

IME

INNOVÁCIÓ MENEDZSMENT EGÉSZSÉGÜGY

Egészségügyi
vezetők szaklapja,
tudományos folyóirat



ÉLETMÓDORVOSLÁS A MEGELŐZÉSBEN

Lehetőségek és kihívások
a hazai egészségügyi
rendszerben

5. oldal

FOGORVOSI FINANSZÍROZÁSI RENDSZER

A finanszírozási rendszer
változásának hatása
a fogorvosok közhangulatára

16. oldal

AZ „ÉLŐ KÖNYVTÁR” MÓDSZER

A mentális betegeket
körülvevő társadalmi
falak lebontására

37. oldal



Betegbiztonság minden korosztálynak, minden lépésben

Örömmel köszöntjük kedves Olvasóinkat az IME Egészségügyi vezetők szaklapja legújabb lapszámának megjelenése alkalmából. A kiadvány közzététele időben is közel esik a WHO 2025. évi Betegbiztonság Világnapjához, így különösen jó lehetőséget kínál a betegbiztonság gyakorlati kérdéseinek újragondolására.

A Világnap fókuszja: „Betegbiztonság a kezdetektől – Biztonság minden újszülöttnak és gyermeknek” (“Patient safety from the start – Safe care for every newborn and every child”).

A nemzetközi kampány célja, hogy ráirányítsa a figyelmet a gyermekek – különösen az újszülöttek – magas kockázatú betegcsoportjára, fokozott sérülékenységre, melyet minden ellátási szinten és minden beavatkozási ponton külön is mérlegelni szükséges. A téma időszerűsége nemcsak a gyermekgyógyászati szakmákban dolgozók számára jelentős, hanem minden olyan szakembernek is, aki közvetlenül vagy közvetve hatással van az egészségügyi rendszer működésére – legyen szó betegutak tervezéséről, humánerőforrás-szervezésről, infrastruktúra-fejlesztésről vagy akár egészségpolitikai döntéshozatalról.

Bár jelen lapszámunk tanulmányai nem gyermekellátási fókuszúak, a rendszerszintű betegbiztonság építésének igazolt és/vagy elgondolkodtató példái, melyek kiterjesztését az egyes, magas kockázatú csoportokra vagy beavatkozásokra az Olvasóra bizzuk. Az életmódorvoslás, a kognitív szűrés, a beteginformációs rendszerek, vagy a mentális egészséggel kapcsolatos társadalmi attitűdök mind-mind olyan területek, ahol a jól informált beteg és közösség, a strukturált ellátási útvonal, az empátikus kommunikáció és a jól szervezett beavatkozások képesek csökkenteni a hibák és károsodások esélyét.

A kiadvány publikációi különböző nézőpontból, de közös üzenettel szolgálnak: a biztonságos ellátás és egészségügy nem önmagában, hanem a prevenció, a partneri kommunikáció, a transzparens döntéshozatal, a strukturált betegutak, az irányelveknek megfelelő ellátás metszéspontjában valósul meg. Legyen szó életminőség-kutatásról, alapellátási intervenciókról vagy edukációs jógyakorlatokról, a mögöttes cél ugyanaz: olyan rendszereket építeni, ahol a beteg többé nem kiszolgáltatott, passzív résztvevője az ellátásnak, hanem tudatos, a megfelelő ismeretek birtokában felhatalmazott, de védett és támogatott, aktív szereplője annak. Mindemellett az ellátást végző orvos, ápoló és szakdolgozó is biztonságban érzi magát: világos felelősségi keretek, támogató szervezeti kultúra és kiszámítható működés mentén dolgozhat.

Ez a szemlélet a gyermekellátásban éppúgy érvényes, mint a felnőtteknél: a betegbiztonság nem életkorfüggő tevékenység, annál inkább igényli viszont az egészségügyi, társadalmi és technikai fejlődéshez való folyamatos alkalmazkodást. A WHO idei üzenete – a gyermekek védelmének hangsúlyozása – remek alkalom arra, hogy mindezt áttekintsük, mérlegeljük és harmonizáljuk a jelen lehetőségeihez és elvárásaihoz a gyermekek nézőpontjából, és újraértékeljük, hol vannak még a rendszerünkben olyan a pontok, ahol nemcsak gyógyítanunