás 1 és a szűrési tevékenység mutató) mutatott egyenletes növekedést a vizsgált időszak alatt, míg a többi mutatónál nem volt változás. Az indikátorok ösztönző hatásának elmaradásának egyik oka lehet, hogy a pénzügyi ösztönzést csak 2010. októbertől vezették be. A minőségi indikátorok után kapott összeg eleinte havonta a teljes praxisfinanszírozásnak az 1,7%-át tette ki, bár a nemzetközi tapasztalatok szerint a finanszírozás körülbelül 10%-os növelése kívánatos lenne az ösztönző hatás eléréséhez [33]. Kezdetben 4 indikátort vezettek be a gyerek, 11 indikátort a felnőtt és gyerek praxisokban. Az adatokat a B300 tételes betegforgalmi jelentésből, a járó- és fekvőbeteg szakellátás adataiból, valamint a vénykiváltási adatokból nyerték ki.

2011. április 1-jétől ismét megváltoztatták a minőségi indikátorok rendszerét és a szakmai alapokat jogszabályban fektették le [16]. Ezután elég volt 1 indikátorban pontot elérni a díjazáshoz és kibővítették az indikátorok körét: 15 felnőtt és vegyes, 6 gyermek indikátorra 15 pontot lehetett elérni. A díjazásban csak a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező körzetek részesülhettek, pontjaik arányában 3 havonta. Ezen kívül 2,5-szeresére emelték az indikátorrendszer alapján kapható díjazás mértékét.

A következő módosítást 2012. november elsejétől vezették be, az értékelési rendszer és a jogszabályi környezet (így a fenti rendelet is) változott.

A finanszírozás zárt kasszából történik, összege 250 millió forint/hónap, a szolgáltatók elért pontértékeinek arányában szétosztva. Az indikátorok rendszerének főbb változásait a 3.4. táblázat foglalja össze [16, 22, 32].

A háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése 2009.-ben • Gyermek praxisok 4, felnőtt praxisok 11, vegyes praxisok 12 indikátor • Elérhető: 100 pont • Kifizetés: havonta • Összes indikátor legalább 25%-ában pontot kellett elérni a kifizetéshez
Változások 2011. április 01.-től • Elég 1 indikátorban pontot elérni a díjazáshoz • 15 felnőtt és vegyes, 6 gyermek indikátor • Elérhető: 15 pont, csak TEK körzetek, pontjaik arányában részesülnek díjazásban 3 havonta • 2,5-szeresére emelkedik az indikátorrendszer alapú díjazás mértéke
Változások 2012. november 1.-től • 15 felnőtt és vegyes, 8 gyermek indikátor • Indikátorrendszer alapján kifizetett díjazás mértéke továbbra is 250.000 millió Ft/hó. • Minden területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgálat maximálisan 15 pontot érhet el

3.4. táblázat. A háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése 2009-2012 [31, 32].

2014. márciusig Magyarországon 15 felnőtt és vegyes körzetre vonatkozó indikátort alkalmaztak, a 3.5. táblázat alapján (zárójelben az indikátorok száma): az indikátorok által értékelt területek a védőoltások (1), szűrések (1), gondozás (7), definitív tevékenység (1), gyógyszerrendelés (5). Az egyes indikátorok pontértéke 1 pont, legfeljebb 15 pontot lehet elérni körzetenként.

<u>FELNŐTT ÉS VEGYES PRAXISOK (terület)</u>
Influenza elleni védőoltás <i>(védőoltások)</i>
Mammográfia <i>(szűrések)</i>
Magas vérnyomás betegség gondozása 1. (gyógyszerkiváltás) <i>(gondozás)</i>
Magas vérnyomás betegség gondozása 2.(gyógyszerkiváltás) <i>(gondozás)</i>
Magas vérnyomás betegség gondozása 3. (szérum kreatinin) <i>(gondozás)</i>
Vérzsír vizsgálat a diabetes mellitusban és/vagy magas vérnyomás betegségben szenvedők körében <i>(gondozás)</i>
Ischaemiás szívbetegek gondozása (béta-blokkolók szedése) <i>(gondozás)</i>
Diabetes gondozása 1 (Hgb1Ac) <i>(gondozás)</i>
Diabetes gondozás 2 (szemészet) <i>(gondozás)</i>
Beutalási gyakorlat <i>(definitív tevékenység)</i>
Antibiotikumok kezelése <i>(gyógyszerrendelés)</i>
Gyógyszer indikátor 1. – savtermelés zavarával járó betegségek gyógyszerei <i>(gyógyszerrendelés)</i>
Gyógyszer indikátor 2. – vércukorszint-csökkentő gyógyszerek, kivéve inzulinok <i>(gyógyszerrendelés)</i>
Gyógyszer indikátor 3. – a renin-angiotenzin rendszerre ható készítmények <i>(gyógyszerrendelés)</i>
Gyógyszer indikátor 4. – lipidszintet módosító anyagok <i>(gyógyszerrendelés)</i>

3.5.táblázat. A felnőtt és vegyes körzetek teljesítményértékelésére használt indikátorok [32].

A nyolc, gyermek alapellátási körzetekre vonatkozó indikátor az alábbi területeket értékeli (zárójelben az indikátorok száma): védőoltás (1), prevenciós tevékenység (2), szűrési tevékenység (1), gondozás (1), definitív tevékenység (2), gyógyszerrendelés (1). Minden indikátor pontértéke 1,875 pont, így összesen a felnőtt körzetekhez hasonlóan, 15 pontot érhetnek el az egyes körzetek.

A gyermek praxisok indikátorait a 3.6. táblázat mutatja be.

<u>GYERMEK PRAXISOK INDIKÁTORAI (terület)</u>
Meningococcus védőoltás <i>(védőoltás)</i>
Colecalciferol készítmény adása <i>(prevenció tevékenység)</i>
Kizárólag anyatejes táplálásban részesült csecsemők aránya <i>(prevenció tevékenység)</i>
Szűrővizsgálatok végzése <i>(szűrési tevékenység)</i>
Vaspótló kezelés <i>(gondozás)</i>
Beutalási gyakorlat <i>(definitív tevékenység)</i>
Ügyeleti ellátásban részesültek <i>(definitív tevékenység)</i>
Antibiotikus kezelés <i>(gyógyszerrendelés)</i>

3.6. táblázat. A gyermek körzetek teljesítményértékelésére használt indikátorok [32]

3.5. Az emlő és méhnyak daganatok szűrővizsgálatának rendszere, eredményei és az alapellátás lehetőségei a korai felismerésében

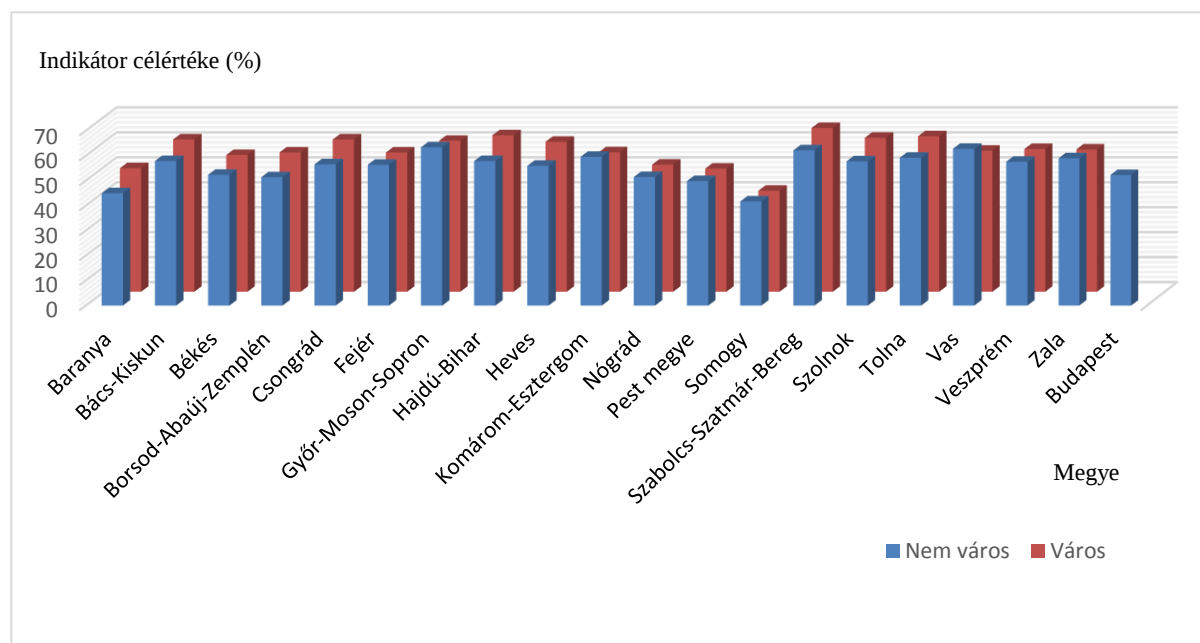
A daganatos megbetegedések kezelésének lehetőségei és kimenetele nagyban függ a korai diagnózistól. Populációs szinten, a korai felismerés a nemzeti morbiditási és mortalitási mutatókban tükröződik; de egyéni szinten pedig élet vagy halál kérdése lehet [34]. Finanziális szempontból az egészségügyi rendszerek csökkenthetik a kiadásait a korai diagnózissal és kiszélesedhetnek a hatékony kezelési lehetőségek. Az alapellátásnak Magyarországon is fontos szerepe van a daganatos megbetegedések megelőzésében és korai felismerésében [35, 36].

A nőgyógyászati daganatok közül vannak olyanok, melyekkel a háziorvosi gyakorlatban ritkábban találkozhatunk (pl. hüvelyrák) [37]. A női daganatok közül az emlő- és méhnyak daganatos megbetegedései azonban gyakoriak Magyarországon. Az emlőrák szűrésének legelterjedtebb eszköze a mammográfiás vizsgálat, melynek megbízhatóságát az elmúlt évek technikai fejlődése jelentősen megnövelte [38]. Bár az elmúlt években néhány szerző figyelmeztetett a mammográfiás szűrés potenciálisan káros hatásaira (pl. a túl sok álpozitív diagnózisra), a legtöbb országban a mammográfia maradt a standard és legelterjedtebb emlőszűrő módszer [39-41].

A népegészségügyi szűrőprogram bevezetése előtt a 45-64 éves magyar nők mindössze 27,4%-a vett részt mammográfiás szűrésen. A bevezetés első fázisában (2002-2003) azon nők aránya, aki mammográfiás vizsgálaton vett részt megemelkedett 61%-ra, ez a szám azonban az összes mammográfiát tartalmazza, nem csak a nemzeti szűrőprogram keretében elvégzett

vizsgálatokat. Ezzel együtt nagy területi különbségek voltak megfigyelhetők az egyes magyar megyék között is [42, 43, 44].

A mammográfiás vizsgálat a felnőtt és vegyes praxisok indikátorai között szerepel (2. *indikátor*), a méhnyak szűrés, mivel döntően nem az alapellátásban végzik, nem került be az indikátorok közé. Az indikátorok célértékét a 3.3. *ábra* mutatja be megyénkénti bontásban.



3.3. *ábra*. A mammográfiás átszűrtség célértékei megyénként 2012-ben [32].

Az indikátor értéke az adott hónapban a háziorvoshoz bejelentkezett 45-65 év közötti nők közül azok aránya, akik tárgyhónapot megelőző 2 évben mammográfiás szűrésen vettek részt. Az indikátor célja a népegészségügyi program részeként működő mammográfiás szűrővizsgálaton való részvétel növelése, a magasabb indikátor érték nagyobb átszűrési arányt jelent.

$$\text{NSZm \%} = \text{NSZm} / \text{BB45-65} * 100$$

NSZm %: mammográfiás népegészségügyi szűrésen részt vettek százalékos aránya

NSZm: 45-65 éves nők közül az elmúlt 24 hónapban mammográfiás szűrésen részt vettek száma

BB45-60: az összes, adott háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett 45-65 éves nő

Az adatokat a járóbeteg-szakellátás adataiból nyerik, azok a praxisok részesülnek pontozásban, amelyek elérik az ellátási területüknek megfelelő célértéket. Az indikátor célja, hogy a 45-65 éves kor közötti nők minél nagyobb számban jussanak el mammográfiás vizsgálatra.

Világszerte számos országban az alapellátás kiemelt feladatai közé tartozik a méhnyakszűrés, melyet hazánkban 2009 óta a védőnők is végezhetnek, bizonyos területeken megfelelő képzés elvégzése után [45, 46, 47]. Mivel a későn felismert, előrehaladott méhnyakrákos esetek többsége szegényebb, kevésbé iskolázott nők között fordul elő, akik a szakorvosi szolgálatot anyagi vagy egyéb okokból nem veszik igénybe, kiemelten támogatandó kezdeményezés a védőnők által végzett méhnyakrák szűrés. Magyarországon a Szülészeti- és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium ajánlása szerint a nőgyógyászati méhnyak szűrővizsgálatának részét kell képeznie a kolposzkópos vizsgálatnak is, mivel a szűrés során kapott álnegatív eredmények szignifikánsan csökkenthetők a két vizsgálat kombinálásával [48]. Ez a kombinált szűrőmódszer magyar sajátosság, eltér a legtöbb ország gyakorlatától. Bár a népegészségügyi célú méhnyakszűrést már 2003-ban bevezették, a programon kívüli, opportunist szűrések és a célpopuláció alacsony átszűrtsége jelentősen nem változott, napjainkban is problémát jelent [45, 47, 50].

Több tanulmány elemezte a népegészségügyi méhnyak szűrés bevezetése előtti és utáni eredményeket. Ezek arról számolnak be, hogy összesen 1.667.618 nőt szűrtek a bevezetést megelőző 2000 és 2002 közötti időszakban. A nemzeti szűrőprogram bevezetése után az a szám 1.749.498-ra emelkedett 2003 és 2005 között. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázisa szerint évente 820.000 – 890.000 Papanicolaou kenetvétel történt évente, azt is figyelembe véve, hogy bizonyos nők esetében kontroll vizsgálatra volt szükség. Ezek az adatok 48,9%-os részvételi arányt jelentenek a program bevezetése előtti három évben és 52,6%-os részvételt annak bevezetése utáni három évre vonatkozóan – ez 3,7 %-os emelkedést jelent. [36, 49, 50].

Részvételi arány (%)	2000	2001	2002	2000-2002	2003	2004	2005	2003-2005
Magyar női populáció	16,2	15,5	15,4	31,2	16,3	16,4	16,8	32,8
Célpopuláció	23,3	22,1	22,0	48,9	23,4	23,6	24,3	52,6

3.7. táblázat. A méhnyak szűrésen részt vevők aránya a népegészségügyi szűrőprogram bevezetése előtt (2000-2002) és után (2003-2005) azon nők százalékos arányában kifejezve, akik PAP kenet vizsgálatban részesültek vagy a célpopulációból (25-65 éves nők) vagy a teljes magyar női lakosságot figyelembe véve, mint referencia [50].

A népegészségügyi méhnyak szűrésre vonatkozó irodalmi adatok szerint a program bevezetése előtti három évben 48,9%-os, annak bevezetése utáni 3 évre pedig 52,6%-os három évre összesített részvételi arányt sikerül elérni– ez 3,7 %-os emelkedést jelentett a három évre vonalozóan. Az egyes években a célpopuláció 22,1%-24,3%-a, míg a magyar női populáció 15,5%-16,8%-a jelent meg méhnyak szűrővizsgálaton [36, 49, 50].

Bár a népegészségügyi méhnyak szűrő program a program keretein belül célozta meg az elérendő nagyobb részvételi arányt, azonban a legtöbb kenetvétel ezen a szűrőhálózaton kívül történt: 2006-ban a szervezett programban részt nem vevő (magán) egészségügyi szolgáltatók és a nemzeti szűrőprogramban résztvevők által levett Papanicolaou kenetek arányát 20:1- hez becsülték [36, 50].

A méhnyakszűrés Magyarországon nem tartozik a háziorvosi feladatok közé, így a minőségi indikátorok között sem szerepel. Azonban lakosság szűrővizsgálatokon való nagyobb arányú részvételének elérése a háziorvosok fontos feladata.

3.6. Antibiotikum felírás az alapellátásban. Az APRES study

Az antibiotikumokkal szembeni rezisztencia egyre nagyobb kihívást jelent világszerte.

Az indokolatlan vagy túlzott mértékű antibiotikum felírás az egészségügyi szolgáltatók részéről növelheti az antibiotikumokkal szembeni rezisztenciát és valószínűleg a fölösleges egészségügyi kiadásokat. Az antibiotikumok jelentős részét az alapellátásban írják fel, ezért fontos, hogy a háziorvosok az antibiotikumokat a szükséges mértékben, megfelelően írják fel [51, 52].

Az antibiotikum felírásokat befolyásolhatja az egészségügy rendszere, az orvosok, az egészségügyi dolgozók és a betegek, a lakosság hozzáállása is [53]. Az egészségügyi döntéshozók finanszírozási eszközökkel, a szakmai felügyelet pedig irányelvek, bizonyítékokon alapuló (*evidence based*) felírásokat elősegítő szabályozással segíthet elő a helyes antibiotikum felhasználást [53,54]. Az orvosok folyamatos oktatása, továbbképzése is csökkentheti az indokolatlan felírások számát [55, 56, 57].

Az ambuláns antibiotikum felhasználást több módon lehet mérni, a legelterjedtebb a DDD (*Defined Daily Dose*) vagy a dobozszám lakosságszámra (1000 lakos/nap) vonatkoztatott kifejezése. Korábban inkább a DDD alapján kifejezett adatok használatát javasolták, újabban egyes szerzők szerint a dobozszám alapján mért fogyasztási szokások jobban kifejezik a kórházon kívüli antibiotikum felhasználás időbeli változását, ez alkalmasabb lehet a mérésére és összehasonlítására [58]. Az antibiotikum felhasználás mérésére és értékelésére a minőségi

indikátorok is alkalmasak lehetnek [59]. Az antibiotikumos kezelés indikátor szerepel a felnőtt-vegyes illetve a gyermek körzetek indikátor alapú teljesítményértékelésében is Magyarországon, melynek célja az indikátor értékének, ezáltal a fölösleges antibiotikum kezelések csökkentése [16, 32].

Az antibiotikumos kezelés a 0-18 évesek között (8.) és a 18 éves és annál idősebbek között (11.) indikátorokat a saját alapellátó orvos által felírt, a tárgyhó előtti 12 hónapban kiváltott vények egy hónapra vetített aránya alapján számítják ki.

Az indikátor célértékének kiszámítása az alábbi képlet alapján történik:

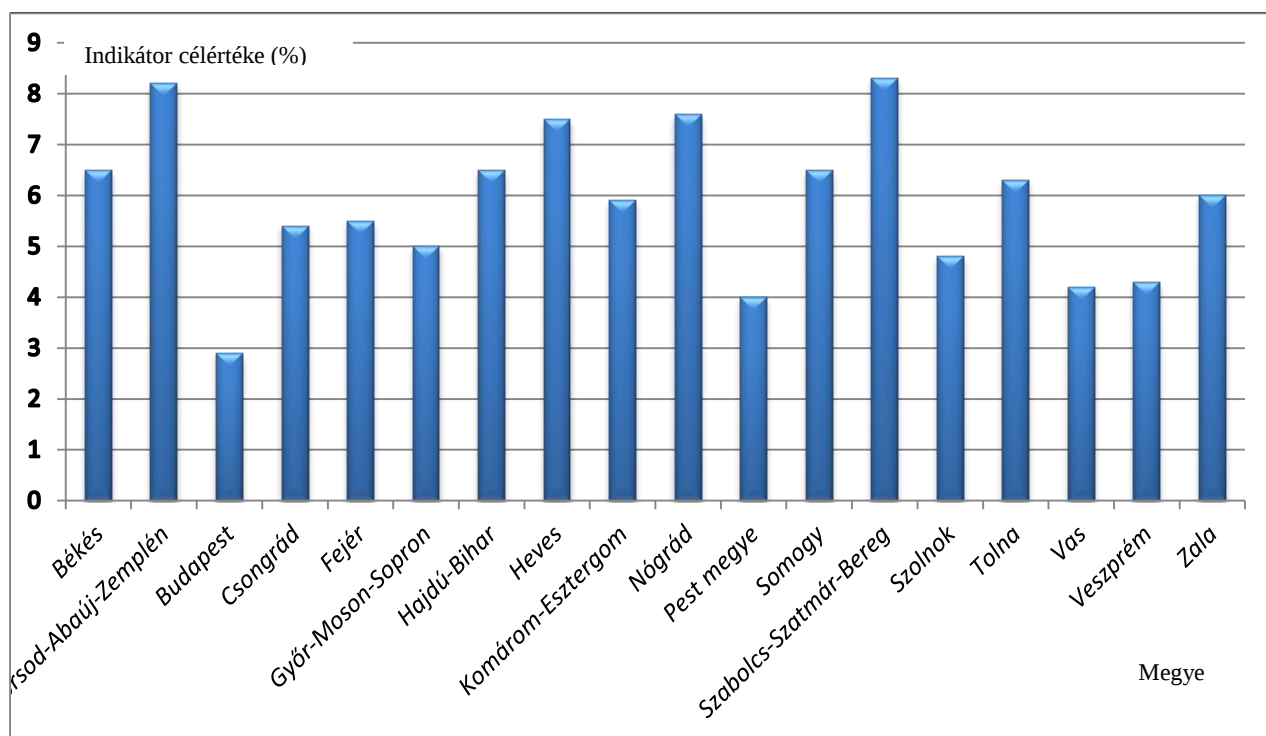
$$\text{HSZA}\% = \text{HSZA} / \text{BB} * 100$$

HSZA%: antibiotikum rendelés százalékos aránya

HSZA: a bejelentkezett biztosítottak által a tárgy hónapot megelőző 12 hónap egy hónapra vetített átlagos kiváltott antibiotikum vények száma

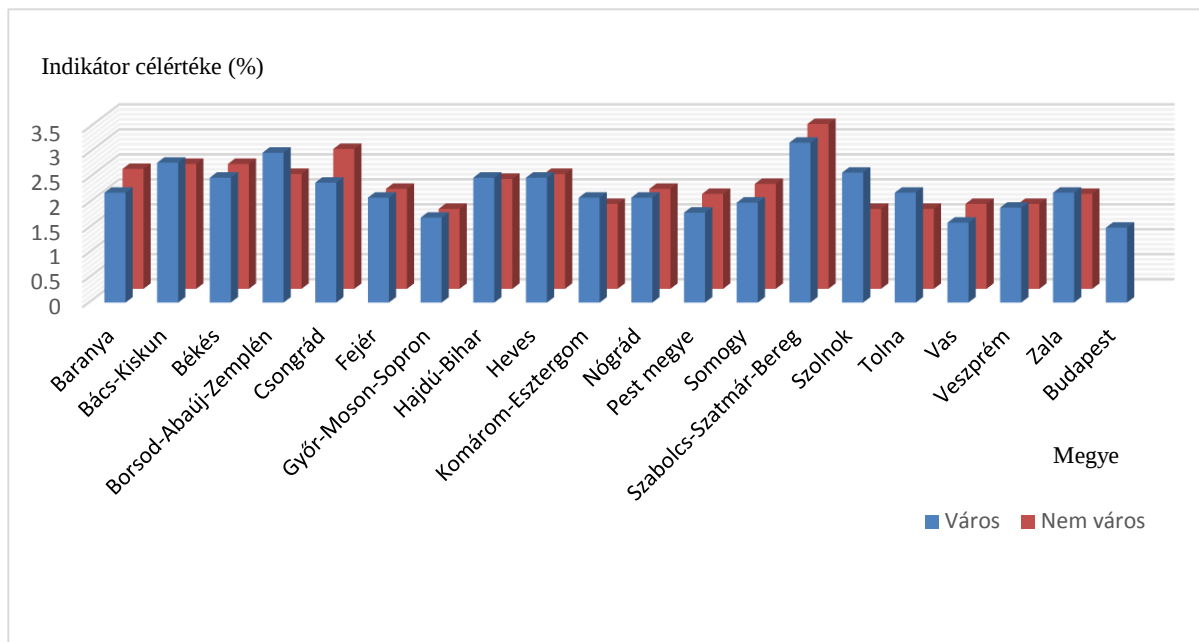
BB: az adott háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett biztosítottak száma x 100

Azok a praxisok kapnak pontot erre az indikátorra, amelyek nem érik el az ellátási területükre vonatkozó célértéket. Minél kisebb indikátor értéket ér el a praxis, annál kevesebb antibiotikum felírásra került sor a bejelentett betegek körében.. A megállapított indikátor célértékek megyénként és korcsoportok szerint is eltérőek a 3.4 és 3.5 ábra szerint.



3.4 ábra. Gyermekkörzetek antibiotikumos kezelés indikátorának célértékei megyénként 2012-ben [32].

Az antibiotikum kiváltási adatok alapján a fővárosban elvárt célértékeknek akár kétszer nagyobb célértéket határoztak meg egyes megyékben (például Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg), amely ezeken a területeken a nagyobb mértékű antibiotikum felhasználást magyarázhat. Ennek okára vonatkozó irodalmi adatot vagy vizsgálatot eddig nem találtunk, de feltételezhető a területek közti gazdasági különbségek szerepe is [32].



3.5 ábra. Felnőtt és vegyes körzetek antibiotikumos kezelés indikátorának célértékei megyénként 2012-ben [32].

Az antibiotikum terápiának egyszerre kell szükségesnek és megfelelőnek lenni. Szükségtelen, amikor nem áll fenn antibakteriális gyógyszer felírásának indikációja (például vírusfertőzés esetében), nem megfelelő pedig akkor, amikor szükséges az antibiotikum, de nem a megfelelő hatóanyag kerül felírásra (nem hatékony a legvalószínűbb kórokozó ellen) [51, 52]. A jelenlegi indikátorok csak a felírás mennyiségét vizsgálják, sem a felírás szükségességét, sem megfelelőségét nem értékelik [32].

Az APRES study

A téma fontosságát felismerve indították az Európai Unió FP7 (Seventh Framework Program) által finanszírozott APRES study-t (*The Appropriateness of PREscribing antibiotics in primary care in Europe with respect to antibiotic resistance*), mely az alapellátásban dolgozó orvosok antibiotikum felírási szokásai és a közösségi regionális rezisztencia mintázatok közötti összefüggéseket vizsgálja. A vizsgálat 9 európai ország részvételével zajlott (Ausztria,

Belgium, Egyesült Királyság, Franciaország, Hollandia, Horvátország, Magyarország, Spanyolország és Svédország) 2009 és 2013 között [51].

A vizsgálat 4 munkacsomagból (*Work package*) állt.

WP 1. Az első csomagot a Nottinghami Egyetem (Egyesült Királyság) koordinálta, a résztvevő országok releváns, az antibiotikumokkal szembeni rezisztenciára vonatkozó irodalmainak és adatbázisainak áttekintését tartalmazta, megadott kulcsszavak alapján.

WP2. A második csomag -a Maastricht-i Egyetem (Hollandia) koordinációjával- szakmai tartalmát orrváladék minták gyűjtése jelentette az egyes országokban. Országonként 20 alapellátási körzetben, körzetenként 200 regisztrált páciensről, Magyarországon összesen 4005 egészséges személytől történt orrváladék mintagyűjtés. A mintákból a nemzeti laboratóriumok (hazánkban a DEOEC Mikrobiológiai Intézet) izolálta a *Staphylococcus aureus* és *Streptococcus pneumoniae* törzseket és az izolált baktériumokat Maastrichtba küldték, ahol a rezisztencia vizsgálatot végezték.

Work Package 2: Resistance data (University of Maastricht)

Data collection for this WP is now finished. A total number of 31,680 swabs have been collected. We would like to thank all countries for their tremendous effort!

Country	Number of collected swabs	Country	Number of collected swabs
Hungary	4005	Austria	3450
Spain	4001	Sweden	3269
The Netherlands	3874	Belgium	3094
Croatia*	3867	United Kingdom*	2255
France	3865	Total	31680

During the summer, all isolates will be sent to the central laboratory in Maastricht for resistance testing on a range of antibiotics. Results for *S. Aureus* are expected in the Summer of 2012. * Numbers are not final

3.6. *ábra.* Az orrváladék mintagyűjtés során begyűjtött minták száma. Forrás: APRES Hírlevél [60].

A vizsgálat második munkacsomagjának feldolgozása és egyes eredményeinek publikálása már megtörtént [61].

WP3. A harmadik csomagban, melyet az Antwerpeni Egyetem (Belgium) koordinált, a vizsgálatban részt vevő alapellátási körzetek (országonként 20 körzet) antibiotikum felírásait gyűjtötték ki a 2006. január 1. és 2011. március 31. közötti időszakra vonatkozóan.

WP4. A negyedik csomagot a holland NIVEL (*Netherlands Institute for Health Services Research*, hollandul: *Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg*) koordinálta, ennek során történt a kapott rezisztencia mintázatok és felírási szokások összehasonlítása az aktuális irányelvekkel és az antibiotikum felírások helyességének vizsgálata [62].

A WP3. és WP4. eredményeinek feldolgozása jelenleg is zajlik, publikálásuk hamarosan várható.

Az APRES study főként azon kórképekre fókuszált, amelyeket legtöbbször *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus pneumoniae* okoz: ezek a bőrfertőzések, illetve a tüdőgyulladás.

A felírási adatok gyűjtése során a felírási dátum, a felírás indikációja (BNO kód- Betegségek Nemzetközi Osztályozása) mellett az egyes hatóanyagok kódja is kigyűjtésre került a háziorvosi szoftverekből [63].

Az antibiotikumok számos osztályozása ismert, a hatóanyagok kódolására Magyarországon, így a vizsgált körzetekben is a legáltalánosabban használt az ATC rendszer (*Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*) [64]. Az ATC rendszer a gyógyszer hatóanyagokat öt szinten osztja fel 14 főcsoportba. Az Apres vizsgálat során a felírásokat hatóanyagok szintjén vizsgáltuk (ötödik szint). A 3.8. táblázat szemlélteti a kód struktúráját és az ATC rendszer öt szintjét egy hatóanyag (a phenoxymethylpenicillin) példáján keresztül.

Első szint (anatómiai főcsoport)	J	Systemás fertőzésellenes szerek
Második szint (terápiás alcsoport)	J01	Systemás antibacteriális szerek
Harmadik szint (farmakológiai alcsoport)	J01C	Beta-lactam antibiotikumok, penicillinek
Negyedik szint (kémiai alcsoport)	J01CE	Beta-lactamase sensitív penicillinek
Ötödik szint (kémiai anyag)	J01CE02	Phenoxymethylpenicillin

3.8. táblázat. Az ATC rendszer öt szintje a phenoxymethylpenicillinre vonatkozóan.

A csoportok és hatóanyagok nomenklatúrája során a WHO által javasolt INN (*International Non-proprietary Names*) nemzetközi nevezéktant használtuk. A szisztémás antibiotikumokat, amelyek az alapellátásban is felírhatók a 3.9. táblázat mutatja be [65].

ATC kód	Hatóanyag	ATC kód	Hatóanyag
J01A Tetracyclinek		J01F Macrolidok, lincosamidok	
J01AA Tetracyclinek		J01FA Macrolidok	
J01AA02	<i>Doxycycline</i>	J01FA01	<i>Erythromycin</i>
J01AA04	<i>Lymecycline</i>	J01FA02	<i>Spiramycin</i>
J01AA06	<i>Oxytetracycline</i>	J01FA06	<i>Roxithromycin</i>
		J01FA09	<i>Clarithromycin</i>
J01C Béta-lactam antibiotikumok, penicillinek			
J01CA Széles spektrumú penicillinek		J01FA10	<i>Azithromycin</i>
J01CA01	<i>Ampicillin</i>	J01FF Lincosamidok	
J01CA04	<i>Amoxicillin</i>	J01FF01	<i>Clindamycin</i>
J01CE Beta-lactamase sensitív penicillinek		J01G Aminoglycoside antibiotikumok	
J01CE01	<i>Benzylpenicillin</i>	J01GB Egyéb aminoglycosideok	
J01CE02	<i>Phenoxymethyl-penicillin</i>	J01M Quinolone antibiotikumok	
J01CE06	<i>Penamecillin</i>	J01MA Fluoroquinolonok	
J01CE09	<i>Procaine benzyl-penicillin</i>	J01MA01	<i>Ofloxacin</i>
J01CR Penicillinek kombinációi, beleértve a béta-lactamase inhibitorokat		J01MA02	<i>Ciprofloxacin</i>
J01CR01	<i>Ampicillin és enziminhibitor</i>	J01MA03	<i>Pefloxacin</i>
J01CR02	<i>Amoxicillin és enziminhibitor</i>	J01MA06	<i>Norfloxacin</i>
J01CR04	<i>Sultamicillin</i>	J01MA12	<i>Levofloxacin</i>
		J01MA14	<i>Moxifloxacin</i>
J01D Egyéb beta-lactam antibiotikumok		J01MB Egyéb quinolonok	
J01DB Első generációs cephalosporinok		J01MB02	<i>Nalidixic acid</i>
J01DB01	<i>Cefalexin</i>	J01X Egyéb antibakterialis szerek	
J01DB05	<i>Cefadroxil</i>	J01XA Glycopeptid antibiotikumok	
J01DC Második generációs cephalosporinok		J01XA01	<i>Vancomycin</i>
J01DC02	<i>Cefuroxime</i>	J01XB Polymyxinek	
J01DC04	<i>Cefaclor</i>	J01XC Steroid antibakterialis szerek	
J01DC10	<i>Cefprozil</i>	J01XC01	<i>Fusidic acid</i>
J01DD Harmadik generációs cephalosporinok		J01XD Imidazole-származékok	
J01DD04	<i>Ceftriaxon</i>	J01XD01	<i>Metronidazole</i>
J01DD08	<i>Cefixime</i>	J01XE Nitrofurán származékok	
J01DD14	<i>Ceftibuten</i>	J01XE01	<i>Nitrofurantoin</i>
J01DE Negyedik generációs cephalosporinok		J01XX Egyéb antibakterialis szerek	
J01DH Carbapenemek		J01XX01	<i>Fosfomycin</i>
J01E Sulfonamidok és trimethoprim			
J01EE01	<i>Sulphamethoxazole és trimethoprim</i>		

3.9. táblázat. Az alapellátásban is rendelhető szisztémás antibiotikumok csoportosítása az ATC rendszer szerint [64].

3.7. Elhízott betegek az alapellátásban

A túlsúly és az elhízás jelentős népegészségügyi probléma. Hazánkban az elhízással kapcsolatos betegségek előfordulása is növekedést mutat, így fontos a megelőzés minden szintje, melyet elsősorban az alapellátás szereplői végez(het)nek [66].

A kötelező egészségbiztosítás keretein belül igénybe vehető szűrő vizsgálatokat Magyarországon rendelet határozza meg [67]. A magyar háziiorvosi indikátorrendszer gyermekeknél a hat éves kor alatt évente kötelező szűrővizsgálatok elvégzését értékeli, egy indikátorral (4.). A jogszabály által előírtak szerint meg kell mérni a gyermekek testtömegét, testhosszát vagy testmagasságát és tápláltsági állapotát a 3.10. táblázatban felsorolt gyakorisággal elvégzett vizsgálatokkal. Az antropometriai adatok rögzítése csak javasolt, de kötelezően ajánlható [67].

0.-4. nap	testtömeg, testhossz
1., 3., 6. hónap	testtömeg, testhossz
1.- 6. év között évente	testtömeg, testmagasság a fejlődés és tápláltsági állapot értékelése
6. - 18. év között kétfévente	testtömeg, testmagasság a fejlődés és tápláltsági állapot értékelése
16. év	testtömeg, testmagasság a fejlődés és tápláltsági állapot értékelése
21. év	testsúly, haskörfogat, testmagasság, testtömegindex meghatározása
21.-40. év között ötévente - kis kardiovaszkuláris kockázatú egyéneknél kétfévente - nagy kardiovaszkuláris kockázatú egyéneknél	testsúly, haskörfogat, testmagasság, testtömegindex meghatározása
40.- 60. életév között ötévente - kis kardiovaszkuláris kockázatú egyéneknél kétfévente - közepes és nagy kardiovaszkuláris kockázatú egyéneknél	testsúly, haskörfogat, testmagasság, testtömegindex meghatározása
65. év felett kétfévente	testsúly, haskörfogat, testmagasság, testtömegindex meghatározása

3.10.táblázat. Az alapellátásban rögzítendő antropometriai adatok, kötelezően ajánlás alapján [67].

A javasolt vizsgálatok többsége nem kötelező, de a háziorvos köteles felajánlani a biztosítottaknak illetve gyermekeknél törvényes képviselőjüknek azok lehetőségét.

A hat évnél idősebbek tápláltsági állapotának vizsgálatát nem értékeli indikátor.

A kedvezőtlen folyamatok megfordításához szükségesek lennének a megbízható és reprezentatív adatok, melyet az utóbbi években csak kevés hazai, a lakosság tápláltsági állapotát felmérő kutatásban vizsgáltak [68]. Az elhízás diagnózisát és kezelését sokszor a háziorvosok negatív hozzáállása is akadályozhatja, amihez gyakran a problémával kapcsolatos ismeretek hiánya is társul [69]. Az orvosok negatív attitűdje nemzetközi vizsgálatok eredményei alapján csökkenthető az ismeretek körének bővítésével, egyes tanulmányok szerint a súlycsökkentés módszereinek ismerete elősegítheti a hatékony kommunikációt és optimistábbá teheti az orvost és a betegeket is a sikeresség tekintetében [70, 71].

Az elhízás szövődményeinek megelőzésében fontos szerepe van a háziorvosnak, hiszen a súlynövekedés ütemének figyelemmel kísérése előrevetítheti és időben való felismerésével esetleg megelőzhetővé teszi a késői komplikációk, mint például a magasvérnyomás- illetve cukorbetegség kialakulását [72, 73]. A betegek részéről a motiváció hiánya és a súlyproblémák említésének akár orvos-beteg kapcsolatot is megrontható, stigmatizálónak számító diagnózisa is leküzdendő akadályt jelent a sikeres kezelés és prevenció érdekében [74]. A háziorvosok és betegek kapcsolatát és a kezelés sikerét nagyban befolyásolják az orvosok elhízással kapcsolatos ismeretei, attitűdjük és terápiás gyakorlatuk [75].

4. CÉLKITŰZÉSEK

Célkitűzésünk a hazai alapellátás egyes elemeivel kapcsolatos vizsgálatok elvégzése, bemutatása és minőség javító szempontból való értékelése.

4.1. A háziiorvosi indikátorok finanszírozása, antibiotikum rendelések vizsgálata

4.1.1. A háziiorvosi indikátorok hazai gyakorlata és finanszírozása

Hazánkban a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése 2010. január 1.-től indult, eddigi tapasztalatait értékelő tudományos közleményt nem találtunk. Célunk volt a hazai indikátorok finanszírozásával kapcsolatos adatok keresése és ismertetése.

4.1.2. Antibiotikum felírások és kiváltások vizsgálata

Vizsgálataink célkitűzése volt a minőségi indikátorokhoz kötött finanszírozás bevezetésével kapcsolatos néhány adat nem teljes körű összehasonlítása az APRES vizsgálatban részt vevő 20 praxisban és országosan. Az indikátorok közül az antibiotikum felírást választottuk ki és az APRES vizsgálatból nyert, 20 praxisra vonatkozó felírási adatokat illetve azok változásait elemeztük. Országos éves antibiotikum kiváltási adatokból is indikátort képeztünk. Befolyásolhatta-e a háziiorvosi indikátorok bevezetése a háziorvosok általi felírást – illetve országos szinten az antibiotikum fogyaszt - kiváltást?

4.2. Nemzetközi kitekintés: minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők Európában

Munkánk másik célkitűzése volt áttekinteni a minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők alkalmazását Európában és Magyarországon, amelyek önmagukban és más minőségjavító módszerekkel együtt is alkalmazva egyre gyakrabban használt eszközök a különböző alapellátási rendszerekben.

4.3. Az emlő és méhnyak daganatok szűrővizsgálatának rendszere, eredményei és az alapellátás lehetőségei a korai felismerésében

A szekunder prevenciós tevékenységek közül az emlő és méhnyak daganatok szűrésével kapcsolatos részvételi adatokat vizsgáltunk. Bemutatom a mammográfiás szűrővizsgálatokra vonatkozó országos részvételi arányokat 2002-2010 között, valamint a házi orvosok indikátor alapú teljesítményértékelésének bevezetése előtti (2009.) és utáni (2010.) évben a mammográfiás szűrésen részt vevők számára vonatkozó adatokat megyénkénti bontásban.

Az alapellátás szereplőinek bevonásával indult védőnői méhnyakszűrő program kezdeti eredményeinek bemutatása után vizsgáljuk az emlő- és méhnyakrák az incidencia és mortalitási adatait is. Keresni kívánjuk azokat a lehetőségeket is, amelyek a házi orvosi szolgálatok munkatársainak bevonásával eredményesebbé tehetné ezeket a tevékenységet.

4.4. A házi orvosok elhízással kapcsolatos ismeretei, gyakorlata, attitűdjei

A vizsgálat célja volt felmérni a magyar háziorvosok és házi gyermekorvosok túlsúlyossággal és elhízással kapcsolatos ismereteit, attitűdjeit és gyakorlatát illetve ezek kölcsönhatásait. Ezeken túl azonosítani azokat a faktorokat és korlátokat, amelyek befolyásolhatják az orvosok hajlandóságát és képességét az elhízás és túlsúly kezelésére.

5. MÓDSZEREK

5.1. A háziorvosi indikátorok finanszírozása, antibiotikum rendelések vizsgálata

5.1.1. A háziorvosi indikátorok hazai gyakorlata és finanszírozása

Irodalomkutatás mellett kormányzati honlapokon található információkat [16, 22, 24, 29, 32, 33], valamint az OEP Finanszírozási Főosztálya által rendelkezésünkre bocsátott finanszírozási adatokat használtuk fel, amelyek a kutatást közvetlenül megelőző időszakra vonatkoztak (2012. december).

5.1.2. Antibiotikum felírások és kiváltások vizsgálata

Az APRES study során hazánkban 20 alapellátási körzetben (5 gyermek, 2 vegyes és 13 felnőtt körzet) gyűjtött 2006. január 1. és 2011. március 31. között történt antibiotikum felírásokat vizsgáltuk. Az adatgyűjtés a részt vevő alapellátási körzetek számítógépes adatbázisából történt. A nyers adatokat adathordozóra (pendrive-ra) másoltuk, illetve ahol az adatok kinyeréséhez szükséges volt, a program fejlesztőivel is felvettük a kapcsolatot. Az adatokat a vizsgálat protokolljának megfelelően Excel táblázatba gyűjtöttük. Az APRES vizsgálat magyarországi ágának etikai engedélyeztetése is megtörtént. (TUKÉB-ETT engedélyszám: 5635-0/2010/1018EKG(401/PI/010)).

a., Az APRES study felírási adatainak vizsgálata

A vizsgálatban gyűjtött összes felírási adatot vizsgáltuk a betegek életkora, neme és a felírásnál alkalmazott diagnózis alapján. A diagnózisokat a WHO BNO és ATC kódjai alapján vizsgáltuk [63, 64]. Megkerestük a leggyakoribb megbetegedésekre vonatkozó hazai szakmai irányelveket, majd összehasonlítottuk a felírási adatokkal [54].

c., Antibiotikum kiváltások számának változása a háziorvosi indikátorok bevezetése után országos (OEP) adatok alapján

Vizsgáltuk az antibiotikum felírásokat országos adatok alapján a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelésének bevezetése (2010. január 1.) előtt és után.

Vizsgálatunkban az országban kiváltott összes antibiotikum (dobozszám) mennyiségét vizsgáltuk, nem csak az alapellátásban felírtak Magyarországon. Az adatok forrásai: OEP gyógyszerforgalmi adatok és a Központi Statisztikai Hivatal népességszámbra bontakozó

nyilvános adatai voltak [76, 77]. A gyógyszerforgalmi adatokat szűrtük Excel programmal a J01 ATC kódokra, majd indikátorokat számoltunk [47].

Az indikátor kiszámítása a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelése - antibiotikus kezelés indikátorának analógiájára a következőképpen történt [32].:

Indikátor (%) Antibiotikum rendelés százalékos aránya=

Magyarország népessége által a tárgyhónapot megelőző 12 hónap egy hónapra vetített átlagos kiváltott antibiotikumok száma (doboz) / Magyarország népessége (fő) x 100

b., A felírások számának változása a háziorvosi indikátorok bevezetése után az APRES vizsgálatban részt vevő 20 körzetben

Az APRES vizsgálat antibiotikum felírási (az antibiotikum felírást eredményező konzultációk adatai a 20 körzetben, dátum, dobozszám, ATC kód alapján 2006. január 1. és 2011. március 31. közötti időszakban), illetve a praxisokba bejelentkezettek számára vonatkozó (denominátor) adatokból indikátorokat képeztünk, az OEP háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelésében használt antibiotikus kezelés indikátor analógiájára:

Indikátor (%): antibiotikum rendelés százalékos aránya =

a bejelentkezett biztosítottak által a tárgyhónapot megelőző 12 hónap egy hónapra vetített átlagos kiváltott antibiotikum vények száma /

az adott háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett biztosítottak száma x 100

A fenti indikátor számítási módszerrel kiszámoltuk a 20 körzet összesített évenkénti indikátorát 2007.-2010. évekre. Az egyes körzetek felírási adataiból és a praxisba bejelentkezettek számából is indikátorokat számoltunk 2009. és 2010. évekre, majd megvizsgáltuk praxistípus szerint is az indikátorváltozást.

5.2. Nemzetközi kitekintés: minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők Európában

Az adatokat két forrásból nyertük:

1. Irodalomkutatást végeztünk a releváns kulcsszavakkal: *quality, indicator, quality indicator, quality of care, healthcare quality indicator AND financial incentive, pay for performance, incentive, incentive reimbursements AND primary care, primary health care, general practice,*

family practice, family medicine general practitioner, family physician AND Europe, European, European Union.

Független kereséseket több adatbázisban végeztük: Medline, PubMed, Embase, Cochrane Library, Web of science, Google Scholar.

Elsősorban angol nyelvű publikációkat kerestünk 2000. januártól 2012. decemberig.

A „szürke” irodalmak keresésére a Google és Google Scholar keresőket is használtuk.

2. A vizsgálat során másik forrásunk egy alapellátási szakértőkből álló európai hálózat tagjai voltak voltak (EGPRN: European General Practice Research Network).

Kérdőívet szerkesztettünk angol nyelven (5.1. táblázat) és kiküldtük az EGPRN tagjainak, akik adatot szolgáltatottak és nemzeti (helyi) hivatalos honlapokat ajánlottak, ahol ezek az információk hozzáférhetőek [78]. Kérésünkre, amennyiben angol nyelvű változat nem volt, segítettek a fordításban is.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- The country where you are working:- The QI system was introduced in (date):- How many quality indicators are there in your country?- Are QI integrated in the computer software you use? (yes/no)- Is there a direct feedback / real time warning about the QI during the doctor-patient consultation or you get your monthly QI report after a certain time? (yes/no)- Does QI modify your income? (yes/no)- How many (%) of your income is based on QI?- What are the main groups /subgroups of QI?- Where can I find more information about Quality Indicators in your country? <p>Please specify available (governmental, insurance) homepage.</p> |
|--|

5.1. táblázat. Az eredeti kérdőív. Primary care quality indicators (QI) in European countries.

5.3. Az emlő és méhnyak daganatok szűrővizsgálatának rendszere, eredményei és az alapellátás lehetőségei a korai felismerésében

A magyarországi emlő- és méhnyak szűrésen megjelentek számáról és arányáról az irodalmakban és a hivatalos honlapokon talált adatok mellett az ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatalból kértünk adatokat 2011. november végén. Az emlőszűrésen részt vettek arányáról megyénkénti, településtípus szerinti és országos összesített 2002-2010. évekre vonatkozó adatokat igényeltünk, melyet Excel táblázatban kaptunk meg. A háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelését, köztük a *mammográfia indikátort* 2010. január 1-től vezették be, megvizsgáltam a mammográfiás szűrésen részt vevők számára vonatkozó 2009-es és 2010-es adatokat megyénkénti bontásban. A népegészségügyi méhnyakszűrő programról országos adatokat nem kaptunk. A védőnői méhnyakszűrésről a Védőnői Szakfelügyeleti Osztály *”Szakmai összefoglaló, Védőnői Méhnyakszűrő Program (VMP II.) megvalósítása (2010)”* és *„Beszámoló a 2011. évi Védőnői Méhnyakszűrő Programról (VMP 2011)”* anyagokat bocsátotta rendelkezésünkre az Országos Szűrési Koordinátor 2012 decemberében. A mortalitási adatokat a WHO HFA (*Health for All*) letöltött adatbázisából nyertük 2013. decemberben [79]. Az kereséskor a magyarországi mortalitási adatokat ország BNO (C50, C53), nem (nők) és időszak (2001-2010) alapján szűrtük [63, 64]. A daganatos megbetegedések incidenciájáról a Nemzeti Rákregiszter akkor még nem publikált 2001-2010 évekre vonatkozó évenkénti, országos adatokat BNO szerint csoportosítva az Országos Onkológiai Intézetből kaptuk Excel táblázatban. Vizsgálatunk idején még nem működött a Nemzeti Rákregiszter Online lekérdező felülete, ahol most az adatszolgáltatás évenkénti bontásban már megtalálható [80].

5.4. A magyar háziorvosok elhízással kapcsolatos ismereteinek, gyakorlatának és attitűdjeinek vizsgálata

A vizsgálat keresztmetszeti felmérés (cross sectional survey) volt egy nemzetközileg publikált kérdőív magyar nyelvű változatával [75]. A kérdőív magyar változatának elkészítésében és adaptálásában mind a négy magyar orvosi egyetem szakértői részt vettek, a pilot vizsgálatot a Semmelweis Egyetem munkacsoportja végezte el.

A kérdőív három fő területen belül (ismeretek, attitűd, terápiás gyakorlat) összesen 81, főleg többszörös választásos kérdést tartalmazott, kitöltése anonim módon, anyagi ellenszolgáltatás

nélkül zajlott. A kizárási kritériumok a vizsgálatban való részvétel visszautasítása illetve a kérdőívek hiányos kitöltése voltak. A teljes kérdőívet az értekezés 13.4. mellékletében mutatom be. Az adatok feldolgozása, az összefüggések keresése STATA 10.1 szoftverrel történt. ANOVA, párosítatlan és párosított t-, Fischer exact és chi-square tesztekkel. A még kifinomultabb összehasonlítás érdekében Kayser-Meyer-Olkin faktoranalízist végeztünk a válaszadók karakterisztikájára vonatkozóan. Ward-féle hierarchikus eljárással három klasztert hoztunk létre három minőségi jellemzőre adott válaszok alapján (hivatástudat, szakmai készségek, tanácsadás).

6. EREDMÉNYEK

6.1. A háziorvosi indikátorok finanszírozása, antibiotikum rendelések vizsgálata

6.1.2. A háziorvosi indikátorok hazai gyakorlata és finanszírozása

Az indikátorok értékelési rendszere és a jogszabályi környezet többször változott a bevezetés óta. A 6.1. táblázat felsorolja az indikátorokat és az azokra 2012 decemberében kifizetett díjazást.

SZAKMAI INDIKÁTOROK	INDIKÁTOR DÍJAZÁSÁRA KIFIZETETT ÖSSZEG (Ft)	(%)
<i>Felnőtt és vegyes praxisok</i>		
Influenza elleni védőoltás	8.113.416	3.24
Mammográfia	11.174.892	4.47
Magas vérnyomás betegség gondozása 1.	10.275.646	4.11
Magas vérnyomás betegség gondozása 2.	12.639.955	5.06
Magas vérnyomás betegség gondozása 3.	12.498.500	4.99
Vérzsír vizsgálat diabetes mellitusban és/vagy magas vérnyomás betegségben szenvedők körében	12.023.618	4.81
Ischaemiás szívbetegség gondozása	8.446.844	3.38
Diabetes gondozása 1 (Hgb1Ac)	14.468.757	5.79
Diabetes gondozás 2 (szemészet)	11.821.540	4.73
Beutalási gyakorlat	19.045.815	7.62
Antibiotikumos kezelés	15.741.846	6.30
Gyógyszer indikátor 1. – savtermelés zavarával járó betegségek gyógyszerei	13.974.758	5.58
Gyógyszer indikátor 2. – vércukorszint-csökkentő gyógyszerek, kivéve insulinok	7.859.277	3.14
Gyógyszer indikátor 3. – a renin-angiotensin rendszerre ható készítmények	14.108.896	5.64
Gyógyszer indikátor 4. – lipidszintet módosító anyagok	14.057.070	5.62
<i>Gyermek praxisok</i>		
Meningococcus védőoltás	6.895.898	2.75
Colecalciferol készítmény adása	7.047.457	2.85
Kizárólag anyatejes táplálásban részesült csecsemők aránya	5,209,813	2.08
Szűrővizsgálatok végzése	7.066.401	2.83
Vaspótló kezelés	8.581.984	3.43
Beutalási gyakorlat	10.552.240	4.22
Ügyeleti ellátásban részesültek	7.066.401	2.83
Antibiotikumos kezelés	11.328.976	4.53
ÖSSZESEN	250.000.000	100

6.1. táblázat. A szakmai indikátorok és az indikátorok díjazására kifizetett összegek 2012 decemberében (Forrás: Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály)

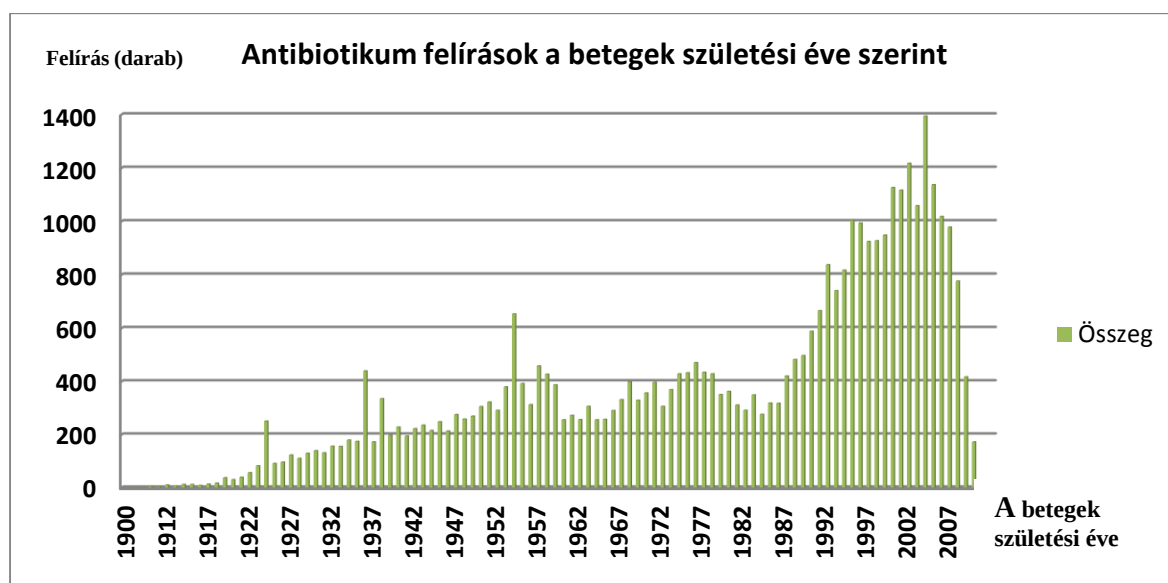
Az OEP finanszírozási Főosztályától kapott, egy hónapra vonatkozó adatok alapján az összfinanszírozás háromnegyedét a felnőtt és vegyes, egynegyedét a gyermekpraxisok kapták 2012 decemberében. A finanszírozás zárt kasszából történik, összege 250 millió forint volt minden hónapban, a szolgáltatók által elért tárgyhavi pontértékek arányában szétosztva.

Az értékelés alapját a 15 felnőtt és vegyes, illetve 8 gyermek körzetekre vonatkozó indikátor képezte. A legnagyobb összegű kifizetés a felnőtt és vegyes-, illetve a gyermekkörzeteknél is a beutalási gyakorlat és az antibiotikus kezelés indikátorokra történt.

6.1.2. Az antibiotikum felírások és kiváltások vizsgálata

a., Az APRES study felírási adatainak vizsgálata

A 2006. január 1. és 2011. március 31. közötti antibiotikum felírásokat vizsgálva az APRES vizsgálatban résztvevő 20 körzetben 130.688 antibiotikum felírás történt a betegellátások során. A felírások életkor szerinti megoszlásánál látható volt, hogy fiatalabb betegeknek (csecsemők, kisgyermekek) számára több antibiotikum kerül felírásra.



6.1. ábra. Antibiotikum felírások száma (darab) a betegek születési éve alapján a vizsgált periódusban (2006. január és 2011. március között).

Megvizsgáltuk évente hány fő részére történt antibiotikum rendelés, illetve elemeztük a felírások számának nemek közötti megoszlását. A kapott eredmények szerint a nők részére 5-10%-al gyakrabban történtek antibiotikum rendelés a vizsgált körzetekben.

Felírás éve	Férfi	Nő
2007	1350	1417
2008	1348	1419
2009	1348	1421
2010	1350	1420
2011	1346	1413

6.2. táblázat. Az antibiotikum felírások száma évenként, nemek szerinti bontásban 2007-2011 között.

Az összes hatóanyag csoport közül a szűk spektrumú *penicillinek* (J01CE) alkalmazása ritka, felírásuk gyakorisága pedig 2006 (1077 felírás) és 2010 (776 felírás) között 30 százalékkal csökkent. Az öt év alatt a legtöbbet felírt hatóanyag az *amoxicillin* volt, 23.401-szer önmagában (J01CA04), 26.886-szor enziminhibitorral forgalmazott változatát (J01CR02) írták fel. A harmadik és negyedik leggyakrabban alkalmazott két antibiotikum, a *macrolidok* közé tartozó *clarithromycin* (J01FA09) és *azithromycin* (J01FA10) volt a vizsgált körzetekben. Az ötödik leggyakoribb antibiotikum, a *sulphamethoxazole és trimethoprim* (J01EE01) kombinációs készítményének alkalmazása pedig évről évre csökkenő tendenciát mutat.

A vizsgálatban részt vevő 20 körzetben a vizsgált öt év alatt a leggyakoribb megbetegedések a 6.3. táblázatban láthatók. A vizsgált körzetekben dolgozó orvosok leggyakrabban mandulagyulladás (tonsillitis), garatgyulladás (pharyngitis) diagnózisra írtak fel szisztémás antibakteriális szereket.

Felírás gyakorisági sorrendje	BNO kód	Felírások (darab)
1.	J03.90 Heveny mandulagyulladás, k.m.n.	22,021
2.	J02.90 Akut garatgyulladás, nem meghatározott	20,473
3.	J20.90 Heveny bronchitis k.m.n.	13,106
4.	J06.90 Felső légúti fertőzés, k.m.n.	11,661
5.	N30.00 Akut cystitis	5,836
6.	J01.90 Akut sinusitis, k.m.n	4,961
7.	J00.00 Akut nasopharyngitis (common cold)	3,233
8.	J01.00 Akut sinusitis maxillaris	2,931
9.	J04.10 Akut tracheitis	2,820
10.	J40.00 Bronchitis, k.m.n.	2,407

6.3. táblázat. Az antibiotikum felírásoknál 10 leggyakrabban használt BNO kód a vizsgálatban részt vevő 20 alapellátási körzetben.

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelvei közötti keresés során a „A heveny tonsillopharyngitis antimikrobás kezeléséről” szóló szakmai irányelvet, mint vonatkozó irányelvet azonosítottuk a két leggyakrabban előforduló betegség esetében. A

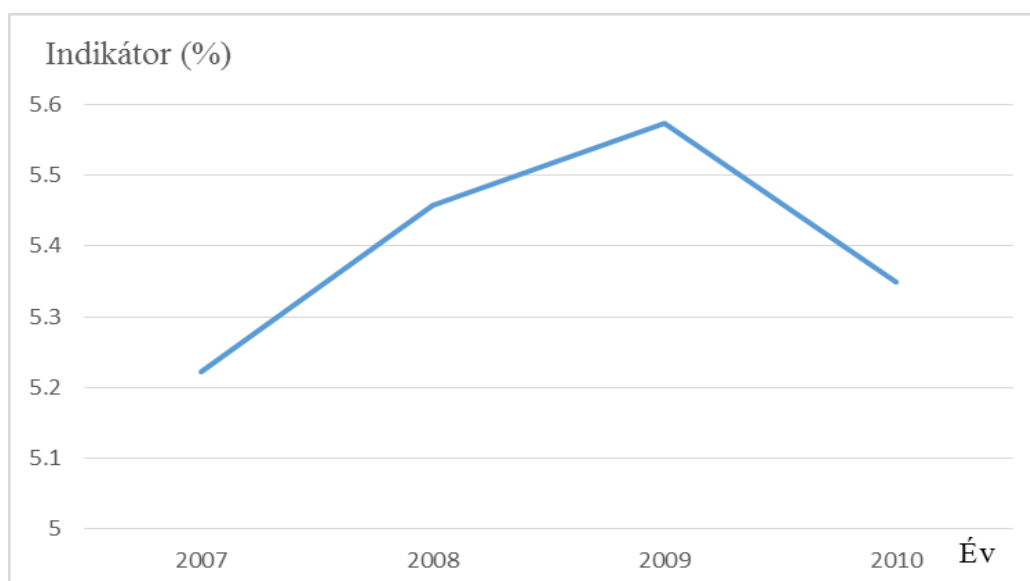
pharyngotonsillitisek esetében az antimikróbás kezelés kevés kivétellel a *Streptococcus pyogenes* ellen irányul. Az APRES vizsgálat ennek a baktériumnak a prevalenciáját, illetve rezisztenciáját nem vizsgálta, így ezekre vonatkozó adatok nem állnak rendelkezésre, csak a felírási adatokat állt módunkban elemezni. Megvizsgáltuk a két leggyakoribban használt BNO kóddal dokumentált (J03.90 *Heveny mandulagyulladás, k.m.n.*, illetve J02.90 *Akut garatgyulladás, nem meghatározott*), összesen 42.494 darab antibiotikum felírást, a használt antibiotikum csoportok ATC kódja alapján.

A legtöbb felírás tonsillopharyngitisek esetében is a *széles spektrumú penicillinek* (J01CA) és ezek enziminhibitorral kombinált változatára (J01CR) történt. A *macrolidok* (J01FA) és *cephalosporinok* (J01DB, J01DC, J01DD) mellett 2544 alkalommal *sulphamethoxazole és trimethoprim* felírás történt. A J01CE ATC kóddal jelzett, *beta-lactamase sensitiv penicillineket* mindössze 2499-szer rendelték a kollegák a vizsgált időszakban.

A *széles spektrumú penicillinek* (J01CA =29%, illetve J01CR=24%) és *macrolidek* (J01FA=19%) mellett a *szűk spektrumú, beta-lactamase sensitiv penicillineket* mindössze a felírások 6%-ában alkalmazták. Szintén 6% volt a felírt *sulphamethoxazole és trimethoprim* kombináció aránya.

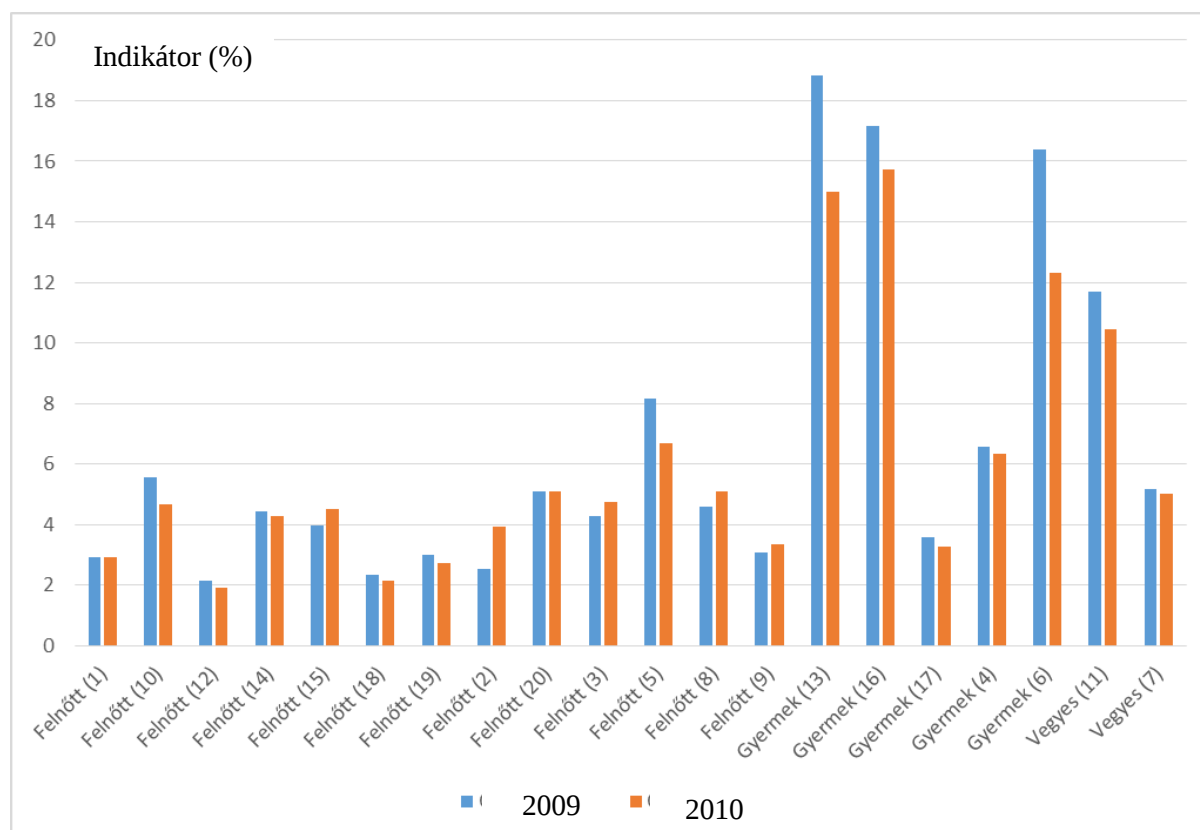
b., A felírások számának változása a háziorvosi indikátorok bevezetése után az APRES vizsgálatban részt vevő 20 körzetben

A 20 körzet összesített évenkénti indikátorának értéke a legalacsonyabb 2007-ben (5,22%), a legmagasabb 2009-ben (5,57%) volt.



6.2. ábra. Az APRES vizsgálatban részt vevő 20 körzet összesített indikátora 2007.-2010.években

A 20 körzet összesített indikátora csökkent 2010-ben, a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelésének bevezetése utáni évben. Az egyes körzetekre vonatkozó éves indikátor értékek a praxis típusát is megjelölve a 6.3. ábrán láthatók.



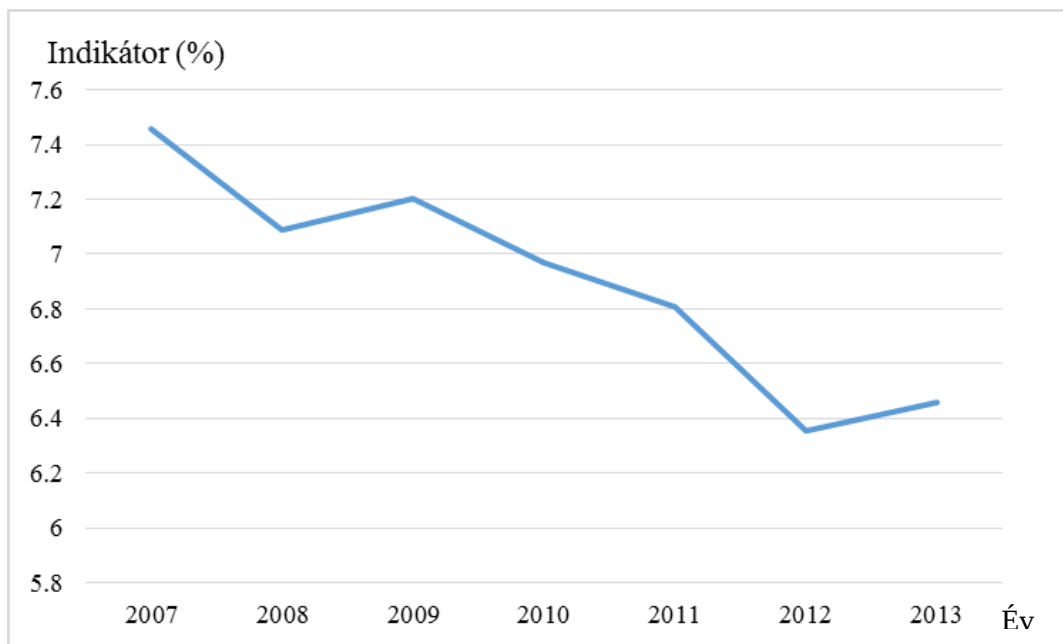
6.3. ábra. Az APRES vizsgálatban részt vevő 20 körzet indikátor értékének változása 2009-ben és 2010-ben között körzetenként, praxistípus szerint. (Zárójelben a körzet vizsgálati sorszáma.)

A részt vevő körzetek többségében csökkent a felírások száma 2010. január 1.-től az előző évi antibiotikum felírásokhoz képest.

c., Antibiotikum kiváltások számának változása a háziorvosi indikátorok bevezetése után országos (OEP) adatok alapján

Év	Kiváltott antibiotikumok (doboz/év)	Népességszám (fő)	Indikátor(%)
2007	9009084	10066158	7.46
2008	8545464	10045401	7.09
2009	8658109	10014324	7.20
2010	8349720	9985722	6.97
2011	8158827	9985722	6.81
2012	7575878	9931925	6.36
2013	7679126	9908798	6.46

6.4. táblázat. Országos antibiotikum kiváltási adatokból számolt indikátorok.



6.4. ábra. Az országos antibiotikum (J01) kiváltásokból számolt indikátor változása.

Az országos adatokból számított indikátorok alapján is megfigyelhető a 2010. január 1. utáni antibiotikum felírások számának csökkenése.

6.2. Nemzetközi kitekintés: minőségi indikátorokhoz kapcsolódó anyagi ösztönzők Európában

Az irodalmak és kapott információk feldolgozása során 57 relevánsnak tűnő publikációt találtunk. Miután kizártuk az Európán kívülieket és a duplikációkat (n=29) 28 maradt további elemzésre. A legtöbb közlemény az Egyesült Királyság rendszeréről, a QOF-ról született [4, 5, 6, 10, 17, 21, 25, 26, 27, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88].

Az irodalomkeresés csupán néhány cikket eredményezett más európai országokból (n=11), ahol mind az anyagi ösztönzők, mind a minőségi indikátorok leírása szerepel vagy vizsgálják azokat. Találtunk publikációkat a spanyol és a litván minőségi indikátor rendszerekről is [89, 90]. Több közleményben csupán helyi eredményekről vagy elméleti kalkulációkról számoltak be [12, 18, 21, 91, 92, 93, 94, 95, 96]. A 44 kiküldött angol nyelvű kérdőívre 30-an (68%) válaszoltak. A kapott információk összefoglalását 6.5. táblázatban mutatjuk be.

Ország	Év	Szám	Terület	Bevétel növekedés
Egyesült Királyság	2004	134	Klinikai, szervezeti, betegelégedettségi, kiegészítő szolgáltatások	25%
Észtország	2006	11	Minőségi Bónusz Rendszer: prevenció, követés, átfogó betegellátás	6 %
Spanyolország	2006	66	Háziorvos, nővér, szociális munkás, gyermekgyógyász indikátorok	1-2%
Portugália	2006	40	Hozzáférés ellátáshoz, kardiovaszkuláris kockázat, diabetes, terhes gondozás, gyermek ellátás	10%
Magyarország	2009	15 felnőtt, 8 gyerek	Prevenció, gondozás, gyógyszerfelírás	5%
Lettország	2010	21	Diabetes, asztma kontroll, ambulancia vizitek	5%
Hollandia	2010	17-20	Diabetes, COPD (helyi kísérlet)	7%
Olaszország	2010	1	Diabetes (különbözik a 20 régióban)	<1%
Litvánia	2011	22	Populációs szintű ellátások, prevenció, kórházi beutalások, krónikus ellátások	9%
Szlovénia	2011	20	Prevenció, COPD, asztma, diabetes, magasvérnyomás	10%

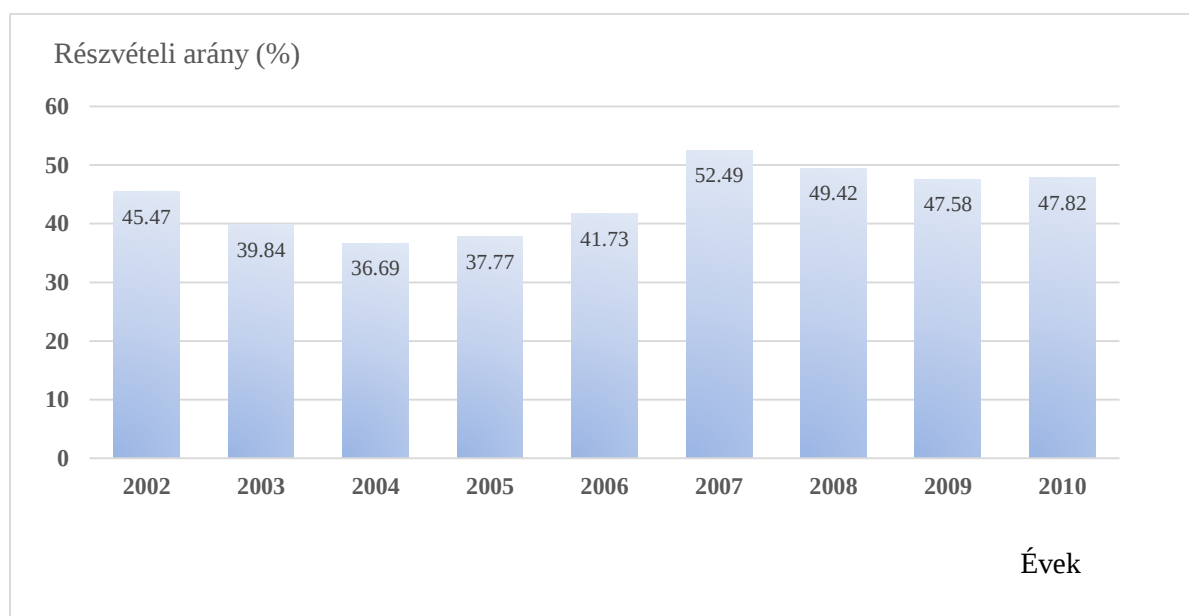
6.5. táblázat. Európai országok alapellátási minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzőkkel (Bevezetés éve, minőségi indikátorok száma és területei, az anyagi ösztönzés mennyisége a bevétel %-ában)

Tíz olyan országot találtunk ahol az alapellátásban minőségi indikátorokat használnak és ezek anyagi ösztönzőkhöz vannak kapcsolva. A minőségi indikátorok száma 1 és 134 között változik, a legtöbbet az Egyesült Királyságban, a legkevesebbet Olaszországban alkalmazzák. 8 országban befolyásolhatja az alapellátási szolgáltatók finanszírozását / bevételét 1-25%-os bónusszal. A nemzeti rendszerek mellett helyi kísérleteket és különféle regionális rendszereket írtak le Hollandiában illetve Olaszországban.

6.3. Az emlő és méhnyak daganatok szűrővizsgálatának rendszere, eredményei és az alapellátás lehetőségei a korai felismerésében

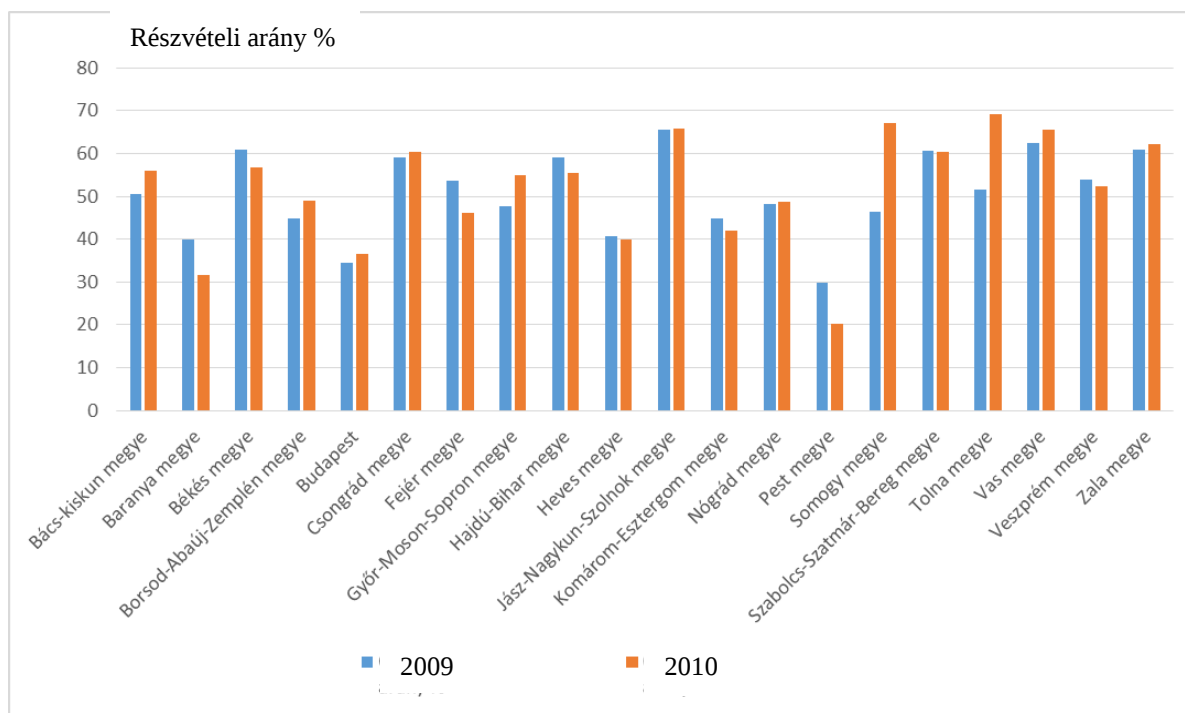
Emlőszűrés

A népegészségügyi célú szűrővizsgálat bevezetése utáni második fázisban (2004-2005) csökkent a részvételi arány az első fázishoz (2002-2003) képest. A résztvevők aránya mélypontját (36,7%) 2004-ben érte el. A részvételi arány 2007-ig kissé emelkedett, majd nem mutatott jelentős változást.



6.5. ábra. A nemzeti emlőszűrő programban résztvevők százalékos aránya (2002-2010).

Az emlőszűrésen részt vevők arányát a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékelésének bevezetése előtti és utáni évben a 6.6. ábra mutatja be. A részvételi arány megyénként jelentős eltéréseket mutat, 2009-ben 23,6% (Pest megye)- 65,59% (Jász-Nagykun-Szolnok megye); 2010-ben 20,3% (Pest megye) - 65,8% (Tolna megye) között alakult.



6.6. ábra. Emlőszűrésen részt vevők aránya (%) megyénként 2009-ben és 2010-ben.

Méhnyakszűrés

A 2009-ben bevezetett Védőnői Méhnyakszűrő Program eredményei alapján a meghívót kapott nők 15,8%-a (2009), 11,1%-a (2010) illetve 14,9% (2011) jelent meg az egyes években szűrésen a védőnők felhívására.

A 6.6. számú táblázat a 2009-ben bevezetett Védőnői Méhnyakszűrő Program eredményeit mutatja.

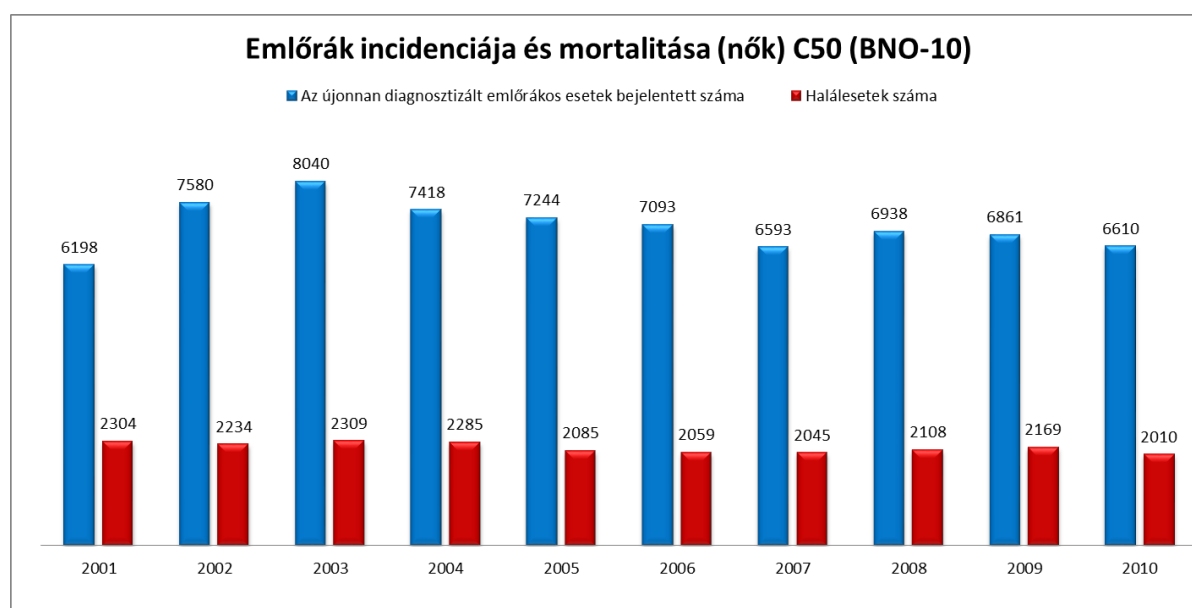
Év	A szűrőprogram hossza [hónap évente]	Részt vevő védőnők [N]	Meghívót kapott (szűrendő) [N]	Szűrésen megjelent [N]	Részvételi arány [%]	Kiszűrt pozitív esetek száma [N]
2009	4,5	110	30,717	4,764	15,8	23
2010	4	213	45,899	5,117	11,1	30
2011	1	181	25,258	3,771	14,9	15

6.6. táblázat. A Védőnői Méhnyakszűrő Program eredményei (2009-2011).

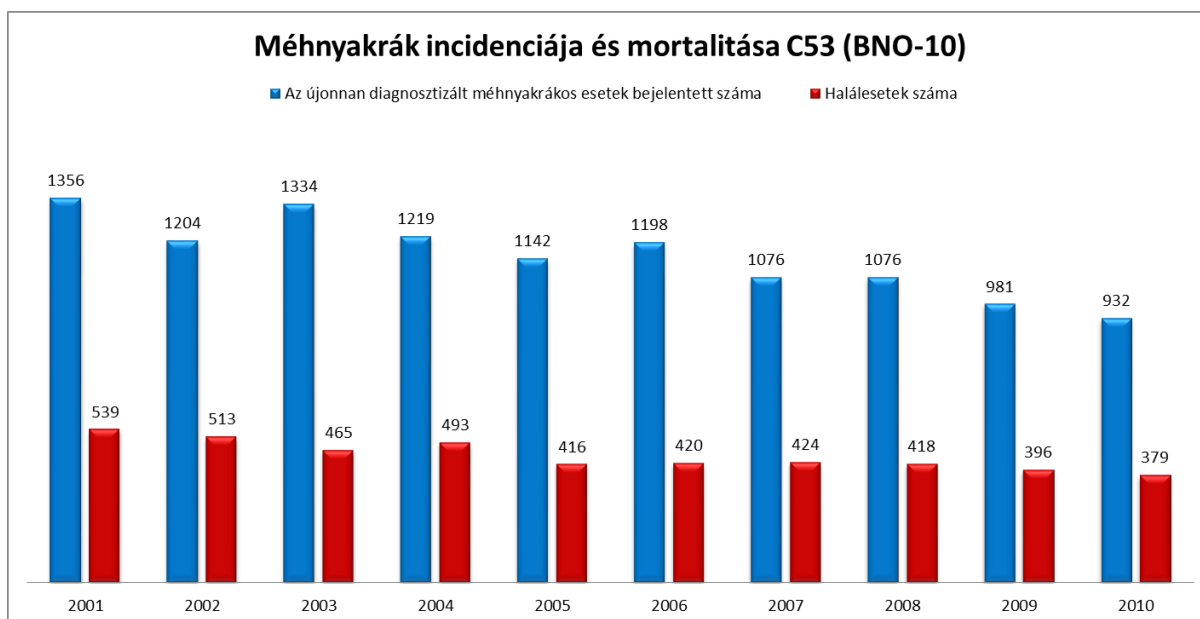
Az emlő- és méhnyakrák incidenciája és mortalitása Magyarországon

Az emlőrák incidenciája 2001-2010 között Magyarországon 6.198-ról 6.610 esetre nőtt (6,6%-os növekedés). A méhnyakrák incidenciája csökkent, 2001-ben 1356 új esetet diagnosztizáltak, 2010-ben 932 esetet (21%-os csökkenés). 2001 után az évenként újonnan diagnosztizált esetek száma 2003-ban volt a legmagasabb, és a későbbi években egy csökkenést mutatott. Az éves mortalitási arány csökkent mind az emlő, mind a méhnyakrák esetében. Az emlőrák mortalitása 2.304 ről (2001) 2.010-re csökkent (2010), ez 12,76 %-os csökkenést jelent. A méhnyakrákra vonatkozó mortalitási adatok 539-ről (2001) 2010-ben 379-ra mérséklődtek (29,68 %-os csökkenés). Az egész évtizedet figyelembe véve az átlagos éves méhnyakrák miatti halálozások száma relatíve magas volt, ez körülbelül 400 halálesetet jelent évente.

Az emlő- illetve méhnyakrák incidencia és mortalitási adatokat 2001-2010 között a 6.7. és 6.8. ábrák mutatják be a BNO-10 szerinti C50-es és C53-as kódszámmal.



6.7. ábra. Az emlőrák incidenciája (nők) és mortalitása Magyarországon 2001-2010 között.



6.8. ábra. Az méhnyakrák incidenciája és mortalitása Magyarországon 2001-2010 között.

6.4. Az elhízott betegek vizsgálatának és kezelésének hazai háziorvosi gyakorlata

A vizsgálatban 308 felnőtt, 84 vegyes, illetve 56 gyermek alapellátási körzetben dolgozó háziorvos vett részt. Földrajzi elhelyezkedés alapján 119 kolléga a fővárosban, 99 nagyvárosokban, 126 kisvárosokban és 99 falvakban praktizált.

Összesen 448 háziorvos (278 nő, 170 férfi; átlagéletkoruk 54.5 ± 9.8 év) és 73 rezidens (központi gyakornok) orvos (55 nő, 18 férfi; átlagéletkoruk 29.9 ± 5.4 év) töltötte ki a kérdőívet. A praxisokhoz tartozó betegek átlagléttszáma 1675 ± 483 fő volt. Az válaszadó orvosok antropometriai paramétereit az 6.7. táblázat foglalja össze.

BMI kategóriák [kg/m ²]	Orvosok			Rezidensek		
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen
Alultáplált (<18.5)	2	5	7	7	7	
Normál (18.5-24.9)	56	158	214	7	41	48
Túlsúlyos (25–29.9)	72	78	150	7	6	13
Elhízott (30 <)	40	37	77	4	1	5
összesen	163	274	448	18	55	73

6.7. táblázat. A válaszadók nemek szerinti és BMI (Body Mass Index) kategóriák szerinti megoszlása.

Az orvosok saját praxisukban a túlsúlyos betegek arányát 34,3%-ra az elhízott betegeket 23,4 %-ra becsülték, nem volt jelentős különbség a becsült értékekben sem életkor, sem településtípus szerint. Az eredményeket a továbbiakban a három fő terület alapján ismertetem.

Ismeretek

A kérdőív kérdései a háziorvosok elhízással kapcsolatos ismeretei közül főleg az okokra és következményekre fókuszált. Ezen kívül voltak állítások, amelyekkel kapcsolatban nyilatkoztak résztvevők, hogy általánosságban egyetértenek azokkal vagy sem (6.8.táblázat).

Az elhízással kapcsolatos állítások	Nem ért egyet [%]	Egyetért [%]
Az elhízás betegség	11,5	88,5
Az optimális testsúly fontos az egészségmegőrzésben	4,4	95,6
A túlsúlyos és elhízott betegeknél kis súlycsökkenés is egészség javító hatású lehet	5,2	94,8
A legtöbb túlsúlyos beteget kezelni kellene, hogy lefogyjon	9,9	90,1
Csak az elhízott betegeknél kellene testsúlyt csökkenteni	70,0	30,0

6.8. táblázat. A háziorvosok elhízással kapcsolatos ismeretei.

A válaszadók többsége betegségnek tekinti az elhízást és fontosnak tarja a súlycsökkentés egészségmegőrző hatását és kezelné is a betegeket a cél érdekében. A legtöbben az elhízás fő okaiként a fizikai inaktivitást, a túl sok zsír fogyasztását, pszichés problémákat valamint hormonális, genetikai tényezőket jelöltek meg. A rossz szocio-ökonómiai helyzet az orvosok 45,7%-a szerint játszik szerepet az elhízás kialakulásában.

Az elhízás kialakulásához vezethet:	Nem ért egyet [%]	Egyetért [%]
Túl sok zsír fogyasztása	11,0	89,0
Elégtelen fizikai aktivitás	2,8	97,2
Genetikai faktorok	26,8	73,2
Ismételt diétázás	41,6	58,4
Stressz, szorongás és depresszió	21,5	88,5
Hormonális problémák	22,9	77,1
Alacsony jövedelem, munkanélküliség	54,3	45,7

6.9. táblázat. Az elhízás okai a háziorvosok szerint.

Az orvosok többsége szerint az elhízás következményei lehetnek orvosi (95,1%) -, lélektani (94,5%) és szociális (84,2%) problémák is. Csupán a résztvevő orvosok 51,3%-a határozta meg pontosan a túlsúly és az elhízás BMI küszöbértéket, a fővárosban (37%) és a falvakban (47%) dolgozó kollégák szignifikánsan kevésbé felkészültek, mint a városokban dolgozó kollégáik ($\approx 60\%$). A fiatalabb orvosok azt elhízást inkább egy betegségnek tekintették, mint csupán egy tünetnek ($53,9 \pm 57,8$ vs. $0.5 \text{ év} \pm 1.5 \text{ év}$, $p = 0,01$). A háziorvosok hetven százaléka nem értett egyet azzal, hogy a testsúlyt csak elhízott betegeknél kell csökkenteni, a gyermekorvosok között ez az arány 55,1% volt. Véleményüket befolyásolta az orvosok saját BMI értéke. Bár sokan egyetértettek abban, hogy nem csak a túlsúlyos betegeknél szükséges súlycsökkentés, hanem már az elhízottaknál is, a 30 kg/m^2 feletti BMI értékű orvosok csupán 46,7%-a volt azonos véleményen ($p = 0,007$).

Azok átlagéletkora, akik a fenti megállapítással egyetértettek, szignifikánsan magasabbnak bizonyult ($56,2 \pm 0,9 \text{ év}$ vs $53,7 \pm 0,6 \text{ év}$, $p = 0,019$).

Attitűdök

A háziorvosok attitűdjét befolyásolta életkoruk mellett saját testsúlyuk is, a normális BMI indexel rendelkező orvosok 94%-a úgy gondolta, hogy a háziorvosnak normál testsúlyú példaképnek kell lenni a betegek szemében, az elhízott orvosoknak azonban csupán 80,8 %-a értett egyet ezzel az állítással ($p=0,004$).

A háziorvosok elhízással kapcsolatos attitűdjei	Nem ért egyet [%]	Egyetért [%]
A háziorvosnak példaképnek kell lennie és normál testsúlyúnak	11,2	88,8
Jól felkészültnék érzem magam a túlsúlyos és elhízott betegek kezelésében	43,4	56,6
Szakmai elégedettséget okoz a túlsúlyos és elhízott betegek kezelése.	29,5	70,5
Az elhízott betegek lustábbak és kevésbé tagadnak meg maguktól bármit, mint a normál testsúlyúak	32,1	67,9
A túlsúlyos betegek lustábbak és kevésbé tagadnak meg maguktól bármit, mint a normál testsúlyúak	34,4	65,5
A túlsúlyos és elhízott betegeknél csak kis százaléka képes testsúlycsökkentésre és annak megőrzésére.	20,4	79,6

6.10. táblázat. A háziorvosok elhízással kapcsolatos attitűdjei a válaszok alapján.

Hasonlóképp az elhízott orvosok kisebb százaléka (52,6%) gondolja az elhízott betegeket lustábbnak, mint nem elhízott kollégáik (67,9%). Az válaszadók 79,6%-a szerint a súlyproblémákkal küzdő betegek csak kis százaléka képes testsúlycsökkentésre és az alacsonyabb súly fenntartására.

Terápiás gyakorlat

A diagnózis felállítása:	Nem ért egyet [%]	Egyetért [%]
Csupán testsúlymérés alapján	54,9	45,1
BMI meghatározás	20,9	79,1
Derék/csípő arány meghatározás	44,4	55,6
Haskörfogat	34,9	65,1
Ideális testsúllyal való összehasonlítás	30,2	69,8
Ránézés alapján történik	77,9	22,1

6.11. táblázat. Az elhízás és túlsúly diagnosztikájának módja a háziorvosok gyakorlatában.

A legtöbb háziorvos a BMI meghatározását használja a diagnózishoz (79,1%), ránézés alapján 22,1% alkot kórismét.

Testsúlycsökkentő tanácsadás és módszerek:	Nem ért egyet [%]	Egyetért [%]
Több gyümölcsöt és zöldséget egyen!	3,7	96,3
Mindennap mozogjon többet (séta, kertészkedés)!	4,4	95,6
Kevesebb kalóriadús italt fogyasszon!	5,3	94,7
Mozogjon, sportoljon!	6,4	93,6
Kevesebb cukrot fogyasszon!	6,7	93,3
Kevesebb zsiradékot egyen!	10,2	89,9
Dietetikai tanácsadás	32,8	87,2
Étkezés során kevesebb mennyiségű ételt fogyasszon!	12,9	87,1
Egyénre szabott alacsony kalóriatartalmú diétát kövessen! (1200 és 2200 kcal/nap között)	17,0	83,0
Ne egyén 2 étkezés között!	23,3	76,7
Különösen kerüljön néhány speciális ételt!	31,0	69,0
Vezessen a páciens étkezési naplót!	40,3	59,7
Nagyon kis kalóriatartalmú diétát tartson! (<1200 kcal/nap)	72,9	27,1
A reklámokból ismert diétát kövesse!	96,2	3,8

6.12. táblázat. A háziorvosok által alkalmazott testsúlycsökkentő tanácsok és módszerek

A kiegyensúlyozott, egészséges diéta és a testmozgás a legfontosabb tényezők a testsúlycsökkentésre a háziorvosok szerint, a kollégák leginkább a nagyon kis kalóriatartalmú diéták illetve a reklámok követésével nem értettek egyet.

A faktoriális (klaszter) analízis eredményei

Az értékelés alapján a háziorvosok 3 csoportba (klaszterbe) voltak besorolhatók.

Klaszter 1. A legkisebb létszámú csoport (3%), többnyire férfi orvosok, jellemzően a fővárosban, általában felnőtt körzetben. Ők töltötték el az eddigi leghosszabb időt a praxisban (átlagosan 22 évet) és ők folytatták a legrövidebb konzultációt az elhízott betegekkel. Ők voltak a legkevésbé eredményesebbek a testsúlycsökkentésben (átlagosan a kiindulási testsúly 3,5%-át sikerült elérniük betegeiknél. Rájuk jellemző volt az alacsony képzettség, felkészültség és konzultáció.

Klaszter 2. Nagyjából az orvosok harmada, többnyire férfiak, főleg vegyes és gyermek körzetekben. Ők kevesebb időt töltöttek el a praxisban (átlag: 20,5 év), átlagos konzultációs idővel, felkészültséggel és a konzultációra való nyitottsággal. A testsúlycsökkentésben kevésbé voltak eredményesek (átlagosan 13,7%) és a tanácsadásban is alacsonyan teljesítettek.

Klaszter 3. Ez volt a legnagyobb csoport, a megkérdezettek kb. 2/3-a. Ezek többnyire doktornők, felnőtt körzetekben, széles földrajzi elhelyezkedéssel. Ők töltötték a legrövidebb időt a praxisban (átlag: 17,3 év). A konzultációs idő az átlagosat kissé meghaladja. Eredményességük a többi klaszterhez képest a legjobb (15%). A konzultációra való készségük és felkészültségük az átlagosnál magasabb.

7. MEGBESZÉLÉS

7.1. A háziiorvosi indikátorok finanszírozása, antibiotikum rendelések vizsgálata

7.1.1. A háziiorvosi indikátorok hazai gyakorlata és finanszírozása

A magyarországi indikátorok a minőség klasszikus, *Donabedian* szerinti dimenziói közül csupán az ellátás folyamatára (*process*) vonatkoznak és nincsenek struktúra (*structure*) és eredményeket (*outcome*) értékelő indikátorok [1]. Az alapellátás indikátor alapú teljesítményértékelő rendszerét számos kritika érte a szakmai, érdekképviselői szervek részéről (Magyar Orvosi Kamara, Házi Gyermekorvosok Egyesülete), azonban nem alakítottak ki egységes javaslatot a továbbfejlesztésre vonatkozóan, nehezményezték, hogy őket nem vonták be az rendszer megtervezésébe [33]. A háziorvosok részéről is negatív visszhangot váltott ki a rendszer a zárt kassza miatt: minél többen teljesítenek jól, annál kevesebb jut a finanszírozásból egy praxisnak, mivel többfelé oszlik ugyanaz az összeg. Finanszírozási szempontból elkülönített gyermek-alapellátási és háziiorvosi indikátor kasszát javasolnak, mivel bár minden praxistípusban ugyanannyi az elméletileg megszerezhető maximális pontszám (15 pont), de az indikátorok által értékelt területek és a gyerek és felnőtt ellátás szakma specifikus különbségei miatt a közös kassza hol az egyik, hol a másik praxistípus számára okozhat hátrányos anyagi megkülönböztetést [97]. További gondot jelentett, hogy 2005-2010 között a háziorvosok teljesítmény alapú díjazása még folyó értéken is kissé csökkent (164-ről 162 forint pontonként), addig ez reálértéken 24%-os volt, azaz az így kapható bevétel majdnem háromnegyedére esett. Az indikátor alapú teljesítményértékelésre tervezett körülbelül 4%-os többletfinanszírozás ezt a bevételkiesést aligha tudta pótolni [33].

Szakmai alapon fogalmazott meg kritikákat az Egészségügyi Szakmai Kollégium Háziiorvosi Tagozata. A rendszer kialakítását egy szűk munkacsoport végezte, amely nem volt napi kapcsolatban az alapellátókkal. Ezen kívül probléma az is, hogy a rendszer olyan elemeket is „mér”, amelyekre a háziorvosnak sem direkt, sem indirekt ráhatása sincs (pl. gyógyszerkiváltás, védőoltás felvételére való hajlandóság, mammográfiás vizsgálaton való megjelenés, tehát az ún. beteg *compliance* elemei). Néhány elem mérése nem teljes körű, hiszen a szemészeti vizsgálatra nemcsak a háziorvos utalhatja be a diabeteszes beteget. Legnagyobb problémát ott látják, hogy a terápiás célértékek elérése (*outcome*) egyáltalán nem szerepel, pedig szakmai szempontból talán ez lenne a legfontosabb. A jelenlegi indikátorok

ezen kívül nem mérik az eredményességet, betegelégedettséget és a biztonságosságot, melyek az ellátás minőségének alapvető dimenziói [5, 6, 16].

A kétségkívül progresszívnek tekinthető rendszer alapos korrekcióra szorul a későbbiekben.-A betegelégedettség és betegek elvárásainak figyelembe vétele jelenleg Magyarországon az alapellátás minőség javításának kihasználatlan lehetősége.

7.1.2. Antibiotikum felírások vizsgálata az alapellátásban

Az antibiotikumok használatában jelentős életkori illetve területi különbségek is lehetnek hazánkban, melyet az antibiotikum felírásra megállapított indikátor célértékek is mutatnak. A felírások számában az életkori különbségek valószínűleg többek között fiziológiai okokkal magyarázhatók. A területi különbségekben szembetűnő a főváros illetve Pest megye alacsonyabb antibiotikum felhasználása. Az APRES Study-ba bevont körzetek száma miatt (20 körzet) vizsgálatunkban ez a területi különbség nem volt értelmezhető statisztikailag, így ennek okát sem elemeztük. Vizsgálatunk alapján is indokolt a különböző felírási célértékek megadása felnőtt, gyerek illetve vegyes körzetekben. A gyerek körzetekben vizsgálatunk szerint is sokkal magasabb az antibiotikum felírások aránya. Ennek számos oka lehet, például az életkor fiziológiai sajátosságai (éretlenebb immunrendszer), közösségben szorosabb kontaktus (óvoda) de szerepet játszhat a szülőknek gyermekük betegsége esetén fellépő túlzott aggodalma, az orvosra gyakorolt nyomás formájában.

Bár a nőnemű betegek számára 5-10%-al több antibiotikum felírás történt a vizsgált években, az indikátorok célértékeinél nincs nemek közti különbség meghatározva, mivel azok meghatározásánál az egyes területek felírási átlagait vették figyelembe, nemektől függetlenül. A diagnózis illetve kódolás helyességét nem állt módunkban vizsgálni. Akut nasopharyngitis (*common cold*) definíció szerint a felső légutak (orr és torok) legtöbbször vírus által okozott fertőzése, így ezek az antibiotikum felírások indokoltatlannak lehetnek, de az is lehetséges, hogy a feltételezhetően vírusfertőzésre felírt több ezer antibiotikum a hibás kódolás eredménye.

A vizsgálatunk további korlátja: lehetetlen lett volna vizsgálni, hogy a felírás indikációja megfelelő volt-e, a betegség kezelésére első vagy második vonalban alkalmazták-e a készítményt, illetve milyen egyéb okok vezettek az alkalmazásához (például: *penicillin* allergia, *compliance* hiánya, intolerancia).

Az vonatkozó szakmai irányelv szerint az elsőként választandó szer a *penicillin* (ATC kód J01CE), mert hatékonysága megfelelő, nem izoláltak eddig penicillin rezisztens törzset, szűk spektrumú és általánosan jól tolerálható. Alkalmazható per os (*phenoxymethylpenicillin*,

penamecillin) és parenterálisan (*benzylpenicillin*), hátránya a 10 napos kezelési idő. A kezelés várható sikeressége 90-95%, így indokolatlan szélesebb spektrumú antibiotikummal kezdeni a kezelést. Vizsgálatunk alapján a heveny tonsillopharyngitisekben a felírt antibiotikumok közül a szűk spektrumú penicillinek (J01CE01) aránya igen alacsonynak volt (6%), ami az indokoltnál szélesebb spektrumú antibiotikumok alkalmazásának magas arányára utal.

A valódi penicillin allergiás betegeknek *macrolid* antibiotikum adható, azonban a *Streptococcus pyogenes* törzsek növekvő *macrolid* rezisztenciáját írták le [54].

Az egyéb béta-laktám antibiotikumok közül a széles spektrumú penicillinek (J01CA) illetve az első (J01DB), a második (J01DB) és a harmadik generációs (J01DB) *cephalosporinok* sok esetben indokolatlanul szélesebb spektrumú antibakteriális szerek a szükségesnél. A penicillinek kombinációs készítményeinek (J01CR például: *co-amoxiclav*) alkalmazása jelentősen megnöveli a *Clostridium difficile* által okozott, sok esetben halálos kimenetelű *pseudomembranosus colitis* előfordulási gyakoriságát [98]. A *sulfonamidok és trimetoprim* kombinációjának alkalmazása (*sulphamethoxazol és trimethoprim, Sumetrolim*) évtizedek óta nem indikált tonsillitis terápiájára a *Streptococcus pyogenes* gyakori rezisztenciája miatt [99]. A gyógyszer magyar nyelvű előírata is felhívja a figyelmet, hogy ne alkalmazzák a készítményt tonsillopharyngitisben, amelyet feltehetően *Streptococcus pyogenes* okoz, mivel nem eradikálja a baktériumot és így nem előzi meg a szövődmények (például reumás láz) kialakulását [100].

Az indikátorok az antibiotikum felírások számát figyelembe veszik, de a felírások megfelelő indikációját illetve a helyes antibiotikum választást nem vizsgálják. Az indikátorok fejlesztésének további folyamatában a felírások mennyisége mellett azok minőségének vizsgálatát is be kellene vezetni, mint azt már hazai és nemzetközi vizsgálatok eredményei alapján is javasolták [59, 101].

A vizsgálatunk is összhangban van azon korábbi véleményekkel, hogy a leggyakoribb megbetegedések, melyekre antibiotikum felírás történik a felső légúti infekciók, azon belül is a torok és a mandulák fertőző betegségei [101]. Mivel e kórképek miatt történik a legtöbb felírás, a helyes indikáció mérlegelése (például vírusos megbetegedések esetén az antibiotikum felírások elkerülése, gyorsesztek alkalmazása) és a megfelelő antibiotikum választás a növekvő rezisztencia terjedésének csökkenése mellett valószínűleg jelentős egészségügyi kiadás-csökkentést is okozhatna. Mivel a legtöbb antibiotikum felírás az alapellátásban történik, az indokolatlan antibiotikum felírások csökkentésében az alapellátás szereplőinek kiemelt szerepe van.

Az indikátorok bevezetése utáni első évben az országszerte kiváltott antibiotikumok dobozszáma mérsékelt csökkenést mutatott. Ugyanez a trend volt látható az általunk vizsgált 20 praxisban is. Mivel csak egy évre (2010) vonatkozó adatokról van szó, természetesen ez lehet egy trend kezdete éppúgy, mint olyan tél eredménye, amikor kevesebb beteg fordult antibiotikum felírásához vezető betegség miatt háziorvosához.

Az általunk végzett „próbaszámítás” eredményének értékelését több tényező is befolyásolhatja:

- az országos értékek kiváltási adatokból származnak, amelyeket nemcsak az alapellátásban írtak fel,
- a 20 APRES praxis adatait együtt is értékeltük, holott ezek több megyében működnek és más indikátorok által jellemezhetőek, továbbá felírási adatokon alapulnak,
- az OEP háziorvosi indikátorszámítás egy (konkrét) praxisra vonatkozik, figyelembe véve az időszakra jellemző praxislétszámot is, mi éves illetve mind a 20 körzetre vonatkozó átlagértékekkel számoltunk.

Mindenesetre úgy vélem, hogy ez a számítási módszer jól korrelálhat az illető praxisok releváns indikátoraival, bár ennek vizsgálatára nem volt módunk és értelmét sem láttuk.

7.2. Nemzetközi kitekintés: minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők Európában

A megfelelő indikátorok meghatározása és kiválasztása nem könnyű, valid adatokon kell alapulniuk és függetlennek kell lenni az egészségügyi szolgáltatóktól, akik esetleg finansiális érdekeik szerint manipulálhatják az eredményeket, hogy növeljék a bevételüket. Kiválasztásukat számos tényező befolyásolhatja: a betegség kezelési protokollja, a mérhető biológiai paraméterek, a gyógyszerek felírása és minden tényező, amelyek könnyen vizsgálhatók a dokumentációból és a betegutak követéséből az egészségügyi rendszeren belül. A forrástól függően, az adatok megbízhatósága alapvetően változhat az elektronikus orvosi dokumentációs rendszeren belül. Az Egyesült Királyságban bizonyos elemek, például laboratóriumi értékek automatikusan rögzítésre kerülnek, a klinikai információk validitása leginkább attól függ, hogy az illető változókat hogyan dokumentálják-rögzítik [102]. A hazai rendszer erre nem törekszik, az OEP informatikailag jelenleg nem támogatja. Ez irányú fejlesztések és kezdeményezések nagyon hiányoznak az alapellátásból és az egészségpolitika szakmai kezdeményezéseiből. Háziorvosi software-ből több tucat van forgalomban

Magyarországon, informatikai kapcsolat az alap- és a magasabb szintű ellátás között legfeljebb csak korlátozott modellkísérletekben létezik. Ez irányú fejlesztések és kezdeményezések nagyon hiányoznak az alapellátásból és az egészségpolitika szakmai kezdeményezéseiből.

Európában az elmúlt évtizedekben kiterjedt figyelem irányult a háziorvosi ellátás minőségének javítására [4]. Számos minőség javító intézkedés magában foglalta az indikátorok bevezetését és az arra irányuló próbálkozásokat, hogy javítsák az alapellátás minőségét olyan anyagi jutalmazással, ami indikátorok meghatározásán alapul [27, 93].

Jelentős különbségek vannak az európai országok között, amit az egészségpolitika, a kormányzati prioritások, nemzeti hagyományok, rendelkezésre álló források, a betegek elvárásai és az alapellátás helyzete együttesen határoz meg. Az alapellátás pozíciója is különbözik az egyes országokban. Az alapellátási szolgáltatóknak nagyobb felelősségük és feladataik vannak, hangsúlyosabb kapuőr („*gatekeeper*”) funkcióval (Dánia, Hollandia, Egyesült Királyság), míg más országokban ezek a feladatok csak szimbolikusak (Franciaország, Olaszország, Magyarország) [21, 94, 102].

A helyesen meghatározott kapuőr szerep csökkenteni képes a beutalások számát és a krónikus betegségben szenvedő betegek hospitalizációs arányát, alacsonyabb egészségügyi kiadások mellett [6, 14, 102]. Sok országban a minőségi indikátornak kiválasztott elem nincs összekötve pénzügyi ösztönzővel.

A *P4P* sémák egyre népszerűbb újítások az alapellátásban és kérdések vetődtek fel a minőséget javító hatásukkal kapcsolatban, bár néhány országban nem kötődtek minőségi indikátorokhoz. Nincs elegendő bizonyíték, ami ellentmondana, vagy támogatná az anyagi ösztönzők minőséget javító hatását [84, 103, 104]. Kialakításuknál több figyelmet kell fordítani a minőség meghatározására, miközben pozitív hatással lehetnek az ösztönzött klinikai folyamatokra, nem világos, hogy ez lefordítható/átváltható-e a beteg-elégedettség javítására és az ellátás kimenetelére [84, 105].

Széles körű egyetértés van, hogy a megbízható adatok nélkülözhetetlenek a minőségi ösztönzőkhöz, egészségügyi szolgáltatáshoz, kutatáshoz és egészségpolitikai döntésekhez, bár ilyen adatok a legtöbb ország alapellátását illetően hiányoznak [84, 106].

A hazai indikátorrendszer csak igen alacsony többletdíjazásra ad lehetőséget. További probléma, hogy az ellátási indikátorokat szakellátási adatokból, gyógyszer kiváltási arányokból, a háziorvos által kevésbé befolyásolható mutatók alapján és nem orvosszakmai eredményeken méri, a betegelégedettség vizsgálata is elmarad. Továbbfejlesztése mindenképpen szakmai konszenzus alapján szükséges, ami eddig elmaradt.

Természetesen értékelésüknek vannak bizonyos korlátai:

- keresztmetszeti vizsgálat, amely csak az európai országok 2012. évvégi aktuális finanszírozási gyakorlatát mutatja be
- bár a kormányzati honlapok sok minőségi indikátorokkal kapcsolatos finanszírozási változással kapcsolatos tervezetet mutatnak be, ezeket akkor még nem vezették be
- nem végeztünk el a minőségi indikátorok részletes összehasonlítását, csak a bevezetésüket mutattuk be
- a finanszírozásban is különbségek vannak ezekben az országokban, a gazdasági helyzettől és az alapellátás prioritásaitól függően. Az összehasonlításban nagyobb hangsúlyt kellene fektetni a költséghatékonyság és más gazdasági szempontok vizsgálatára.

Bár az alapellátásban dolgozó orvosok nagy többsége hivatásként kezeli a munkáját, sokan úgy gondolják, hogy a megfelelő anyagi motiváció is fontos. Ezeknek a sémáknak az értékelése nemzeti vagy regionális szinten kell történnie, az egészségügyi rendszernek és elérhető erőforrásoknak megfelelően folyamatos monitorozás mellett. A fenti rövid és nem átfogó kitekintés más európai *pay for performance* rendszerekre nézve talán elgondolkodtató lehet.

Bár egyre több tapasztalattal és eredménnyel rendelkezünk a meglévő minőségi indikátor és *pay for performance* rendszerekről, továbbra is számos kérdés van, további kutatás szükséges az összehasonlításukra és hogy a megfelelő válaszokat megtaláljuk a kérdésekre.

Szükségesek-e a minőségi indikátorok a jobb alapellátáshoz?

A minőségi indikátorok egyre gyakrabban alkalmazott minőség javító eszközök. Alkalmazásuk mértéke és módja országonként eltérő. A helyesen kiválasztott és megfelelő anyagi ösztönzőkkel társított indikátorok erősíthetik az alapellátást és javíthatják annak minőségét. Azonban az erős alapellátás sem feltétlenül jelent mindig magasabb minőséget [11]. Szakmai körökben is vita van arról, hogy az indikátorok egyáltalán meghatározhatják-e a minőséget [107]. Ennek a vitának az eldöntésére természetesen nem vállalkozhatunk.

Melyik indikátorok a megfelelőek?

Az indikátorok kiválasztása és definíciója nem könnyű, valódi adatokon kell alapulniuk és az egészségügyi szolgáltatóktól függetleneknek kell lenniük, akik a nagyobb bevételért érdekeiben esetleg manipulálhatják az eredményeket.

Nyilvánvalóan az indikátorok kiválasztását számos tényező befolyásolhatja: a betegség kezelési protokollja, a mérhető biológiai paraméterek, a gyógyszerek felírása és minden tényező, amelyek könnyen követhetők a dokumentációból és a beteg utak elemzéséből az egészségügyi rendszeren belül.

Forrástól függően, az adatok megbízhatósága alapvető az elektronikus dokumentációból (*electronic medical record system* - EMR) amióta bizonyos elemek például a laboratóriumi eredmények automatikusan kerülnek rögzítésre, azonban a klinikai információk megbízhatósága leginkább attól függ, hogy az orvosok és az egészségügyi személyzet hogyan rögzítik a vonatkozó értékeket a dokumentációban [84, 103, 108].

Az ösztönzött területek minősége javulhat, míg a nem ösztönzött tevékenységek elhanyagolásra kerülhetnek. A valid és megbízható adatok nem nélkülözhetők a minőség javító kezdeményezésekhez, az egészségügyi rendszer kutatásaihoz és egészségpolitikai döntésekhez, bár az ilyen adatok sokszor az alapellátásból is hiányoznak a legtöbb országban [91, 92].

Hány indikátorra van szükség?

Ha túl kevés indikátor van, akkor csak az alapállásban dolgozók munkájának bizonyos aspektusait képviselik. Túl sok indikátor bevezetése megnövekedett bürokráciához és adminisztrációhoz vezet a betegekkel való foglalkozás helyett. Csupán 1 indikátort vezettek be Olaszország bizonyos tartományaiban (a legkevesebbet) és 134 indikátort az Egyesült Királyságban (a legtöbbet) az európai országok közül 2012-ben [17]. Az Egyesült Királyságban, ahol a legtöbb indikátort alkalmazzák, vannak olyan vélemények, hogy az indikátor rendszert egyszerűsíteni szükséges, hogy csökkentsék a házi orvosok adminisztrációs munkaterhét [82, 83, 109].

Milyen mértékű anyagi ösztönzés a megfelelő?

A házi orvosok finanszírozása számos formában történhet [110]. Az anyagi ösztönzést meghatározza és befolyásolja az alapellátásban dolgozók alkalmazotti formája, vannak vállalkozó és alkalmazottként dolgozó orvosok, a finanszírozás két fő formája pedig a fejkvóta alapú és szolgáltatás alapú finanszírozás. A *P4P* sémák növekvő népszerűségű újítások az alapellátásban és kérdéseket vetettek fel a minőségjavító hatékonyságukról, bár néhány országban nincsenek minőségi indikátorokhoz kapcsolva. Nincs elegendő bizonyíték, amely ellentmond vagy támogatja az anyagi ösztönzők minőség javító hatását [84]. A házi orvosok jövedelme között továbbra is különbségek figyelhetők meg az egyes Európai országokban. Vannak relatíve kevésbé megfizetett házi orvosok (Belgium, Svédország, Franciaország, Finnország), magasabb jövedelmet kapnak a házi orvosok (Hollandia, Egyesült Királyság, Németország) és úgy tűnik a finanszírozást az alapellátás más dimenziói befolyásolhatják [111].

A *P4P* hatékonysága nem bizonyított, bár néhány tanulmány ~~szignifikáns~~ jelentős hatásáról számolt be. Egy *P4P* program ösztönözheti az ellátás színvonalának javítását, és javíthatja az betegelégedettséget és az ellátás szervezését. A *P4P* sémáknak jobban figyelembe kell venniük a minőség tágabb értelmű definícióját, pozitív hatásuk lehet a klinikai folyamatokra, ugyanakkor nem világos, hogyan lehet ezt lefordítani a kezelés eredményességére és kimenetelére [89]. A túl alacsony ösztönzés nem valószínű, hogy kellőképpen motivál, a túl magas ösztönzés pedig nem kívánt következményekkel járhat (például adat manipulálás, hamisítás). Eredményeink az mutatták, hogy Európában a teljes bevétel 1-25%-val emelhették a háziorvosok jövedelmét. Az irodalomban különféle vélemények vannak a megfelelő anyagi motiváció mértékével kapcsolatban, nem állapítható meg pontos arány, amely minden országra vonatkoztatható lenne, de a legtöbben legalább 5-10% bevétel növekedést tartanak megfelelőnek [81, 91, 92, 109, 112].

Ki döntse el, hogy mely területeket mérjük?

Egyes országokban a *P4P/QI* rendszerek bevezetése kormányzati kezdeményezésre történt (például Magyarország), másokban a munkaadók, döntéshozók, egészségügyi szolgáltatók és egészségügyi dolgozókat képviselő szervezetek közötti megállapodás eredménye volt (például az Egyesült Királyságban), de előfordul, hogy alulról felfelé (*“bottom-up”*) folyamat volt, a célfelhasználók bevonásával (például Hollandia) [17, 26, 27, 91].

A minőségi indikátorok anyagi ösztönzőkkel alkalmazva hasznos eszközei lehetnek az alapellátás minőség javításának, amennyiben a betegellátás holisztikus szemléletmódját megtartjuk és a minőségi indikátorokat egyéb minőség javító eszközökkel együtt alkalmazzuk. A megfelelő számú indikátor kiválasztása és a hozzá kapcsolt anyagi ösztönzés mértéke alapvető lehet a hatékony minőségi indikátor és *P4P* rendszerek fejlesztése során. Az is fontos, hogy figyelembe vegyék a nemzeti alapellátási rendszerek sajátosságait is.

7.3. Az emlő és méhnyak daganatok szűrővizsgálatának rendszere, eredményei és az alapellátás lehetőségei a korai felismerésében

Mi okozhatja a szűrőprogramok alacsony hatékonyságát? A válasz összetett, és anyagi, adminisztratív, szociális, oktatási, orvosi és epidemiológiai faktorokat foglal magában. Közgazdasági szempontból a problémát úgy lehet leírni, mint annak következményét, hogy csökkenő anyagi források jutottak a nemzeti népegészségügyi programokra, egészségpolitikai szempontból pedig úgy, hogy a (nagy)politika az utóbbi évtizedben nem adott prioritást ennek a területnek.

Látható különbségek vannak abban, milyen hatékonyak a helyi adminisztratív struktúrák, mennyire megbízható az információáramlás, és hatékony a kommunikáció a szűrési koordinátorok és a családorvosok között.

Az adatokban további torzítást okoz, hogy az egészségtudatosabb (gazdagabb?) magyar nők inkább nőgyógyászati magánrendelésekre járnak, amelyek nem vesznek részt a nemzeti szűrőprogramban. Figyelembe véve azt a tényt, hogy a magánrendeléseknek nincs jelentési kötelezettsége, a szűrésen ténylegesen részt vevő nők száma nem becsülhető meg. Mindenesetre feltételezhető, hogy mind az emlő mind a méhnyak-szűrésen részt vevők tényleges száma lényegesen magasabb, mint a jelentett létszám.

A közfinanszírozott ellátásban sem a méhnyak-szűrés eredményeit, sem a Papanicolaou kenetek eredményét nem jelentik az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak, így az adatokból nem derül ki, hogy szűrőprogram keretein belül vagy akut panasz miatt történt-e a vizsgálat. Mivel a kontrol vizsgálat sem korlátozódik egy standard időkeretre, olyan esetek is előfordulnak, amikor a kontrol vizsgálatot gyakrabban vagy előbb végezték el, mint a szokásos gyakorlat. Ezen kívül alapvető különbségek vannak abban, milyen hatékonyak a helyi adminisztratív struktúrák a megbízható információáramlás és a hatékony kommunikáció biztosításában a szűrési koordinátorok és családorvosok között [113].

A nemzetközi összehasonlításban ritkaságnak tekinthető védőnői hálózatnak jelentős szerepe van a magyar alapellátásban [46, 46, 47]. A védőnők szorosan együttműködnek a háziorvosokkal és házi gyermekorvosokkal. Legfontosabb feladatuk a nők várandósság előtti, alatti, majd ez utáni gondozása, valamint a gyerekek gondozása a serdülőkoruk végéig. Főleg vidéki területeken szülésznői feladatokat is elláthatnak bizonyos körülmények között. Feltételezhető, hogy a részvételi arányok tovább növelhetők lennének, ha a méhnyakszűrés az alapellátási szereplők alapvető feladatai közé tartoznának és ha ez a tevékenység anyagi ösztönzőkkel lenne párosítva, bár ennek bizonyítására további kutatások szükségesek.

A méhnyakrák előrehaladott esetei legtöbbször alacsony iskolázottságú, szegény vidéki területen élő nők között fordult elő, akik sohasem vettek részt semmilyen méhnyakszűrő vizsgálaton. A védőnői hálózat különösen hasznos lehet e vidéki, nagy rizikójú nők elérésében, akik anyagi helyzetük miatt általában a magánrendeléseket sem veszik igénybe. Itt a jelenleginél szorosabb kapcsolatot kell a felnőtt háziorvosokkal is kialakítani, mert ők alapvetően a gyermekpopuláció ellátásának szervezetében működnek, a kísérleti programokban csak ideiglenesen működtek együtt [45, 46, 47].

A véleményünk szerint a szűrőprogramok nem voltak kellőképpen támogatva a médiában. A szervezett népegészségügyi szűrések sem voltak hatékonyan támogatva a családorvosok által,

talán a hiányzó anyagi ösztönzés miatt. A mammográfiás szűrésen való részvétel arányát az háziorvosi indikátorok közé felvették, ez talán javíthat a nők szűrővizsgálaton való részvételi arányain. Megfigyelhető a mammográfiás szűrésen részt vevők arányának megyénkénti eltérése eredményeink és az indikátor célértékek alapján, azonban elégséges adat hiányában (az eredményeknél közölt adatokon túl jelenleg sem rendelkezünk továbbiakkal) a szűrőprogramok kimenetelének megfelelő epidemiológiai elemzését nem tudtuk eddig elvégezni. Nemzetközi adatok szerint az incidencia és mortalitás több évvel a szűrőprogramok bevezetése után kezd el csökkenni. Klinikai tapasztalatok szerint a betegségek incidenciája kezdetben növekedést mutathat, a betegség korai fázisú jobb felismerési aránya miatt. A mortalitás azonban fokozatosan csökkenhet, a megfelelő terápiás lehetőségek időben történő alkalmazása miatt. Általánosságban elmondható, hogy a morbiditási és mortalitási adatok nem futnak párhuzamosan, hiszen a morbiditással szemben a mortalitási adatokat később jelentkeznek, nem a diagnózis felállításának évében [35, 36].

A emlő- és méhnyakrák okozta halálozás kumulatív (halmozott) valószínűsége a 15-79 éves nők körében csökkent 1980 és 2010 között [114]. Bár ezek az eredmények biztatóak, a magyar nőknek még mindig relatíve magas az emlő- és méhnyakrákos megbetegedésének a rizikója

A magyar nők részvételi aránya a népegészségügyi szűrőprogramokban alacsony volt az elmúlt évtizedben. Az emlőszűrésen részt vevők aránya nem változott jelentős mértékben 2002 és 2010 között, hiszen az országos lefedettség (átszűrtség+átvizsgáltság) a 2009-ben is csak 50,1% volt. A méhnyakszűrés az 1 éves lefedettsége 2005-re kismértékben, 24,3%-ra emelkedett [36, 44, 49, 115]. Ezek az eredmények egyáltalán nem megfelelőek, különösképpen a nyugat- és észak-európai országok eredményeivel összehasonlítva. Az Egyesült Királyságban például hasonló időszakban a nők 75%-a vett részt emlő-, 80%-a méhnyak szűrésen, míg Finnországban 87% volt az emlő- és 69% a méhnyak szűrésen való részvételi arány [116].

A nemzeti, népegészségügyi szűrőprogramok az alapellátás résztvevőinek nagyobb mértékű bevonásából véleményem szerint sokat profitálhatnának. Strukturális változásoknak kellene bekövetkezni a magyar egészségügyben, hogy elősegítsék az alapellátásban dolgozók nagyobb bevonását az emlő- és méhnyak szűrésbe. Ez a terület még nagyobb figyelmet igényelne a döntéshozóktól.

7.4. A magyar háziorvosok elhízással kapcsolatos tudása, gyakorlata, attitűdjei

Vizsgálatunk egyik legfontosabb eredménye, hogy a háziorvosok saját testsúlya és életmódja befolyásolja a túlsúlyos és elhízott betegekkel szembeni attitűdjét és terápiás gyakorlatát. Ez nem meglepő és emberileg érthető is.

A válaszadók változatos földrajzi és életkor szerinti országos reprezentatív mintát képviseltek és a Magyarországon praktizáló alapellátásban dolgozó orvosok 10%-át tették ki. A témában az eddig közölt történet vizsgálatok csupán kisebb, földrajzilag közelebb eső területeken történtek [75, 117, 118].

A vizsgálat korlátai közé tartozik, hogy a kérdőíves felmérés nem mindig mutatja be pontosan a napi terápiás gyakorlatot és attitűdöt, az éppen aktuális munkaterhelés és a kitöltő hangulata is jelentősen befolyásolhatja a válaszokat.

Azokban az országokban, ahol az alapellátás szerepe erősebb, az orvosokon kívül egyéb alapellátási dolgozókat is bevonnak az elhízás felismerésébe és gondozásába [119].

A jelenlegi magyarországi szakmai útmutatók multidiszciplinárisak, nincs kifejezetten az alapellátás számára készített irányelv, melyre a háziorvosok eltérő tudása, gyakorlata és személyes attitűdjei miatt is szükség lenne, ez minőségbiztosítási szempontból is javulást eredményezhet [120].

Fontos az egészségügyi dolgozók oktatása is, egyes kutatások alapján a hiányzó vagy nem megfelelő elhízással kapcsolatos képzés és továbbképzés szignifikánsan alacsonyabb, diétával és testmozgással kapcsolatos konzultációs gyakoriságot eredményezett [121, 122].

A jelenlegi szabályozás a gyermek körzetek indikátorain kívül nem motiválja a háziorvosokat az elhízás kezelésére vagy prevenciójára [16, 67].

8. KÖVETKEZTETÉSEK

A minőségi indikátorok mellett és ellen sok érv felhozható.

Az ellenük szóló érvek közül az orvoslás holisztikus szemléletének elvesztése, bizonyos részeknek az egészségből való kiragadása hangzik el a leggyakrabban.

Mellettük szól, hogy objektív mérőeszköz és összehasonlíthatóvá válhat az alapellátás szereplőinek teljesítménye.

A jövőre nézve legfontosabb kérdés, melyik indikátorokat alkalmazzuk, melyik területeken és melyek feleslegesek? Az indikátorok megfelelő helyen, időben és módszerrel alkalmazva elősegíthetik az orvoslás minőségének javítását. Az indikátorok és anyagi ösztönzők kifejlesztése világos politikai célokon és szakmai egyetértésen kell, hogy alapuljon. Mivel számos kérdés és különféle válaszok léteznek, további kutatásokra van szükség a leghatékonyabb minőségjavító eszközök, módszerek megtalálására.

A hazai alapellátásban is, a nemzetközi tapasztalatok figyelembevételével, szükség van indikátorrendszerre. Ezeket azonban alapellátási tapasztalattal és gyakorlattal rendelkező szakértők bevonásával kellene kialakítani, figyelembe véve szakmapolitikai, népegészségügyi és finanszírozási szempontokat egyaránt. Fontos lenne az alapellátási protokollok megszerkesztése, széles körű megismertetés utáni bevezetése, szinkronizálva a finanszírozási protokollal. Nagy előrelépést hozhatna egy olyan, országosan koordinált informatikai fejlesztés, ami lehetővé tenné a laboratóriumi, képalkotó vizsgálati eredmények és a különböző ellátási szinteken történő események elérhetővé tételét. Bár ez a lehetőség ma is adott a háziorvos számára, alkalmazási feltételei bonyolultak, időigényesek és életszerűtlenek. Ide tartozna egy országosan egységes háziorvosi software kialakítása, amelyből a ma küldött, gyakran értelmetlen és felesleges jelentések (adathalmazok) helyett valódi morbiditási és ellátási adatok származnának, adatokat biztosítva gazdaságilag hasznos elemzésekhez. A minőség javításának fontos és eddig nem kihasznált területe beteg központú ellátás kialakítása, szükséges lenne a betegelégedettség és a betegek elvárásainak nagyobb hangsúlyt szentelni.

Az értekezés alapját képező vizsgálatok a teljeség igénye nélkül mutattak be néhány, Magyarországon alapellátási indikátorral jellemezhető tevékenységet. Törekedtem a nemzetközi tapasztalatok megismerésére és bemutatására, a publikált eredmények és nem publikált „szívességi” információk elemzésére, megmutatva azt a hazánkban sajnos még alig kihasznált lehetőséget, amely a háziorvosi praxisok ellátási adatainak elemzéséből származtatható.

9. ÖSSZEFOGLALÁS

A betegellátás minőségének meghatározása és fejlesztése évtizedek óta kiemelt szerepet játszik az egészségügyi rendszerekben.

Az alapellátás minősége sokféleképpen meghatározható és javítható annak mérése nélkül is, hiszen sok fontos elem nem mérhető, ugyanakkor a minőség mérésére egyre gyakrabban használnak kvalitatív jellemzési módszereket, a minőségi indikátorokat.

Értekezésem célja az alapellátás minőségének mérését és javításának lehetőségeit keresni saját kutatási területemen, saját vizsgálatokkal és irodalomkutatás alapján.

Tanszékünk részvételével zajlott két fontos, nemzetközi vizsgálat magyar ágának eddigi eredményei alapján javaslatot teszek a hazai alapellátás minőségének javítására alkalmas lehetőségekre.

A releváns irodalmak ismertetésével összefoglalom a témával kapcsolatos eddigi vizsgálatok fontosabb eredményeit.

A hazai és nemzetközi minőségi indikátorokkal kapcsolatos vizsgálataink eredményei alapján a minőségi indikátorok megfelelően alkalmazva a minőség javításának hasznos eszközei lehetnek.

A női daganatok szűrésében az alapellátás motiválásával és nagyobb szerepvállalásával magasabb átszűrtséget lehetne elérni, hatékonyabbak lennének a népegészségügyi szűrőprogramok.

Az antibiotikum felírási indikátoroknak a mennyiség mellett a minőséget is értékelnie kellene, amely a költségek és valószínűleg az antibakteriális szerekkel szembeni rezisztencia csökkenéséhez vezetne.

A páciensek antropometriai adatainak az alapellátásban dolgozók általi pontos rögzítése és feldolgozása jelentősen megkönnyítené a túlsúly és az elhízás megelőzését, diagnosztikáját, és kezelését is.

Az értekezésben ismertetett vizsgálatok alapján közvetlenül vagy közvetetten az alapellátásban folyó munka minőségéről alkothatunk részletesebb képet, az eredmények mindennapi gyakorlatba átültetésével végső soron javítani lehetne a lakosság egészségi állapotát, a rendszer költséghatékonyságát.

SUMMARY

Definition and improvement of quality of health care have been playing an important role in health care systems for decades. The quality of primary care can be defined and improved without measuring it, as many important elements are not measurable, nevertheless qualitative measurement tools like quality indicators are increasingly implemented.

The aim of my thesis is to present the possibilities of quality measurement and improvement in primary care within my research areas.

Our department took part in two important international studies. Based on the results of the Hungarian branch I make suggestions about possible areas of the quality improvement of the Hungarian primary care. I summarize the main results of previous studies and the description of the relevant literature on this topic.

The results of our studies related to the Hungarian and international quality indicators show that quality indicators can be useful tools in quality improvement.

In women's cancers screening, higher screening coverage and more effective public health screening programs might be achieved by the increased engagement of primary care.

Regarding the prescription of antibiotics, in addition to the amount the quality of prescribing should be assessed by the antibiotic prescribing indicators. This might lead to decreased resistance to antibacterial agents and in addition to the reduction of expenses.

Accurate recording and processing of the patients' anthropometric data by the primary care providers might greatly facilitate the diagnosis of overweight and obesity, their treatment and prevention as well.

On the basis of the studies described in this thesis, directly or indirectly, we could create a more detailed picture of the quality of work in primary care. With the daily practical application of the results we could ultimately improve the health of the population and the cost-effectiveness of the health care system.

10. IRODALOMJEGYZÉK

10.1. Hivatkozott közlemények jegyzéke

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966; 44(3):166–206.
2. Campbell SM, Roland MO, Buetow AS. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*. 2000; 51(11):1611-1625.
3. Grol R. Improving quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit and patient satisfaction. *JAMA*. 2001;286:2578-2585.
4. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *British Medical Journal*. 2003; 326:816-819.
5. Raleigh V, Foot K. Getting the measure of quality. Opportunities and challenges. The King's Fund, London; 2010.
6. Goodwin N, Dixon A, Pool T, Raleigh V. Improving the quality of care in general practice. The King's Fund, London; 2011.
7. World Health Organisation. Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization, Geneva, Switzerland;2006.
8. Kelley E, Jeremy H. Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper: Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris; 2006.
9. Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. The National Academies Press, Washington DC; 2001.
10. Leatherman S, Sutherland K. The Quest for Quality in the NHS: A mid-term evaluation of the ten-year quality agenda. The Nuffield Trust, London; 2008.
11. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. *Health Affairs*. 2013; 32(4):686-694.
12. European Commision. Eurprimecare:Quality and Costs in Primary Care in Europe. 2011. Elérés: 2013.december 15.
http://www.euprimecare.eu/pdf/w/EUprimecare_Deliverable5.1_Quality_Indicators__PC.pdf
13. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A. The european

primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Family Practice. 2010; 11(1):81.

14. Schäfer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J. QUALICOPC, A multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. BMC Family Practice. 2011; 12:115.

15. Rurik I, Boerma WG, Kolozsvári LR, Lángi LI, Mester L, Móczár C, Schäfer WL, Schmidt P, Torzsa P, Végh M, Gronewegen P. QUALICOPC – az alapellátás minőségének, költségének és méltányosságának vizsgálata Európa országaiban: magyarországi ág. Orvosi Hetilap. 2012; 153(35):1396-1400.

16. Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI). 11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet a háziorvosok indikátoralapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelésének egyes szabályairól. 2011. Elérés: 2014 január 01.

http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=137366.253268.

17. Campbell SM, Lester H. Developing indicators and the concept of QOFability. In Gillam S, Siriwardena N (editors). The Quality and Outcomes Framework. QOF transforming general practice. Radcliffe Publishing Ltd., Oxford; 2011. p.16-30.

18. Marshall M, Campbell S, Hacker J, Roland M. Quality indicators for general practice: A practical guide for health professionals and managers. Royal Society of Medicine Press Ltd., London; 2002.

19. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. (2000). Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. International Journal for Quality in Health Care. 2000;12(2):133-142.

20. James J. Health Policy Brief. Pay-for Performance. Health Affairs. October 11. 2012.

http://healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief_pdfs/healthpolicybrief_78.pdf

Elérés: 2014. Május 02.

21. Masseur C, Irwin R, Thomson S, Gemmell M, Mossialos E. Primary Care in Europe. Social and demographic analysis. The London School of Economics and Political Science, London; 2009.

22. 43/1999. (III. 3.) Korm. Rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól. Elérés: 2014. május 1.

http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=40568.259622

23. American Medical Association. Principles for Pay for Performance Programs. 2005.

Elérés: 2012. október 20.

<http://www.ama-assn.org/resources/doc/psa/principles4pay62705.pdf>.

24. Országos Egészségbiztosítási Pénztár. A háziorvosok indikátoralapú

teljesítményértékelése. 2010. Elérés: 2013. március 05.

http://www.oep.hu/pls/portal/docs/page/szakma/oephuszak_euszolg/alapszakell/h%c3%81ziorvosi%2c%20h%c3%81ziorvosi%20%c3%9cgyeleti%20ell%c3%81t%c3%81s/h%c3%81ziorvosi%20indik%c3%81torok.pdf.

25. Roland M. Where did the Quality and Outcomes Framework come from? In Gillam S, Siriwardena (editors) The Quality and Outcomes Framework. QOF-transforming general practice. Radcliff Publishing Ltd., London; 2011. p. 8-15.

26. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. New England Journal of Medicine. 2007; 357(2):181-190.

27. Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care – a major experiment in the United Kingdom. New England Journal of Medicine. 2004; 351:1448-1454.

28. NHS Employers. [Internetes honlap]. Elérés: 2013. március 19.

<http://www.nhsemployers.org/payandcontracts/generalmedicalscontract/qof/pages/qualityandoutcomesframework.aspx>.

29. British Medical Association. [Internetes honlap]. Elérés: 2013. március 19.

<http://bma.org.uk/practical-support-at-work/contracts/independent-contractors/qof-guidance>.

30. National Institut for Clinical Excellence. [internetes honlap]. Elérés: 2013. december 10. <http://www.nice.org.uk/aboutnice/qof/indicators.jsp>.

31. Országos Egészségbiztosítási Pénztár. A háziorvosok indikátoralapú teljesítményértékelése 2011. április 1-jétől. [internetes honlap]. 2011. Elérés: 2013. március 05.

http://www.oep.hu/pls/portal/docs/page/szakma/oephuszak_euszolg/alapszakell/h%c3%81ziorvosi%2c%20h%c3%81ziorvosi%20%c3%9cgyeleti%20ell%c3%81t%c3%81s/h%c3%81ziorvosi_indik%c3%81torok_20110401.pdf.

32. Országos Egészségbiztosítási Pénztár. A háziorvosok indikátoralapú teljesítményértékelése 2012. november 1-jétől. 2012. Elérés: 2013. március 05.

http://www.oep.hu/pls/portal/docs/page/szakma/oephuszak_euszolg/alapszakell/h%c3%81ziorvosi%2c%20h%c3%81ziorvosi%20%c3%9cgyeleti%20ell%c3%81t%c3%81s/h%c3%81ziorvosok%20indik%c3%81tor%20alap%c3%9a%20teljes%c3%8dtm%c3%89ny%2020121101.pdf.

33. Állami Számvevőszék. Jelentés a háziorvosi ellátás működésének és pénzügyi feltételrendszerének ellenőrzéséről. 2011. Elérés: 2013. március 05.

<http://www.asz.hu/jelentes/1126/jelentes-a.haziorvosi-ellatas-mukodesenek-es-penzugyi->

feltételrendszerenek-ellenorzeserol/1126j000.pdf.

34. Curry S, Byers T, Hewit M (editors). Fulfilling the potential for cancer prevention and early detection. National Academies Press, United States; 2003.
35. Kovács É, Bardi J, Rurik I. Késlekedés az onkológiai ellátásban. A háziorvos és a betegek szerepének vizsgálata. Orvosi Hetilap. 2011; 152(34):1368-1373.
36. Kovács A, Döbrössy L, Budai A, Cornides Á, Boncz I. A népegészségügyi lakosságszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban. Orvosi Hetilap. 2007; 148(10):435-440.
37. Langmár Z, Németh M, Kolozsvári LR, Joó JG, Mátrai Z. A hüvely rosszindulatú daganatai. Orvosi Hetilap. 2011; 152(49):1974-1976.
38. Nelson HD, Tyne K, Naik A, Bougatsos C, Chan BK, Humphrey L. Screening for breast cancer: an update for the US Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine. 2009; 151(10):727-737.
39. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 4:1.
40. Sarkeala T, Heinävaara S, Anttila A. Organised mammography screening reduces breast cancer mortality: a cohort study from Finland. International Journal of Cancer. 2008; 122(3): 614-619.
41. Schopper D, de Wolf C. How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. European journal of cancer. 2009; 45(11): 1916-1923.
42. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat. [Internetes honlap].
Elérés: 2011. november 15.
http://www.antsz.hu/szures/koord/mammo/emlo_2002_2009.pdf
43. Boncz I, Sebestyén A, Döbrössy L, Péntek Z, Kovács A, Budai A. A szervezett emlőszűrési program második ciklusának (2004–2005) részvételi arányai. Orvosi Hetilap. 2008; 149(32): 1491-1498.
44. Boncz I, Sebestyén A, Pintér I, Battyány I, Ember I. The effect of an organized, nationwide breast cancer screening programme on non-organized mammography activities. Journal of Medical Screening. 2008; 15(1):14-17.
45. Döbrössy L, Kovács A, Budai A, Odor A, Fehér E. Screening for cervical cancer in Hungary: New role for health visitors. Clinical Nursing Studies. 2013;1(3):32.
46. Fehér E. Védőnői Méhnyakszűrő Programok 3 éve. Védőnő. 2012; 2:5-9.
47. Döbrössy L. A védőnők feladatai a népegészségügyi méhnyakszűrésben. Védőnő. 2012;2:3-4.

48. Pete I, Tóth V, Bősze P. The value of colposcopy in screening cervical carcinoma. *European Journal of Gynaecological Oncology*. 1998; 19(2):120–122.
49. Kovács A, Döbrössy L, Budai A, Boncz I, Cornides Á. A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban. *Orvosi Hetilap*. 2007; 148(12):535-540.
50. Boncz I, Sebestyén A, Döbrössy L, Kovács A, Budai A, Székely T. A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon. *Orvosi Hetilap*. 2007; 148(46):2177-2182.
51. van Bijnen E, den Heijder C, Paget WC, Stobbering E, Verheij R, Bruggeman C. The appropriateness of prescribing antibiotics in the community in Europe: study design. *BMC infectious diseases*. 2011;11(1):293.
52. Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. (2010). Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. 2010; 340:c2096.
53. Teixeira Rodrigues A, Roque F, Falcão A, Figueiras A, Herdeiro MT. Understanding physician antibiotic prescribing behaviour: a systematic review of qualitative studies. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 2013; 41(3): 203-212.
54. Egészségügyi Minisztérium. Szakmai irányelvek-protokollok-módszertani levelek. Elérés: 2013. szeptember 10. <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/minosegfejlesztes/szakmai-iranyelvek>
55. Welschen I, Kuyvenhoven MM, Hoes AW, Verheij TJ. Effectiveness of a multiple intervention to reduce antibiotic prescribing for respiratory tract symptoms in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2004; 329(7463):431-435.
56. Butler CC, Simpson SA, Dunstan F, Rollnick S, Cohen D, Gillespie D, Evans MR. Effectiveness of multifaceted educational programme to reduce antibiotic dispensing in primary care: practice based randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2012; 344: d8173.
57. Gerber JS, Prasad PA, Fiks AG, Localio AR, Grundmeier RW, Bell LM, Zaoutis TE. Effect of an outpatient antimicrobial stewardship intervention on broad-spectrum antibiotic prescribing by primary care paediatricians: a randomized trial. *JAMA*, 2013; 309(22):2345-2352-d8173.
58. Coenen S, Gielen B, Blommaert A, Beutels P, Hens N, Goossens H. Appropriate international measures for outpatient antibiotic prescribing and consumption: recommendations from a national data comparison of different measures. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2014; 69(2): 529-534.

59. Matuz M, Benkő R, Hajdú E, Viola R, Soós G. A hazai ambuláns antibiotikum-alkalmazás minőségi indikátorok szerinti értékelése Orvosi Hetilap., 2013;154(24): 947–956.
60. Netherlands institute for health services research (Nivel). Apres website. [Internetes honlap]. Elérés: 2013. november 10. <http://www.nivel.nl/en/apres>.
61. den Heijer CD, van Bijnen EM, Paget JW, Pringle M, Goossens H, Bruggeman CA, Schellevis FG, Stobberingh EE, The Apres study team (Hoffmann K, Apfalter P, Bartholomeeusen S, Ieven G, Katic M, Budimir A, Hebbrecht G, **Kolozsvári LR**, Kónya J, Korevaar J, Bolibar B, Grenzner E, Mölsted S, Matussek A, Flemming D, Lovering A). Prevalence and resistance of commensal Staphylococcus aureus, including meticillin-resistant S. aureus, in nine European countries: a cross-sectional study. The Lancet Infectious Diseases. 2013;13(5):403-419.
62. van Bijnen EM., Paget J, den Heijer CD, Stobberingh EE, Bruggeman CA, Schellevis FG. (2014). Evidence-based primary care treatment guidelines for skin infections in Europe: A comparative analysis. European Journal of General Practice, 2014; 1(1):1-7.
63. World Health Organisation. International Classification of Diseases (ICD). 2010. Elérés: 2013. december 10. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
64. World Health Organisation. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Elérés: 2013. december 11. http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/.
65. World Health Organisation. WHO International Nonproprietary Names. Elérés: 2013. december 29. <http://www.who.int/medicines/services/inn/en/>.
66. Bényi M, Kéki Z, Hangay I, Kókai Z. Elhízással összefüggő morbiditásnövekedés az Országos Lakossági Egészségfelmérés alapján (2009). Orvosi Hetilap. 2012; 153(20):768-775.
67. 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról. Elérés: 2013. Február. 10. http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=30023.237199
68. Martos É, Kovács VA, Bakacs M, Kaposvári C, Lugasi A. Országos Táplálkozás-és Tápláltsági Állapot Vizsgálat–OTÁP2009. I. A magyar lakosság tápláltsági állapota. Orvosi Hetilap. 2012;153(26):1023-1030.
69. der Leeuw J-v, van Dijk N, Wieringa-de Waard M: Attitudes toward obesity treatment in GP training practices. Family Practice. 2011;28:422–429.
70. Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA, Crabtree BF: Family physicians' practices and attitudes regarding care of extremely obese patients. Obesity (Silver Spring). 2009;17:1710–1716.

71. Salinas GD, Glauser TA, Williamson JC, Rao G, Abdolrasulnia M. Primary care physician attitudes and practice patterns in the management of obese adults: results from a national survey. *Postgraduate Medicine*. 2011;23:214–219.
72. Kovács E, Jancsó Z, Móczár C, Szigethy E, Frese T, Rurik I. Life-long weight change can predict metabolic diseases. *Experimental Clinical Endocrinology and Diabetes*. 2012; 120:573–578.
73. Jancsó Z, Halmy E, Rurik I. Differences in weight gain in hypertensive and diabetic elderly patients: primary care study. *The Journal of Nutrition Health and Aging* 2012; 16(6):592–596.
74. Mold F, Forbes A: Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: a synthesis of current research. *Health Expectations*. 2011. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*. 2013; 16(2): 119.
75. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, Paraponaris A. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obesity Research*. 2005; 13:787–795.
76. Országos Egészségbiztósítási Pénztár. Gyógyszerforgalmi adatok. [internetes honlap]. http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=35,21341107&_dad=portal&_schema=PORTAL
Elérés: 2014. Május 1.
77. Központi Statisztikai Hivatal. [internetes honlap]. http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnt001b.html
Elérés: 2014. Május 1.
78. EGPRN (European General Practitioner Research Network). [internetes honlap]. <http://egprn.org/>.
Elérés: 2013. november 12.
79. World Health Organisation. European Health for All database (HFA-DB). Elérés: 2012. december 10.
<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>.
80. Országos Onkológiai Intézet. Nemzeti Rákregiszter és Biostatistikai Intézet. Elérés: 2013. december 10.
http://www.honcology.hu/portal/page/portal/OOI/MEDICAL_ATTENDANCE/medical_departments/MD_901/Statisztika.
81. Steel N, Willems S. Research learning from the UK Quality and Outcomes Framework: a review of existing research. *Quality in Primary Care*. 2010; 18:117-125.

82. Doran T, Kontopantelis E, Valderas JM, Campbell S, Roland M, Salisbury C. Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *British Medical Journal*. 2011; 342:3590.
83. Galvin R. Pay for performance: too much for a good thing? A conversation with Martin Roland. *Health Affairs*. 2006; 25:412-419.
84. Fleetcroft R, Steel N, Walker S, Howe A. Incentive payments are not related to expected health gain in the pay for performance scheme for UK primary care: cross-sectional analysis. *BMC Health Services Research*. 2012; 12(1):94.
85. Walker S, Mason AR, Claxton K, Cookson R, Fenwick E, Fleetcroft R, Sculpher M. Value for money and the Quality and Outcomes Framework in primary care in the UK NHS. *British Journal of General Practice*. 2012; 60:574- 213-220.
86. Mangin D, Toop L. "The Quality and Outcomes Framework: what have you done to yourselves?." *British Journal of General Practice*. 2007. 57(539): 435-437.
87. McLean G, Sutton M, Guthrie B. "Deprivation and quality of primary care services: evidence for persistence of the inverse care law from the UK Quality and Outcomes Framework." *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006. 60(11): 917-922.
88. Ashworth M, Seed P, Armstrong D, Durbaba S, Jones R. The relationship between social deprivation and the quality of primary care: a national survey using indicators from the UK Quality and Outcomes Framework. *British Journal of General Practice*. 2007. 57(539): 441-448.
89. Benavent J, Juan C, Clos J, Sequeira E, Gimferrer N, Vilaseca J. Using pay-for performance to introduce changes in primary healthcare centres in Spain: first year results. *Quality in Primary Care*. 2009; 17:123-131.
90. Jurgutis A, Vainiomaki P, Stasys R. Primary health care quality indicators for a more sustainable health care system in Lithuania. *Management Theory and Studies for Rural Business Infrastructure Development*. 2011; 2:26.
91. Kirshner K, Braspenning J, Akkermans RP, Annelies Jacobs JE, Grol R. Assessment of a pay-for-performance program in primary care designed by target users. *Family Practice*. 2013; 30:161-171.
92. Busato A, Bhend H, Chmiel C, Tandjung R, Senn O, Zoller M. Improving the quality of morbidity indicators in electronic health records in Swiss primary care. *Swiss Medical Weekly*. 2012; 142:10.

93. Hansen MP, Bjerrum L, Garn-Hansen B, Christensen RD, Davidsen JR, Munck A. Quality indicators for treatment of respiratory tract infections? An assessment by Danish general practitioners. *European Journal of General Practice*. 2013; 19:85-91.
94. Groenewegen PP, Dourgnon P, Greß S., Jurgutis A, Willems S. (2013). Strengthening weak primary care systems: Steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. *Health Policy*. 2013. 13(1): 170-179.
95. Jurgutis A, Vainiomäki P. "Operational System of Evidence Based and Widely Recognised Quality Indicators for PHC performance." Proposal document for discussions with stakeholders (2011).
http://www.ndphs.org/documents/2731/Proposal%20of%20quality%20indicators_fin_2.pdf. .
Elérés: 2012. Január. 12
96. Jurgutis A, Martinkenas A, Kubiliute L, Jukneviute V, Miežitis A, Wilkens, J. Pilot projects carried out in Lithuania and Latvia Quality indicators for high quality PHC performance.
<http://fhskola.ltblekinge.se/download/18.588b0a5513a52b7563450a/WP3+Report+3+Pilot+p+rojects+in+Latvia+and+Lithuania+ImPrim.pdf>.
Elérés: 2012.január. 12.
97. Házi Gyermekorvosok Egyesülete. Házi Gyermekorvosok Egyesülete nyilatkozata. 2012.
Elérés: 2013. december 10.
<http://www.hgye.hu/wp-content/uploads/Indik%C3%A1torok-H%C3%A1zi-gyermekorvosok-01.17.pdf>.
98. Chilton CH, Freeman J, Crowther GS, Todhunter SL, Nicholson S, Wilcox MH. Co-amoxiclav induces proliferation and cytotoxin production of *Clostridium difficile* ribotype 027 in a human gut model. *Journal of antimicrobial chemotherapy*. 2012; 67(4):951-954.
99. Oxford Journals. *Clinical Infectious Diseases*. 2013. Elérés: 2013.szeptember 10.
<http://cid.oxfordjournals.org/content/32/11/1608/F1.expansion.html>.
100. Országos Gyógyszerészeti Intézet. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, Országos Gyógyszerészeti Intézet. Sumetrolim előirat. 2010.
Elérés: 2013. szeptember 10.
http://www.ogyi.hu/kiseroirat/ah/ah_0000014736_20101229112835.doc.
101. Adriaenssens, N; Coenen, S; Versporten, A; Muller, A; Minalu, G; Faes, C; Vankerckhoven, V; Aerts, M; Hens, N; Molenberghs, G; Goossens, H; The ESAC Project Group. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe (1997–2009). *Journal of antimicrobial chemotherapy*. 2011;66(6):3-12.

102. Campbell SM, Eriksson T. Multiple strategies for quality improvement and patient safety – money alone is not the answer, nor is trust. Conclusions of the 6th EQuiP Invitational Conference April 2011. *European Journal of General Practice*. 2011; 17:238-240.
103. Chen JY, Tian H, Taira JD, Brand JC, Chung RS, Legoretta AP. The effect of a PPO pay-for-performance program on patients with diabetes. *The American journal of managed care*. 2010; 16(1):11.
104. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Systematic Review*. 2011; 9:2.
105. Kalabay L. Tudományos munka az alapellátásban. Hazai eredmények és tapasztalatok európai szemmel. *Orvosi Hetilap*. 2010;151(17):707-713.
106. Peckham S, Wallace A. Pay for performance schemes in primary care: what have we learnt? *Quality in Primary Care*. *Quality in Primary Care*. 2010; 18(2): 111-116.
107. Gődény S, Kincses Gy. A hatékony egészségügyi ellátást indokoló körülmények az egészségügyben. In Gődény S (szerk.). *A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben*. Pro Die Kiadó. Budapest; 2007.
108. Petersen LA, Simpson K, Urech TH, Hysong SJ, Profit J, Conrad DA. Effects of individual physician-level and practice-level financial incentives on hypertension care: a randomized trial. *JAMA*. 2013; 310(13):1042-1050.
109. Kidd M (editor). *The contribution of Family Medicine to Improving Health Systems. A guidebook from the World Organisation of Family Doctors*. Radcliffe Publishing Ltd., London; 2013.
110. Kroneman M, Meeus P, Kringos DS, Groot W, van der Zee J. International developments in revenues and incomes of general practitioners from 2000 to 2010. *BMC Health Services Research*. 2013; 13(346).
111. McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *The Annals of Family Medicine*. 2009; 7(2):121-127.
112. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Affairs*. 2004; 23(2):127-141.
113. Langmár Z, Németh M, Kornya L. Méhnyakszűrés Magyarországon–epidemiológiai, történeti és módszertani vonatkozások. *Orvosi Hetilap*. 2011;152(51):2063-2066.
114. Forouzanfar M, Foreman K, Delossantos A, Lozano A, Lopez A, Murray C. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *The Lancet*. 2011; 378(9801):1461-1484.

115. Boncz I, Döbrössy L, Péntek Z, Kovács A, Budai A, Imre L, Vajda R, Sebestyén A. A szervezett országos emlőszűrési program negyedik (2008-2009) szűrési körének részvételi arányai. *Orvosi Hetilap* 2013; 154(50):1975-1983.
116. Dowling EC, Klabunde C, Patnick J, Ballard-Barbash R. Breast and cervical cancer screening programme implementation in 16 countries. *Journal of medical screening*. 2010; 17(3):139-146.
117. Campbell K, Engel H, Timperio A, Cooper C, Crawford D. Obesity management: Australian general practitioners' attitudes and practices. *Obesity Research*. 2000;8:459–466.
118. Forman-Hoffman V, Little A, Wahls T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *BMC Family Practice*. 2006;7:35.
119. Moorhead A, Coates V, Hazlett D, Gallagher A, Murphy K, Nolan G, Dinsmore J. Weight care project: health professionals' attitudes and ability to assess body weight status - study protocol. *BMC Public Health* 2011; 11:202.
120. Halmy L: Az elhízás. Anyagcsere Útmutató. Anyagcsere-endokrinológia. Medicom Kiadó Kft. Budakeszi; 2010.
121. Warner CH, Warner CM, Morganstein J, Appenzeller GN, Rachal J, Grieger T. Military family physician attitudes toward treating obesity. *Military Medicine*. 2008; 173:978–984.
122. Sonntag U, Brink A, Renneberg B, Braun V, Heintze C. GPs' attitudes, objectives and barriers in counselling for obesity-a qualitative study. *European Journal of General Practice*. 2012; 18:9–14.

10.2. Az értekezés alapjául szolgáló közlemények



DEBRECENI EGYETEM EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR
KENÉZY ÉLETTUDOMÁNYI KÖNYVTÁRA

Iktatószám: DEENKÉTK/51/2014.
Tételszám:
Tárgy: Ph.D. publikációs lista

Jelölt: Kolozsvári László Róbert
Neptun kód: IP482P
Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola
Mtm azonosító: 10043815

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. **Kolozsvári, L.R.**, Orozco-Beltran, D., Rurik, I.: Do family physicians need more payment for working better?: Financial incentives in primary care.
Aten. Prim. 46 (5), 261-266, 2014.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.014>
IF:0.957 (2012)
2. **Kolozsvári, L.R.**, Langmár, Z., Rurik, I.: Nationwide screening program for breast and cervical cancers in Hungary: special challenges, outcomes and the role of the primary care provider.
Eur. J. Gynaecol. Oncol. 34 (5), 419-424, 2013.
IF:0.577 (2012)
3. Rurik, I., Torzsa, P., Ilyés, I., Szigethy, E., Halmy, E., Iski, G., **Kolozsvári, L.R.**, Mester, L., Móczár, C., Rinfel, J., Nagy, L., Kalabay, L.: Primary care obesity management in Hungary: Evaluation of the knowledge, practice and attitudes of family physicians.
BMC Fam Pract. 14 (1), 156, 2013.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-156>
IF:1.609 (2012)



10.3. További közlemények



DEBRECENI EGYETEM EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR
KENÉZY ÉLETTUDOMÁNYI KÖNYVTÁRA

További Közlemények

4. **Kolozsvári L.R.**, Rurik I.: A minőség javításának lehetséges eszközei az alapellátásban: Minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők Európában.
Orv. Hetil. 154 (28), 1096-1102, 2013.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/OH.2013.29631>
5. Szigethy, E., Jancsó, Z., Móczár, C., Ilyés, I., Kovács, E., **Kolozsvári, L.R.**, Rurik, I.: Primary care of patients with high cardiovascular risk: Blood pressure, lipid and diabetic target levels and their achievement in Hungary.
Wien. Klin. Wochens. 125 (13-14), 371-380, 2013.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00508-013-0379-2>
IF:0.813 (2012)
6. Rurik I., Boerma W.G.W., **Kolozsvári L.R.**, Lángi L.I., Mester L., Móczár C., Schäfer L.A.W., Schmidt P., Torza P., Végh M., Gronewegen P.P.: QUALICOPC: Az alapellátás minőségének, költségének és méltányosságának vizsgálata Európa országaiban: magyarországi ág.
Orv. Hetil. 153 (35), 1396-1400, 2012.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/OH.2012.29440>
7. Langmár Z., Németh M., **Kolozsvári L.R.**, Joó J.G., Mátrai Z.: A hüvely rosszindulatú daganatai.
Orv. Hetil. 152 (49), 1974-1976, 2011.

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 3.956

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre): 3.143

Debrecen, 2014.05.30



10.4. Egyéb közlemények, konferenciakiadványok

den Heijer CD, van Bijnen EM, Paget JW, Pringle M, Goossens H, Bruggeman CA, Schellevis FG, Stobberingh EE, The Apres study team (Hoffmann K, Apfalter P, Bartholomeeusen S, Ieven G, Katic M, Budimir A, Hebbrecht G, **Kolozsvári LR**, Konya J, Korevaar J, Bolibar B, Grenzner E, Mölsted S, Matussek A, Flemming D, Lovering A). Prevalence and resistance of commensal *Staphylococcus aureus*, including methicillin-resistant *S. aureus*, in nine European countries: a cross-sectional study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2013;13(5):403-419.

Kolozsvári LR, Rurik I. Financial incentives related to quality indicators in European countries. Abstracts from the EGPRN meeting in Kusadasi, Turkey. 15-19 May, 2013. *European Journal of General Practice*. 2013;19(3):173.

Kolozsvári LR, Rurik I. Comparison between primary care indicators in Hungary and in the UK. Abstracts from the EGPRN meeting in Ljubljana, Slovenia, 10th – 13th May, 2012. *European Journal of General Practice*. 2012; 18(3):159-180.

Kolozsvári LR, Rurik I. Administrative and reporting tasks of general practitioners (GP) in Europe. Abstracts from the EGPRN meeting in Kraków, Poland, 13–16 October 2011. *European Journal of General Practice*. 2012;18(1):30-49.

11. TÁRGYSZAVAK

Alapellátás, antibiotikum, elhízás, emlőrák, háziorvosi ellátás, méhnyakrák, minőség, minőségi indikátorok, túlsúly.

Antibiotics, Breast cancer, Cervical cancer, Family medicine, General practice, Quality, Quality indicators, Primary care, Obesity, Overweight.

12. KÖSZÖNETNYÍLVÁNÍTÁS

Nagyon köszönöm **Dr. Rurik Imre** professzor úrnak, témavezetőmnek, a Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Tanszék vezetőjének a lehetőséget és segítséget, amellyel elindított tudományos pályámon, lehetővé tette számomra, hogy részt vegyek hazai és nemzetközi vizsgálatok szervezésében és lebonyolításában, megtanított a publikációk megírásának fortélyaira és útmutatásaival fenntartotta a lendületemet a felmerülő nehézségek során.

Köszönöm a közreműködést és részvételt a **tanszékünk munkatársainak**, hazai és külföldi **kutatótársaimnak**, akik segítségével megvalósulhattak a vizsgálataink, azok közzlése, valamint jelen értekezés elkészülte.

Köszönöm az adatgyűjtés során nyújtott szíves segítségét **Dr. Kőrösi László** OEP osztályvezetőnek a háziiorvosi indikátorrendszerrel-, **Dr. Budai András** Országos Szűrési Koordinátornak a népegészségügyi célú szűrésekkel- és **Dr. Gaudi Istvánnak** a Nemzeti Rákregiszterrel kapcsolatos, kutatásunkhoz nélkülözhetetlen adatok rendelkezésünkre bocsájtásáért.

Hálásan köszönöm a támogatást **feleségemnek, családomnak**, akik a nyugodt háttér biztosításával teremtették meg a körülményeket munkám és kutatásaim végzéséhez illetve elviselték az ezzel járó lemondásokat.

13. MELLÉKLETEK

13.1. Kérdőív a betegek tapasztalatairól

1. Hogyan tudná a saját egészségi állapotát általánosságban leírni?	☐ nagyon jó ☐ jó ☐ elfogadható ☐ rossz																						
2. Van-e önnek régóta fennálló tartós betegsége, mint magas vérnyomás, diabetes, depresszió, asztma ?	☐ igen ☐ nem																						
3. Van-e önnek olyan saját orvosa (pl. háziorvos) akivel általában meg tudja beszélni az egészségügyi problémáit?	☐ Igen, ezt az orvost látogatom most meg ☐ Igen, de az egy másik orvos a rendelőn belül ☐ Igen, de másik orvos, másik rendelőben ☐ Nem, nekem nincs saját orvosom																						
4. Az utóbbi 6 hónapban hányszor látogatta meg a háziorvost? (ugyanazt, vagy egy másikat?)	☐ Ez az első alkalom az utóbbi 6 hónapban ☐ Korábban egyszer ☐ 2 - 4 alkalommal ☐ 5 vagy több alkalommal ☐ nem tudom																						
5. Mi volt a fő oka mai látogatásának? (egyél több válasz is lehet)	☐ beteg volt vagy nem jól érezte magát ☐ orvosi vizsgálat ☐ ismételt gyógyszerfelírás ☐ szakorvosi beutalás ☐ orvosi igazolás ☐ korábbi leletről való konzultáció ☐ egyéb ok																						
6. Gondoljon a mostani vizsgálatra/konzultációra Egyetért-e a következőkkel? 1. Az orvosnál voltak az én orvosi leleteim 2. Az orvos udvarias volt 3. Az orvos figyelmesen meghallgatott engem 4. Az orvos felém fordult, miközben beszélgettünk 5. Az orvos érdeklődött az egészségügyi problémáimról 6. Nem teljesen értettem meg, amit az orvos megpróbált elmagyarázni 7. Az orvos megfelelő időt fordított rám 8. Az orvos bevont engem a kezeléssel kapcsolatos döntésbe 9. Az orvost tudnám ajánlani barátaimnak vagy rokonaimnak 10. Az orvos más lehetséges problémáimról is kérdezett, nemcsak amiért most eljöttem	<table border="0"> <thead> <tr> <th>igen</th> <th>nem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table>	igen	nem	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
igen	nem																						
☐	☐																						
☐	☐																						
☐	☐																						
☐	☐																						
☐	☐																						
☐	☐																						
☐	☐																						
☐	☐																						
☐	☐																						
☐	☐																						
	☐ nekem sohasem kell tolmács																						

7. ha önnek tolmácsolásra volna szüksége, hogy az orvossal beszéljen, rendelkezésre állt-e	☐ igen, ő mindig elérhető ☐ igen, ő általában elérhető ☐ nem, ő nem megfelelő, vagy nem érhető el ☐ nem tudom		
8. Gondoljon arra az orvosra, akivel ma találkozott Egyetért-e a következőkkel? 1. ő ismeri a fontos információkat az én jelenlegi egészségi állapotommal és kórelőzményemmel kapcsolatban 2. Ő ismeri az én életkörülményeimet 3. A doktor nemcsak az orvosi problémáimmal foglalkozik, hanem segít személyes gondjaimban is 4. Ezután a látogatás után úgy érzem, hogy jobban meg tudok majd birkózni egészségügyi problémáimmal, betegséggemmel, mint korábban	igen	nem	nem tudom
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
9. Az elmúlt 12 hónapban beszélt-e az orvos önnek arról, hogyan maradjon egészséges? (pl. étrendről, dohányzásról vagy alkoholfogyasztásról)	☐ igen ☐ nem ☐ nem tudom		
10. Az elmúlt 12 hónapban az orvos megkérdezte-e öntől, hogyan és milyen gyógyszereket szed, beleértve azt is, amit másik orvos írt fel?	☐ igen ☐ nem ☐ nem tudom		
11. Gondoljon arra a rendelőre, ahol ön ma volt. Egyetért-e a következőkkel? 1. a nyitvatartási idő túl kevés 2. ha ön otthonába hívná ki az orvos, kimenne-e? 3. a rendelő túl messze van az én otthonomtól vagy munkahelyemtől 4. amikor telefonon hívtam a rendelőt, túl sokat kellett várni, amíg tudtam beszélni valakivel 5. Én ismerem az esti, éjszakai és ügyeleti ellátás elérhetőségét 6. az engem fogadó munkatárs (nővér) udvarias és segítőkész volt	igen	nem	nem tudom
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
12. Általában mennyi időt tölt utazással otthonából a rendelőig?	☐ kevesebbet, mint 20 percet ☐ 20-40 percet ☐ 40-60 percet ☐ 1 óránál is többet ☐ nem tudom		
13. Kért-e ön időpontot az orvoshoz a mostani látogatásához?	☐ igen ☐ nem → folytassa a 16. kérdéssel		
14. Könnyű volt előjegyzést kapnia?	☐ igen ☐ nem		

15. Hány napot várt erre a vizit-előjegyzésre?	☐ korábban, de ma kértem időpontot ☐ tegnap kértem az előjegyzést ☐ 2-7 napot vártam ☐ 1 hétnél többet vártam ☐ nem tudom																		
16. Mennyi időt kellett ma várnia megérkezésétől (a kapott időponttól) kezdve a konzultációra?	☐ kevesebbet, mint 15 percet ☐ 15-30 percet ☐ 30-45 percet ☐ 45-60 percet ☐ 1 óránál is többet ☐ nem tudom																		
17. Úgy gondolja-e, hogy túl nehéz elérni az orvost este, éjjel, vagy a hétvégén?	☐ igen ☐ nem ☐ nem tudom																		
18. Az elmúlt 12 hónap során, megtörtén-t önnel ebben a rendelőben, hogy: 1. Az orvos vagy a személyzet negatívan állt önhöz? 2. Másik beteget jobban kezeltek, mint önt? 3. Az orvos túl sok figyelmet fordított a pénzre? 4. Az orvos vagy a személyzet nem volt tekintettel az ön etnikai hovatartozására? 5. Az orvos vagy a személyzet nem volt tekintettel az ön nemére?	<table> <tr> <td>igen</td> <td>nem</td> <td>nem tudom</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	igen	nem	nem tudom	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
igen	nem	nem tudom																	
☐	☐	☐																	
☐	☐	☐																	
☐	☐	☐																	
☐	☐	☐																	
☐	☐	☐																	
19. Az elmúlt 12 hónapban volt-e Önnek olyan tapasztalata ebben a rendelőben, hogy: 1. azt gondoltam, hogy a vizsgálatot feleslegesen ismételték meg 2. azt gondoltam, hogy rossz gyógyszert, vagy nem jó adagot írtak fel nekem 3. azt gondoltam, hogy nem volt megbízható a vizsgálat vagy a röntgen eredménye	<table> <tr> <td>igen</td> <td>nem</td> <td>nem tudom</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	igen	nem	nem tudom	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐						
igen	nem	nem tudom																	
☐	☐	☐																	
☐	☐	☐																	
☐	☐	☐																	
20. Ha ön elégedetlen az önnél alkalmazott kezeléssel, úgy gondolja-e, hogy az orvos kész lenne-e ezt önnel megbeszélni?	☐ igen ☐ nem ☐ nem tudom																		
21. Az elmúlt 12 hónapban előfordult-e, hogy elhalasztotta látogatását, vagy el sem ment háziorvosához, amikor pedig szüksége lett volna?	☐ igen ☐ nem → folytassa a 23 kérdéssel																		
22. Mi volt a legfontosabb ok, ami miatt nem ment el az orvoshoz? (egynél több válasz is lehetséges)	☐ nem volt rendben a biztosításom (TAJ) ☐ egyéb anyagi oka volt ☐ képtelen voltam rá fizikailag ☐ túl elfoglalt voltam ☐ egyéb ok																		
23. Az elmúlt 12 hónapban hány alkalommal konzultált egészségügyi szakemberrel, vagy vizsgálták Önt?	☐ nem ☐ 1-2 alkalommal ☐ 3 -5 alkalommal ☐ 6-10 alkalommal																		

		☐ több, mint 10 alkalommal				
24. Egyetért-e a következő állításokkal? 1. Ha én másik háziorvost keresek fel és nem a sajátomat, ő rendelkezik rólam a szükséges információkkal 2. Amikor szakorvoshoz utal, háziorvosom tájékoztatja őt az én megbetegedésemről 3. Amikor szakorvos utalnak, a háziorvosom határozza meg, hogy kihez kell mennem 4. Másik szakorvos kezelése után, az én háziorvosom megismeri az eredményeket 5. Az én háziorvosom nehezen küld el szakorvoshoz		igen	nem	nem tudom	nem tudom	értelmezni
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
25. Az elmúlt 12 hónapban hány alkalommal kereste fel a (kórházi) sürgősségi osztályt?		☐ soha → folytassa a 27 kérdéssel ☐ 1 alkalommal ☐ 2 -3 alkalommal ☐ 4 vagy több alkalommal				
26. Miért ment Ön a sürgősségi osztályra, helyett, hogy háziorvosát kereste volna fel?		☐ Nem akartam, hogy háziorvos kezeljen ☐ nem volt a háziorvos elérhető ☐ pénzügyi okokból ☐ a sürgősségi osztályon rövidebb várakozási időre számítok ☐ a sürgősségi osztályon jobb ellátást kapok ☐ a sürgősségi osztályt könnyebben el tudom érni ☐ egyéb okból				
27. Az elmúlt 12 hónapban vizsgálta vagy kezelte-e önt a körzeti ápoló/nővér?		☐ igen ☐ nem ☐ nem tudom				
28. Ön szerint a betegek a háziorvost keresik-e fel a következők miatt? 1. elvágott ujj összevarrása 2. szemölcs eltávolítás 3. rendszeres egészségügyi vizsgálat 4. látásromlás 5. tanács, a dohányzás elhagyására 6. erősen köhögő gyerekekkel 7. gyomorfájdalom		igen	talán igen	talán nem	nem	nem tudom
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

8. ha vért lát a székletében	☐	☐	☐	☐	☐
9. bokaficam	☐	☐	☐	☐	☐
10. szorongás	☐	☐	☐	☐	☐
11. családon belüli erőszak	☐	☐	☐	☐	☐
12. szexuális problémák	☐	☐	☐	☐	☐
13. párkapcsolati problémák	☐	☐	☐	☐	☐
14. tanácsért, hogy a legjobb kórház vagy szakorvost ajánlja, egy bizonyos kezelésre	☐	☐	☐	☐	☐
29 Mennyire fontos önnek, hogy orvoshoz forduljon, ha a következő tüneteket észleli saját magán?	nagyon fontos	meglehetősen fontos	valamennyire fontos	nem fontos	
1. ha egy hónap alatt 2kg-ot fogyok, anélkül, hogy diétáznék	☐	☐	☐	☐	
2. Légszomjat érzek egy kis séta, vagy könnyű fizikai munka alkalmával	☐	☐	☐	☐	
3. Mellkasi fájdalom sportolás közben	☐	☐	☐	☐	
4. Eszméletvesztés, összeesés	☐	☐	☐	☐	
5. Egy napnál régebben fennálló fejfájás esetén	☐	☐	☐	☐	
6. Egy napnál régebbi hasfájás esetén	☐	☐	☐	☐	
7. Hónapok óta fennálló szorongás esetén	☐	☐	☐	☐	
30. Úgy gondolja, hogy hasznos-e elmenni a háziorvoshoz, a következők miatt:	igen	nem	nem tudom		
1. gyomorpanaszok miatt	☐	☐	☐		
2. Háti és nyaki fájdalom miatt	☐	☐	☐		
3. Idegesség miatt	☐	☐	☐		
4. Hasmenés	☐	☐	☐		
5. Torokfájás	☐	☐	☐		
6. fejfájás esetén	☐	☐	☐		
7. Kimerültség esetén	☐	☐	☐		
8. Nátha					
9. Hányinger esetén					
31. Egyetért-e a következő állításokkal?	erősen egyetértek	egyetértek	nem értek egyet	erősen nem értek egyet	
1. Általában, az orvosban meg lehet bízni	☐	☐	☐	☐	
2. Általában, az emberekben meg lehet bízni	☐	☐	☐	☐	
<i>Befejezésül, kérjük válaszoljon néhány, önre vonatkozó kérdésre</i>					
32. Az ön neme?	☐ férfi ☐ nő				
33. Írja be melyik évben született	születési év: 19__				
34. Ön hol született?	☐ Magyarországon ☐ Másik EU-s országban ☐ Másik Európai országban, amelyik nem EU tag ☐ Észak Amerika, Ausztrália vagy Új Zéland ☐ Másik országban				

35. Hol született az ön édesanyja?	☐ Magyarországon ☐ Másik EU-s országban ☐ Másik Európai országban, amelyik nem EU tag ☐ Észak Amerika, Auszália vagy Új Zéland ☐ Másik országban
36. Van-e az ön háztartásában másik felnőtt (beleértve a 18 évnél idősebb gyermeket is)	☐ igen ☐ nem
37. Van-e 18 évesnél fiatalabb gyerek az ön háztartásában? ?	☐ igen ☐ nem
38. Hogyan tudná leírni az ön jelenlegi foglalkoztatási állapotát? (egynél több válasz is lehetséges)	☐ alkalmazott (közalkalmazott) ☐ vállalkozó, vagy családi vállalkozás ☐ hallgató, diák ☐ munkakereső(munkanélküli) ☐ munkaképtelen, betegség vagy rokkantság miatt nyugdíjas ☐ főleg háztartásbali (gyereket nevel, GYES, GYED)
39. Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége, szakmája?	☐ nincs szakmám, osztályt végeztem az általános iskolában ☐ középiskolát végeztem ☐ főiskolát /egyetemet végeztem
40. Mennyire jól beszéli a magyar nyelvet?	☐ folyamatosan / anyanyelvi szinten ☐ kielégítően ☐ mérsékelten ☐ gyengén ☐ egyáltalán nem
41. Összehasonlítva az országban szokásos, átlagos jövedelemmel, mit tud mondani az ön háztartási jövedelméről?	☐ átlag alatti ☐ átlag körüli ☐ átlag fölötti

Köszönjük, hogy kitöltötte a kérdőívet!

13.2. Kérdőív a betegek számára (elvárások)

1. Hogyan tudná a saját egészségi állapotát általánosságban leírni?	☐ nagyon jó ☐ jó ☐ elfogadható ☐ rossz			
2. van-e önnek régóta fennálló tartós betegsége, mint magas vérnyomás, diabetes, depresszió, asztma?	☐ igen ☐ nem			
3. Mennyire fontosak a következők az ön számára?	nem fontos	valamennyire fontos	fontos	nagyon fontos
1. A (házi)orvosomnál vannak orvosi leleteim	☐	☐	☐	☐
2. Az orvos udvarias	☐	☐	☐	☐
3. Az orvos érdeklődik az egészségi problémáim iránt	☐	☐	☐	☐
4. Én világosan megértem, amit ez az orvos elmagyaráz nekem	☐	☐	☐	☐
5. Ez az orvos bevon engem a kezeléssel kapcsolatos döntésekbe	☐	☐	☐	☐
6. Az orvos érdeklődik más problémáim iránt is, nemcsak amiért idejöttem	☐	☐	☐	☐
7. A recepció személyzet (nővér) kedves és segítőkész	☐	☐	☐	☐
4. Mennyire fontosak a következők az ön számára?	nem fontos	valamennyire fontos	fontos	nagyon fontos
1. Az orvos fontos információkat tud az én korábbi betegségeimről?	☐	☐	☐	☐
2. Az orvos ismeri az életkörülményeimet	☐	☐	☐	☐
3. Én úgy érzem, hogy ezután a vizit után képes lettem jobban foglalkozni a saját egészségügyi problémáimmal	☐	☐	☐	☐
5. Mennyire fontosak a következők az ön számára?	nem fontos	valamennyire fontos	fontos	nagyon fontos
1. A rendelésnek kiterjesztett nyitvatartási ideje van	☐	☐	☐	☐
2. Könnyen kapok előjegyzést rendelési időpontra	☐	☐	☐	☐
3. Tudom, hogyan vehetem igénybe az esti, éjszakai és a hétvégi ügyeleti szolgáltatásokat	☐	☐	☐	☐
4. Ez a rendelés közel van az én lakó/munkahelyemhez	☐	☐	☐	☐
5. Ha ide telefonálok rövid várakozás után kapcsolatba tudok kerülni a praxisban	☐	☐	☐	☐
6. Mennyire fontosak a következők az ön számára? Mielőtt még találkozik az orvossal?	nem fontos	valamennyire fontos	fontos	nagyon fontos
1. Az orvossal való találkozás előtt nem kell a recepciósnak, vagy a nővérnek részletesen beszámolnom egészségi problémáimról	☐	☐	☐	☐
2. Az orvos felkészült a velem való találkozásra elolvastván kártyámat	☐	☐	☐	☐
3. Fel tudok készülni a konzultációra felkészülve kérdéseimre és feljegyezve panaszaimat, tüneteim	☐	☐	☐	☐
4. El tudom hozni magammal valamelyik családtagomat, barátomat, ha úgy gondolom, hogy ez hasznos lehet	☐	☐	☐	☐

5. Tudom, hogy melyik doktorral fogok találkozni, melyik fog vizsgálni 6. Be tudom tartani az előjegyzési időmet 7. Az előbbi 6 tételből, melyik az ön számára a legfontosabb?	a legfontosabb számomra: ____ (írja be kérdés számát)																																																																
7. Mennyire fontosak a következők az ön számára? <u>Az irvossal való beszélgetés, konzultáció közben</u> 1. Az orvos üdvözlöl azzal, hogy szemkontaktusban van velem 2. Az orvos láthatóan figyel rám 3. Az orvos nem érzetteti velem, hogy időkényszerben van 4. Az orvos figyelemmel van az én személyes, szociális és kulturális körülményeimmel 5. az orvosnak nincs előítélete az én életkorom, nemem, vallásom vagy kulturális helyzetem miatt 6. Az orvos úgy kezel, mint egy személyt és nem úgy mint egy orvosi problémát 7. Az orvos tekintettel van rám a fizikális vizsgálat során és nem szakít engem félbe 8. Az orvos komolyan vesz engem 9. Az orvos megért engem 10. Az orvos kérdez engem, ha kérdésem van 11. Az orvos megkérdezi, hogy megértettem-e mindent? 12. Az orvos tudja, hogy mikor küldjön engem szakorvoshoz 13. Az orvos megkérdezi, hogyan szeretném a kezelést? Az orvos megkérdezi, hogyan szeretném a kezelést? 14. Az előző 13 témából melyik az amelyik az ön számára a legfontosabb?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>nem fontos</th><th>valamennyire fontos</th><th>fontos</th><th>nagyon fontos</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table> a legfontosabb számomra: ____ (írja be kérdés számát)	nem fontos	valamennyire fontos	fontos	nagyon fontos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
nem fontos	valamennyire fontos	fontos	nagyon fontos																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
8. Mennyire fontosak a következők az ön számára? <u>Az orvossal való beszélgetés, konzultáció során</u> 1. Az orvos kerüli a konzultáció alatti zavaró tényezőket (pl. telefonálás) 2. A z orvos kiegészítő információkat is ad nekem egészségügyi problémáimról, pl. szórólapot, ismertetőt 3. Az orvos tájékoztat engem a megbízható további információ-forrásokról, pl. honlapokról 4. Én közlöm az orvossal, hogy miről akarok vele konzultálni 5. Felkészültem arra, hogy kérdezek és jegyzeteljek 6. Hálás vagyok és nem érzem magam zavarban, hogy az egészségügyi problémáimról beszéljek 7. Nyitott vagyok másik kezelés alkalmazására is, mint pl. ön-mediáció vagy alternatív orvoslás	<table border="1"> <thead> <tr> <th>nem fontos</th><th>valamennyire fontos</th><th>fontos</th><th>nagyon fontos</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table>	nem fontos	valamennyire fontos	fontos	nagyon fontos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																								
nem fontos	valamennyire fontos	fontos	nagyon fontos																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														
☐	☐	☐	☐																																																														

8. A lelki gondokat és a többi emberrel való problémákat is meg tudjuk beszélni 9. Az előző 8 kérdésből melyik az amelyik az ön számára a legfontosabb?	a legfontosabb számomra: ____ (írja be kérdés számát)																								
9. Mennyire fontosak a következők az ön számára? <u>Az orvossal való beszélgetés, konzultáció után</u> 1. Az orvos minden vizsgálati eredményemet, leletemet odaadja nekem, még akkor is ha nem kórosak. 2. Az orvos lehetőséget ad nekem a telefonos vagy e-mailos konzultációra, ha más kérdésem is lenne még 3. Az orvos világos tanácsokat adott nekem, mit tegyek ha rosszabbodik az állapotom 4. Tartom magam a megbeszélte kezeléshez 5. Tájékoztatom az orvost, hogy mennyire eredményes a kezelés 6. Más orvoshoz is tudok menni, ha úgy érzem szükséges 7. Az előző 6 kérdésből melyik az amelyik az ön számára a legfontosabb	<table border="1"> <thead> <tr> <th>nem fontos</th> <th>valamennyire fontos</th> <th>fontos</th> <th>nagyon fontos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </tbody> </table> a legfontosabb számomra: ____ (írja be kérdés számát)	nem fontos	valamennyire fontos	fontos	nagyon fontos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
nem fontos	valamennyire fontos	fontos	nagyon fontos																						
☐	☐	☐	☐																						
☐	☐	☐	☐																						
☐	☐	☐	☐																						
☐	☐	☐	☐																						
☐	☐	☐	☐																						
<i>Végül szeretnénk még néhány kérdést feltenni az ön körülményeiről</i>																									
10. Az ön neme?	☐ Férfi ☐ Nő																								
11. Írja be születési idejét, kérem írja be	születési ideje: 19__																								
12. Hol született ön?	☐ Magyarországon ☐ Másik EU-s országban ☐ Másik Európai országban, amelyik nem EU tag ☐ Észak Amerika, Ausztrália vagy Új Zéland ☐ Másik országban																								
13. Hol született az ön édesanyja?	☐ Magyarországon ☐ Másik EU-s országban ☐ Másik Európai országban, amelyik nem EU tag ☐ Észak Amerika, Ausztrália vagy Új Zéland ☐ Másik országban																								
14. Van-e az ön háztartásában másik felnőtt személy beleértve a 18 évnél idősebb gyermeket is)	☐ igen ☐ nem																								

15. Van-e 18 évesnél fiatalabb gyerek az ön háztartásában?	☐ igen ☐ nem
16. Hogyan tudná leírni az ön jelenlegi foglalkoztatási állapotát? (egynél több válasz is lehetséges)	☐ alkalmazott (közalkalmazott) ☐ vállalkozó, vagy családi vállalkozás ☐ hallgató, diák ☐ munkakereső(munkanélküli) ☐ munkaképtelen, betegség vagy rokkantság miatt nyugdíjas ☐ főleg háztartásbeli (gyereket nevel, GYES, GYED)
17. Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége, szakmája?	☐ nincs szakmám, osztályt végeztem az általános iskolában ☐ középiskolát végeztem ☐ főiskolát / egyetemet végeztem
18. Mennyire jól beszéli a magyar nyelvet?	☐ folyamatosan / anyanyelvi szinten ☐ kielégítően ☐ mérsékelten ☐ gyengén ☐ egyáltalán nem
19. Összehasonlítva az országban szokásos, átlagos jövedelemmel, mit tud mondani az ön háztartási jövedelméről?	☐ átlag alatti ☐ átlag körüli ☐ átlag fölötti

Köszönjük, hogy kitöltötte a kérdőívet!

13.3. Háziiorvosi kérdőív

1. Az ön neme ?	☐ Férfi ☐ Nő			
2. Kérem írja be melyik évben született	Születési év: 19__			
3. Magyarországon született?	☐ igen ☐ nem			
4. Hogyan tudná jellemezni azt a helységet, ahol jelenleg dolgozik?	☐ Nagy(bel)város ☐ Külváros ☐ (Kis) város ☐ Keverk városi-falusi ☐ Falusi			
5. Mekkora az ön praxisának bejelentkezett beteg-biztosított / létszáma?	betegek száma: ____			
6. Összehasonlítva az ön betegek közötti arányt az országos átlaggal, mennyiben gondolja jellemzőnek a következőket:	átlag alatti	átlagos	átlag fölötti	nem tudja megítélni
1. idős emberek (70 év fölött)	☐	☐	☐	☐
2. Szociálisan hátrányos helyzetű emberek	☐	☐	☐	☐
3. Etnikai kisebbség	☐	☐	☐	☐
7. Mennyiben véli úgy, hogy az Ön praxisában a betegek cserélődése más praxisokkal összehasonlítva	átlag alatti	átlagos	átlag fölötti	nem tudja megítélni
	☐	☐	☐	☐
8. Hetente hány órát dolgozik háziiorvosként? <u>Ne számítsa</u> ide egyéb tevékenységét és az ügyeletben töltött időt	hetente: ____ óra			
9. Ennek az időnek mekkora részében van kapcsolatban betegeivel? (Konzultáció, betegvizsgálat, otthoni vizit, telefonos tanácsadás)	hetente: ____ óra			
10. Egy átlagos heti <u>munkanapon</u> hány beteggel van kapcsolatban?				
1. Személyes találkozás a rendelőben	____ fő /naponta			
2. Telefonon	____ fő /naponta			
3. E-mail kapcsolat	____ fő /naponta			
11. Egy átlagos, megszokott orvos beteg találkozásnak mennyi az időtartama az ön rendelőjében?	____ perc			

12. Egy átlagos munkahéten, hány beteget lát el?

1. A beteg otthonában
2. Kórházban
3. Idősek ápolási otthonában
4. Egyéb intézményben

hetente: _____ fő

hetente: _____ fő

hetente: _____ fő

hetente: _____ fő

13. Az utóbbi 3 hónap során (szabadságot, távollétet ide **nem** számítva) milyen gyakran és milyen időtartamban vett részt az ügyeletben: este, éjszaka és hétvégén?

1. Esti ügyelet (készenlét)
2. Éjszakai ügyelet
3. Nappali ügyelet hétvégén

____ alkalommal; összesen ____ órában

____ alkalommal; összesen ____ órában

____ alkalommal; összesen ____ órában

14. Az ön háziiorvosi munkája mellett, van-e egyéb fizetett munkája, szakmai feladata? (több választ is bejelölhet)

- ☐ nincs
- ☐ igen, magánrendelés
- ☐ igen, bentlakásos intézményben
(Pl. ápolási otthon, börtön stb.)
- ☐ igen, vállalati orvos
- ☐ igen, oktatás, orvosképzés, foglalkozás-egészségügy
- ☐ igen, egyéb

15. Háziiorvosi munkáját vállalkozóként, vagy alkalmazottként végzi?

- ☐ Fizetett alkalmazott, rendelőintézetben, hatóságnál vagy önkormányzatnál
- ☐ Másik háziiorvos fizetett alkalmazottja
- ☐ Vállalkozásban, szerződésben eü. szolgáltatóval, biztosítóval vagy önkormányzattal
- ☐ Vállalkozásban, szerződés nélkül

16. Kérem, becsülje meg, hogy a következő tételek milyen arányt képviselnek az Ön háziiorvosi jövedelmén belül

- ☐ fizetés ____ %
- ☐ beteglétszám arányos díjazás (kártyapénz) egy állandó összeg egy bizonyos időtartamra vonatkoztatva ____ %
- ☐ díjazott szolgáltatás, amelyet harmadik személy fizet ____ %
- ☐ a beteg által fizetett díjak ____ %
- ☐ bizonyos célok teljesülése miatti külön díjazás (indikátorok alapján) ____ %
- ☐ egyéb források ____ %

17. Kap-e ön külön kiegészítő díjazást a következőkért?

1. Diabetesesek kezeléséért
2. Hypertóniások kezeléséért
3. Bizonyos célértékek eléréseért a szűrés és prevenció során
4. Szakorvosi ellátásra való továbbküldési arány
5. Fogytékosok kezeléséért
6. Távoli munkahelyen való munkáért

igen nem nem tudom

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐

18. Egyedül dolgozik-e ön, vagy más háziorvosokkal, szakorvosokkal való közös elhelyezésben?

☐ egyedül _____ FTE
☐ közösen ____ (fő) számított ____ FTE

Kérem számítsa ki és írja be az Idő-Ekvivalencia értékét (*Full Time Equivalents (FTE)*).
 például egyik doktor heti 5 napot dolgozik = 1 FTE
 másik hetente 2,5 napot (5 fél-műszak) = 0,5 FTE
 ez mindösszesen = 1.5 FTE

☐ közösen ____ (fő) számított ____ FTE
 másik szakorvossal, közös elhelyezésben

19. A következők közül mely szakemberek dolgoznak még az ön (ök) rendelőjében?

tegyen **X**-et a megfelelő hely(ek)re

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Recepció / orvosírnok (titkár) | ☐ |
| 2. Körzeti nővér | ☐ |
| 3. Közösségi / otthoni ápoló | |
| 4. Pszichiátriai nővér | ☐ |
| 5. Praktizáló nővér (az orvos és nővér közötti szakmai jogosítványokkal) | ☐ |
| 6. Laboratóriumi asszisztens | ☐ |
| 7. Külön rendelői manager (nem orvos) | ☐ |
| 8. Szülésznő | ☐ |
| 9. Fizioterapeuta (gyógytornász) | ☐ |
| 10. Fogorvos | ☐ |
| 11. Gyógyszerész | ☐ |
| 12. Szociális munkás | ☐ |

20. Használ-e (hivatalos) klinikai kezelési útmutatót a következő megbetegedéseknél?

igen nem útmutató
nincs hozzá

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Idült szívelégtelenség | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Asztma | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. COPD | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Diabétesz | ☐ | ☐ | ☐ |

21. Az elmúlt 12 hónap során részt vett-e a következő krónikus betegségek kezelési programjaiban?
 (Ezek a programok kidolgozott protokollok alapján, a praxison kívül, több szakmának együttműködését igénylik)

igen nem
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐

1. Idült szívelégtelenség
2. Asthma
3. COPD
4. Diabetesz

22. Az elmúlt 12 hónap során előfordult-e az ön praxisának vonatkozásában?

igen nem

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. A gyógyszerfelírásra vonatkozó visszajelzés, az eü. hatóságtól, eü. ellátótól, egészségbiztosítótól? | ☐ | ☐ |
| 2. Másik háziorvostól való visszajelzés, vagy praxisának felkeresése auditálás céljából? | ☐ | ☐ |
| 3. Betegeinek megelégedettségével kapcsolatos vizsgálat? | ☐ | ☐ |

23. Szakorvosi beutalás szükségessége esetén, ki dönti el, hogy a beteg hová legyen beutalva?

☐ én, mint orvos
☐ a beteg önmaga

☐ közös döntés eredménye

24. Szakorvosi beutalás esetén, milyen mértékben veszi figyelembe a következő szempontokat?

1. A beteg igényét, hogy hová szeretne menni
2. S beteg utazási távolságát
3. Az ön korábbi tapasztalatait az illető szakorvosra vonatkozóan
4. A szakorvos teljesítményének összehasonlító értékelését
5. A beteg várakozási (előjegyzési) idejét
6. A beteg költségeit

Mindig	Néha	Soha
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

25. Kérem X-elje be az ön praxisában az ön, vagy munkatársa(i) által használt eszközöket

Laboratórium

- ☐ Hemoglobinométer
- ☐ vércukor meghatározó
- ☐ koleszterin meghatározó
- ☐ vérsejt számláló

Képalkotó

- ☐ Ophthalmoscop
- ☐ Proctoscop
- ☐ Otoscop
- ☐ Gastroskop
- ☐ Sigmoidoscop
- ☐ Rtg
- ☐ Hasi / magzati ultrahang
- ☐ Microscop

Functiók vizsgálata

- ☐ Audiometer
- ☐ Kerékpár ergométer
- ☐ Szem tonométer
- ☐ Áramlásmérő/ PEF meter
- ☐ Spirométer
- ☐ EKG
- ☐ Vérnyomásmérő
- ☐ Infúziós készlet
- ☐ Orvosi sürgősségi táska

Egyéb

- ☐ Húgycsőkatéter
- ☐ Alvadásmérő /Coagulometer
- ☐ Sebészeti készlet
- ☐ Varróanyagok és készlet
- ☐ Defibrillátor
- ☐ Egyszerhasználatos fecskendők
- ☐ Egyszerhasználatos kesztyűk
- ☐ Hűtőszekrény gyógyszerek számára
- ☐ Újraélesztési szett

26. Milyen a laboratórium elérhetősége önnél?

- ☐ a mi praxisunkban /rendelőnkön belül
- ☐ könnyű hozzáférés rendelőn kívül
- ☐ nem megfelelő a hozzáférés

27. Milyen az rtg. vizsgálatok elérhetősége?

- ☐ a mi praxisunkban /rendelőnkön belül
- ☐ könnyű hozzáférés rendelőn kívül
- ☐ nem megfelelő a hozzáférés

28. Milyen távolságra van közúton az ön praxisának épülete a következőktől?

1. A legközelebbi háziorvosi rendelő (nem az ön(ök) csoportpraxisa)

2. A legközelebbi szakorvosi /szakrendelői intézet

3. A legközelebbi kórház

ugyanazon épületben	kevesebb 10 km-nél	11-20 km	több, mint 20 km
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

29. Egy átlagos munkanapon hány munkaórát van nyitva a betegek számára az ön(ök) praxisa (leszámítva az ebédszünet miatt zárvatartást)?

_____ óra hosszát munkanaponkon

30. lehetséges-e az ön betegek számára, hogy felkeressék rendelését

1. Legalább egyszer hetente 18 ó után?

2. Hétvégén, legalább egyszer havonta?

☐ igen ☐ nem

☐ igen ☐ nem

31. Esténként, éjszakánként vagy hétvégén van-e az ön betegeinek hozzáférése nem sürgősségi orvosi ellátáshoz?

☐ nem értelmezhető (én mindig elérhető vagyok betegeim számára)

☐ én elérhető vagyok más háziorvosokkal közösen kialakított forgó beosztásban

☐ én nem vagyok elérhető, de beosztás alapján másik háziorvos elérhető

☐ másik (nem házi) orvos biztosítja az ügyeleti szolgálatot

☐ egyéb megoldás

32. Szombaton és vasárnap van-e az ön betegeinek hozzáférése nem sürgősségi orvosi ellátáshoz?

☐ nem értelmezhető (én mindig elérhető vagyok betegeim számára)

☐ én elérhető vagyok más háziorvosokkal közösen kialakított forgó beosztásban

☐ én nem vagyok elérhető, de beosztás alapján másik háziorvos elérhető

☐ másik (nem házi) orvos biztosítja az ügyeleti szolgálatot

☐ egyéb megoldás

33. Az ön beteg konzultációnak / vizsgálatainak mekkora része történik előjegyzés alapján?

kb _____%

34. Kínál-e ön nyitott rendelőt? (ahol bárki, bármikor megjelenhet?)

☐ Igen ☐ Nem

35. Az elmúlt 12 hónapban segítette-e hátrányos helyzetű betegeit a következők közül valamelyikkel?

1. Ingyenes gyógyszer (orvosi minta) átadásával?
2. A legolcsóbb ekvivalens gyógyszer felírásával?
3. Eltekintett-e /lemondott-e a beteg elvárt

pénzügyi hozzájárulásától? (co-payment)

- ☐ Igen ☐ Nem
☐ Igen ☐ Nem
☐ Igen ☐ Nem

36. Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran észlelte, hogy betege anyagi okokból elhalasztotta az orvos felkeresését?

- ☐ gyakran ☐ néha ☐ soha

37. Amikor új beteg jelentkezik be az ön praxisába megkapja-e a korábbi dokumentációt az őt megelőzően kezelő orvostól?

- ☐ igen, mindig vagy általában
☐ alkalmanként
☐ ritkán vagy soha

38. Milyen korlátozásokat alkalmaz ön, amikor új beteg jelentkezik be praxisába?
(több választ is bejelölhet)

- ☐ nincs korlátozás, mindenkit elfogadok
☐ a maximált létszám fölött már nem vállalom új beteget
☐ bizonyos életkor fölötti betegeket nem vállalom
☐ működési területemen (földrajzi határokon) kívüli beteget nem vállalom
☐ új beteg felvételénél várakozási időt alkalmazok

39. Ellát-e olyan betegeket, akiknek ellátását senki sem finanszírozza? (pl. nincs biztosítása, illegális emigráns)

- ☐ a bejelentkezés elfogadása függ a beteg kórelőzményétől
☐ a bejelentkezés elfogadása függ a beteg biztosítási (jog)viszonyától
☐ igen, (szinte) mindig
☐ igen, de csak sürgősség esetén
☐ igen, néha
☐ nem

40. Az ön által vezetett orvosi dokumentáció általában tartalmazza a következő információkat (jelölje be az ide vonatkozókat)

- ☐ ilyen emberek nem fordulnak elő praxisomban
☐ nem értelmezhető (országunkban ezt is díjazzák)
☐ élet (lakás) körülmények
☐ etnikum
☐ a beteg családi anamnézise (pl. depresszió, tumor)
☐ a beteg súlya és magassága
☐ dohányzás
☐ vérnyomás
☐ a megjelenés oka
☐ diagnózis
☐ felírt gyógyszerek
☐ vizsgálati eredmények (labor)

41. Hogyan vezeti ön az orvosi dokumentációt? (jelölje be az ide vonatkozókat)

- ☐ a kis jelentőségű vagy triviális panaszok kivételével mindent feljegyzek
☐ csak a rendszeresen megjelenő betegekről vezetek feljegyzéseket

42. Az utolsó 2 évben használta-e orvosi feljegyzéseit a betegek életkor, diagnózis vagy rizikó alapú listázására, rendszerezésére? (jelölje be a megfelelőt!)

- ☐ feljegyzem, kivéve ha túl sok
- ☐ mindent feljegyzek rutinszerűen minden beteggel való találkozásról
- ☐ nem tudom
- ☐ Nem
- ☐ igen, életkor alapján (pl. 50 év felettieket)
- ☐ igen, diagnózis vagy egészségügyi rizikó alapján (pl. diabetes vagy hypertonia)
- ☐ igen, gyógyszerelés alapján (pl. a többféle gyógyszert szedő betegeket)
- ☐ igen, emlékeztetőt küldeni prevenció vagy ellenőrző vizsgálat céljából

43. A felsoroltak közül milyen célra használja praxisában a komputert?

(jelölje be a megfelelőt!)

- ☐ nem értelmezhető (nem használom komputert)
- ☐ időpont előjegyzést készíteni
- ☐ számlát kiállítani
- ☐ receptet írni
- ☐ a vizsgálatok dokumentálására
- ☐ a szakorvosoknak beutaló küldésére
- ☐ vizsgálati eredmények tárolására
- ☐ orvosi információ keresésére az interneten
- ☐ gyógyszer felírást küldeni a gyógyszertárba

44. Milyen gyakran találkozik személyesen a következő szakemberekkel (szakmai vagy társasági környezetben):

1. Másik háziorvos
2. Körzeti ápolónő
3. Szakember a szakorvosi rendelőben
4. Kórházi egészségügyi szakember
5. Gyógyszerész
6. Háziápoló
7. Szülésznő
8. Gyógytornász
9. Szociális munkás
10. Dietetikus

Ritkán vagy soha	Minden 1-3 hónapban	Többször, mint havonta egyszer
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

45. Milyen gyakran kér tanácsot (pl. telefonon) a következő egészségügyi szakemberektől?

1. Gyermekgyógyász
2. Belgyógyász
3. Nőgyógyász
4. Sebész
5. Neurológus
6. Bőrgyógyász
7. Geriáter
8. Pszichiáter / lelki egészségügyi szakember
9. Radiológus

Ritkán vagy soha	Minden 1-3 hónapban	Többször, mint havonta egyszer
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

46. Az ön körzeti ápolónője vagy asszisztense nyújt-e önállóan	☐ Nem alkalmazható (Nincs ápoló a praxisomban) ☐ igen ☐ nem			
1. Immunizációt (védőoltás)				
2. Egészségfejlesztési tanácsot (pl. életmódi vagy, dohányzásról leszoktató tanácsot)	☐ igen ☐ nem			
3. Krónikus betegek rutinszerű vizsgálatát, gondozását (Pl. diabetes)	☐ igen ☐ nem			
4. Kisebb beavatkozásokat (fülmosás, sebkezelés)	☐ igen ☐ nem			
47. Milyen gyakorisággal készít ön beutalókat, referáló leveleket betegeinek szakorvoshoz való továbbirányítása alkalmából, amely az eddigi leleteket és a feltételezett diagnózist tartalmazza?	☐ minden betegnél, akit beutalok ☐ a legtöbb betegnél, akit beutalok ☐ a betegek kisebb részénél ☐ ritkán vagy soha			
48. Milyen mértékben tájékoztatják önt a szakorvosok, miután az ön betegének kivizsgálását, vagy kezelését befejezték?	☐ (szinte) mindig ☐ gyakran ☐ alkalmanként ☐ ritkán vagy soha			
49. Miután az ön betegét elbocsátották a kórházból általában mennyi ideig tart, amíg zárójelentést kap a kórháztól?	☐ 1- 4 nap ☐ 5-14 nap ☐ 15-30 nap ☐ több mint 30 nap ☐ én ritkán vagy sohasem kapok zárójelentést			
50. Az ön betegek közül, (akik általában önhöz járnak háziiorvosi ellátásra is) mennyire gyakran keresik meg önt, mint elsődleges ellátót, a következő egészségügyi problémák jelentkezése esetén?	(szinte) mindig	általában	alkalmanként	ritkán/soha
(Ez csak az első ellátásra vonatkozik, nem a későbbi diagnózis vagy kezelés esetére).				
1. Erősen köhögő gyermek	☐	☐	☐	☐
2. 8 éves gyermek hallászavarral	☐	☐	☐	☐
3. 18 éves nő orális fogamzásgátlás miatt	☐	☐	☐	☐
4. 24 éves férfi gyomorfájdalommal	☐	☐	☐	☐
5. 45 éves férfi mellkasi fájdalommal	☐	☐	☐	☐
6. 50 éves nő, csomóval a mellében	☐	☐	☐	☐
7. 60 éves nő látásromlással	☐	☐	☐	☐
8. 60 éves nő polyuriával	☐	☐	☐	☐
9. 60 éves nő heveny paralysis/paresis tüneteivel	☐	☐	☐	☐
10. 70 éves férfi ízületi fájdalommal	☐	☐	☐	☐
11. 75 éves nő enyhe memóriazavarral	☐	☐	☐	☐
12. 35 éves férfi bokaficammal	☐	☐	☐	☐
13. 28 éves férfi ez első konvulzióval	☐	☐	☐	☐
14. 45 éves szorongó férfi	☐	☐	☐	☐

15. 13 éves fizikálisan bántalmazott gyerekek	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐
16. Pár, párkapcsolati problémákkal				
17. 50 éves nő psycho-szociális problémákkal	☐	☐	☐	☐
18. 32 éves férfi sexuális problémákkal	☐	☐	☐	☐
19. 52 éves férfi alkohol addikcióval	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

51. Milyen mértékben van ön bevonva praxisában a következő betegségek kezelésébe és utánkövetésébe? (praxis alatt azokat értik, akik általában az ön alapellátási körzetébe tartoznak)

	(szinte) mindig	általában	alkalmanként	ritkán/soha
1. Chronicus bronchitis/ COPD				
2. Árpa	☐	☐	☐	☐
3. Fekélybetegség	☐	☐	☐	☐
4. Discus hernia	☐	☐	☐	☐
5. Pangásos szívelégtelenség	☐	☐	☐	☐
6. Pneumonia	☐	☐	☐	☐
7. Peritonsillaris abscessus				
8. Parkinson betegség	☐	☐	☐	☐
9. Szövődménymentes diabetes (2-es típus)	☐	☐	☐	☐
10. Rheumatoid arthritis	☐	☐	☐	☐
11. Depresszió	☐	☐	☐	☐
12. Myocardialis infarctus	☐	☐	☐	☐

52. Milyen gyakran végzi el Ön vagy munkatársa a következő beavatkozásokat praxisában más egészségügyi szakember bevonása nélkül?

(praxis alatt azokat értik, akik általában az ön alapellátási körzetébe tartoznak) Pl. a funduskópiát szinte mindig ön végzi, x-elje be a megfelelő kockát!

	(szinte) mindig	általában	alkalmanként	ritkán/soha
1. Benőtt köröm csücskének kimetszése	☐	☐	☐	☐
2. faggyúcysta eltávolítása a hajas fejbőről	☐	☐	☐	☐
3. seb varrat	☐	☐	☐	☐
4. szemölcseltávolítás	☐	☐	☐	☐
5. IUD felhelyezése	☐	☐	☐	☐
6. Fundoscopia	☐	☐	☐	☐
7. Izületi injekció	☐	☐	☐	☐
8. Bokarögzítés, sinezés	☐	☐	☐	☐
9. Cryotherapia (szemölcs, hólyag)	☐	☐	☐	☐
10. Intravénás infúzió bekötése				

53. Mikor mér ön vagy munkatársa vérnyomást?
(egynél több válasz is lehetséges)

- ☐ Megfelelő állapottal összefüggésben
☐ Igény esetén
☐ Rutinszerűen a rendelőben jelentkezőknél, függetlenül a megjelenés okától
☐ felnőtteknél, akiket ezért hívtunk be
☐ Megfelelő állapottal összefüggésben
☐ Igény esetén
☐ Rutinszerűen a rendelőben jelentkezőknél, függetlenül a megjelenés okától
☐ felnőtteknél, akiket ezért hívtunk be
☐ Nem végzünk ilyen vizsgálatot

55. Milyen mértékben van ön bevonva a következő témákkal kapcsolatos egészségügyi felvilágosításba?
(egynél több válasz is lehetséges)

nem vagyok bevonva a normális beteg-kapcsolattal összefüggésben csoportfoglalkozások vagy különleges események esetén

1. Dohányzás
 2. Étrend
 3. Problémás alkoholfogyasztás
 4. Fizikai aktivitás

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

56. Ön vagy praxisának munkatársa részt vesz-e a következő tevékenységekben?

1. Rutinszerű, szülést megelőző gondozás
 2. Gyermek immunizálása (program alapján)
 3. gyermekgyógyászati szűrővizsgálatok, 4 évesnél fiatalabb gyermeknél
 4. Influenza vakcináció (program alapján)
 5. Palliatív gondozás

részt vesz	nincs
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

57. Az elmúlt 12 hónapban tartott-e ön külön ellátást, tanácsadást a következő betegcsoportok részére?

1. Diabetesz betegek
 2. Hypertóniás betegek
 3. Terhesek
 4. Idősek

Igen	Nem
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

58. Amennyiben ön a betegellátás során a következő problémákkal szembesül, készít-e jelentést erről (pl. a hatáság számára?)

1. Ismételt balesetek ipari környezetben
 2. Gyakori, ismétlődő légzőszervi panaszok egy bizonyos üzem környékén
 3. Ismételt ételmérgezés egy bizonyos körzetben élő emberek körében

Igen	talán igen	talán nem	nem	nem tudom
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

59. Az elmúlt 12 hónapban hány hetet volt távol praxisától a felsorolt okok miatt?

1. Konferencián, vagy más képzésben való részvétel
 2. Tudományos tevékenység, kutatás
 3. Nyaralás
 4. Betegség

____ hét
 ____ hét
 ____ hét
 ____ hét

60. Mennyire ért egyet a következő állításokkal?	teljesen egyetértek	egyetértek	nem értek egyet	egyáltalán nem értek egyet
1. Úgy érzem, hogy a munkám egy része értelmetlen				
2. Az én munkám még mindig érdekelt engem, annyira mint korábban	☐	☐	☐	☐
3. A munkám túlterhelő a szükségtelen adminisztrációs terhelések miatt	☐	☐	☐	☐
4. Túl sok stressz é jelenlegi munkakörömben	☐	☐	☐	☐
5. Háziorvosnak lenni elismert munka	☐	☐	☐	☐
6. Munkámban jó egyensúly van a teljesítés és a díjazás között	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐

Köszönjük, hogy kitöltötte ezt a kérdőívet!

13.4. A háziorvosok elhízással kapcsolatos tudásának, gyakorlatának és attitűdjének felmérésére szolgáló kérdőív

A1. Születési éve:

Nem: 1. férfi 2. nő

Melyik megyében praktizál:.....

Praxisának típusa: ☐ felnőtt ☐ gyermek ☐ vegyes

Hol van a praxisa? ☐ Budapest, ☐ megyeszékhely, ☐ város, ☐ falu

Kártyaszám:fő

Szakvizsgáinak a száma:.....

Hány éve dolgozik a praxisban?.....

Szokott-e éjjel/hétfégen ügyelni? ☐Nem☐Igen

Van-e gyermeke? ☐ egy ☐ kettő ☐ három ☐háromnál több ☐ nincs

Van-e családorvosa?

0. ☐Nem 1. ☐Igen 2. ☐ Saját magam

F5. Testsúlya (kg):

F6. Testmagassága (cm).....

Mikor mérték meg utoljára vérnyomását?

☐ <1 hónap ☐ <6 hónap ☐ >1 év ☐ nem tudja

Értéke:/.....Hgmm Pulzus:/perc

Mikor volt utoljára laborvizsgálata?

☐ <1 hónap ☐ <6 hónap ☐ >1 év ☐nem tudja

Utoljára mért összkoleszterin értéke:... mmol/l

Utoljára mért triglicerid értéke:.....mmol/l

Utoljára mért HDL kol. értéke:.....mmol/l

Utoljára mért vércukor értéke:.....mmol/l

F7. Úgy érzi, hogy:

1. nagyon túlsúlyos, 2. kicsit túlsúlyos, 3. megfelelő, 4. kicsit sovány, 5. nagyon sovány ☐

J2. Hogyan érezte magát az elmúlt két hétben? 0. egyáltalán nem jellemző, 1. alig jellemző, 2. jellemző, 3. teljesen jellemző

- 1) Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt. ☐
- 2) Semmiben sem tudok dönteni többé. ☐
- 3) Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni. ☐
- 4) Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak. ☐
- 5) Annyira aggódom a testi- fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni. ☐
- 6) Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni. ☐
- 7) Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni. ☐
- 8) Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok. ☐
- 9) Állandóan hibáztatom magam. ☐

Kérjük osztályozza 0-6-ig az alábbi állításokat!

0:soha,1:évente többször, 2 havonta egyszer,

3 havonta többször, 4. hetente egyszer, 5. hetente többször, 6. mindennap

- 1) Érzelmileg kimerültnek érzem magam a munkám miatt ☐
- 2) A nap végére teljesen felörlődöm. ☐

- 3) Fáradtnak érzem magam, amikor reggel felkelek és egy újabb munkanappal kell szembenéznem. ☐
- 4) Könnyen meg tudom érteni, hogy hogyan éreznek bizonyos dolgokról a munkatársaim/betegeim. ☐
- 5) Érzéseim szerint néhány embert személytelen tárgyként kezelek. ☐
- 6) Megterhelő számomra, hogy egész nap emberekkel dolgozom. ☐
- 7) Nagyon hatékonyan megbírkózom munkatársaim/betegeim problémáival. ☐
- 8) Belefásultam a munkámba. ☐
- 9) Úgy érzem, hogy munkám által pozitívan befolyásolom más emberek életét. ☐
- 10) Mióta itt dolgozom, sokkal érzéketlenebbé váltam. ☐
- 11) Aggódok, hogy munkám rideggé tesz. ☐
- 12) Nagyon energikusnak érzem magam. ☐
- 13) Idegesít a munkám. ☐
- 14) Úgy érzem túl keményen dolgozom. ☐
- 15) Nem érdekel túlságosan, hogy mi történik néhány munkatársammal/betegemmel. ☐
- 16) Az emberekkel való közvetlen munka túl sok feszültséget jelent számomra. ☐
- 17) Könnyen teremtek nyugodt légkört munkatársaim/betegeim/klienseim számára ☐
- 18) Felvillanyoz az emberekkel való munka. ☐
- 19) Sok értelmes dolgot értem el munkám során. ☐
- 20) Erőm fogytán van. ☐
- 21) Munkám során nagyon nyugodtan kezelem az érzelmi problémákat. ☐
- 22) Úgy érzem, hogy munkatársaim/betegeim engem hibáztatnak bizonyos problémáik miatt. ☐

Milyen gyakran érzi magát ingerültnek vagy elégedetlennek amiatt, hogy munkahelyi, családi és házastársi/partneri kötelezettségei közül az egyiket csak a másik rovására tudja ellátni?

☐ soha, ☐ elvétve, ☐ ritkán, ☐ gyakran, ☐ nagyon gyakran

☐

Átlagosan hány órát tölt munkával egy nap?

☐ 8 óránál kevesebbet, ☐ 8-10 órát, ☐ 10 órát vagy többet

L1. Mi a helyzet a dohányzással?

0. soha nem dohányzott, 1. korábban dohányzott, de már nem vagy 2. most is dohányzik ☐

L8. Hány szál cigarettát szív el naponta?

☐☐

L9. Milyen gyakran sportol?

☐

0. soha, 1., ritkábban, mint heti egyszer 2., hetente egyszer 3. hetente többször

Mennyi az Ön átlagos alvásideje?

Hétköznap:.....óra

Hétvégén:.....óra

Szed rendszeresen altatót? ☐ **Igen**

☐ **Nem**

Milyen BMI esetén diagnosztizáljuk az elhízást?.....kg/m²

Milyen gyakorisággal fordul elő túlsúly vagy elhízás praxisában? túlsúly.....%, elhízás.....%.

Milyen gyakorisággal fordul elő morbid obezitás (BMI>40 kg/m²) praxisában?fő

Milyen testsúlycsökkentő kezelést alkalmazott náluk?.....

Ezen betegek kb. hány százalékának van már társbetegsége?.....%

Hány százalékának volt gyomorszűkítő műtéte?.....%

Szokott-e a praxisában testsúlycsökkentő programot javasolni? ☐ Igen

☐ Nem

Ez havonta hány beteget jelent?.....beteg
Hány percet tud fordítani egy elhízott betegére?.....perc
A túlsúlyos/elhízott betegek hány százalékánál sikerült testsúlycsökkentést?%
Módjában áll-e meghallgatni a beteg elképzelését az elhízásának kialakulásáról? ☐ Igen ☐ Nem
Rákérdez-e a beteg korábbi fogyókúráira? ☐ Igen ☐ Nem
Mégméri-e a páciens testmagasságát vagy elfogadja a beteg által bementett értéket?

☐ Igen ☐ Nem
Milyen ruházatú betegen méri a testsúlyt?
☐ utcai ruhában, ☐ fehérneműben, ☐ téli kabátban ☐
Ad-e részletes dietetikai tanácsot?

☐ Igen ☐ Nem
Előír-e személyre szabott mozgásprogramot?
☐ Igen ☐ Nem
Megbeszéli-e a beteggel az elérendő célsúlyt?
☐ Igen ☐ Nem
6 hónapon belül hány százalékos testsúlycsökkenést javasolna?%
Mennyi ideig tartó életmódbeli kezelés után javasol gyógyszeres kezelést?.....
Milyen időnként ellenőrzi a páciens testsúlyát?
Az első 3 hónapban?.....
A 3. hónap után?.....
Használ-e telefonos interjút a beteg kontrollja során?
☐ Igen ☐ Nem
Hogyan reagál a testsúlycsökkentő kezelés közben jelentkező plató fázisra?
☐ türelmet kér, ☐ további testsúlycsökkentést erőltet,
☐ a betegre bízta a teendőket.

Milyen segítséget igényelne, hogy jobban sikerüljön a testsúlycsökkentés a betegeinél?
☐ Dietetikus ☐ Személyi edző ☐ Oktatás az elhízás kezeléséről ☐ Szakmai protokoll
☐ A testsúlycsökkentő program OEP finanszírozása ☐ Kevesebb adminisztráció ☐ még egy asszisztens
☐ Egyéb.....

Kérem jelölje, hogy mennyire ért egyet az alábbi állításokkal!

Állítások	Nagyon nem értek egyet	Nem értek egyet	Egyetértek	Nagyon egyetértek
Az elhízás betegség				
Az optimális testsúly fontos az egészségmegőrzésben				
A túlsúlyos és elhízott betegeknek kis súlycsökkenés is egészség javító hatású lehet				
A legtöbb túlsúlyos beteget kezelni kellene, hogy lefogyjon				
Csak az elhízott betegeknek kellene testsúlyt csökkenteni				
A háziorvosok feladata a túlsúlyos és az elhízott betegek szakorvosokhoz utalása, semhogy saját maga kísérelje meg a kezelésüket				
A háziorvosnak példaképnek kell lennie és a normál testsúlyúnak				
Jól felkészültnek érzem magam a túlsúlyos és elhízott betegek kezelésében				
Szakmai elégedettséget okoz a túlsúlyos és elhízott betegek kezelése.				
Az elhízott betegek lustábbak és kevésbé tagadnak meg maguktól bármit, mint a normál testsúlyúak				
A túlsúlyos betegek lustábbak és kevésbé tagadnak meg maguktól bármit, mint a normál testsúlyúak				
A túlsúlyos és elhízott betegeknek csak kis százaléka képes testsúlycsökkentésre és annak megőrzésére.				

Kérem értékelje 6 pontos skálán, hogy az alábbi állításokat mennyire fontosak az elhízással kapcsolatban (1= nem fontos, 6= nagyon fontos)

Az elhízás kialakulásához vezethet:	1	2	3	4	5	6
Túl sok zsír fogyasztása						
Túl sok étel fogyasztása						
Elégtelen fizikai aktivitás						
Genetikai faktorok						
Ismételt diétázás						
Stressz, szorongás és depresszió						
Hormonális problémák						
Alacsony jövedelem, munkanélküliség						
Az elhízás következménye lehet:						
Orvosi problémák						
Lélektani problémák						
Szociális problémák						
A testsúlyproblémák kezelésének sikerességét jelenti:						
Egészséges diéta és mozgás beépítése						
A beteg BMI-je a normáltartományba kerül						
A testkép és az önbizalom fejlesztése						
Kismértékű testsúlycsökkenés amit tartósan sikerül megtartani						

Kérem jelölje X-szel, hogy mennyire alkalmazza az alábbi állításokat a mindennapi gyakorlatban!

	Soha vagy nagyon ritkán	Néha	Gyakran	Mindig vagy majdnem mindig
A diagnózis felállítása:				
Csupán testsúlymérés alapján				
BMI meghatározás				
Derék/csípő arány meghatározás				
Haskörfogat				
Ideális testsúllyal való összehasonlítás				
Ránézés alapján történik				
Testsúlycsökkentő tanácsadás és módszerek:				
Étkezés során kevesebb mennyiségű ételt fogyasszon!				
Kevesebb zsíradékot egyen!				
Ne egyen 2 étkezés között!				
Kevesebb cukrot fogyasszon!				
Több gyümölcsöt és zöldséget egyen!				
Kevesebb kalóriadús italt fogyasszon!				
Különösen kerüljön néhány speciális ételt!				
Egyénre szabott alacsony kalóriatartalmú diétát kövessen! (1200 és 2200 kcal/nap között)				
Nagyon kis kalóriatartalmú diétát tartson! (<1200 kcal/nap)				
A reklámokból ismert diétát kövesse!				
Mozogjon, sportoljon!				
Mindennap mozogjon többet (séta, kertészkedés)!				
Szórólapok alkalmazása, melyek az egészséges életmódra vonatkoznak.				
Vezessen a páciens étkezési naplót!				
Dietetikai tanácsadás				

Kérem X-szel jelölje, hogy melyik súlycsökkentési célt és melyik kezelést választaná a
túlsúlyosok és az elhízottak terápiájában!

	Túlsúlyosak terápiája	Elhízottak terápiája
Szokásos súlycsökkentési célok		
Ne legyen további súlynövekedés		
5-15%-os súlycsökkentés ennek a fenntartása		
>15%-os súlycsökkentés és ennek a fenntartása		
A normál BMI tartomány elérése		
A kezelés		

Gyógyszeres		
Pszichoterápia		
Viselkedés terápia		
A hitvestárs vagy egy közeli rokon bevonása a kezelésbe		

14. FÜGGELÉK (az értekezés alapjául szolgáló és témájával kapcsolatos egyéb közlemények)

Az értekezés alapjául szolgáló közlemények

Kolozsvári LR, Langmár Z, Rurik I. Nationwide screening program for breast and cervical cancer in Hungary: special challenges outcomes and the role of the primary care provider. European Journal of Gynaecological Oncology. 2013; 34(5):419-424.

Kolozsvári LR, Orozco-Beltran D, Rurik I. Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. Atención Primaria. 2014; 46(5):261-266.

Rurik I, Torzsa P, Ilyés I, Szigethy E, Halmy E, Iski G, **Kolozsvári LR**, Mester L, Móczár Cs, Rinfel J, Nagy L, Kalabay L. Primary care obesity management in Hungary: evaluation of the knowledge, practice and attitudes of family physicians. BMC Family Practice. 2013;14(1):156.

Az értekezés témájával kapcsolatos egyéb közlemények

Kolozsvári LR, Rurik I. A minőség javításának lehetséges eszközei az alapellátásban. Minőségi indikátorokhoz kapcsolt anyagi ösztönzők Európában. Orvosi Hetilap. 2013;154(28):1096-1101.

Rurik I, Boerma WG, **Kolozsvári LR**, Lánczi LI, Mester L, Móczár C, Schäfer WL, Schmidt P, Torzsa P, Végh M, Groenewegen P. QUALICOPC – az alapellátás minőségének, költségének és méltányosságának vizsgálata Európa országaiban: magyarországi ág. Orvosi Hetilap. 2012; 153(35):1396-1400.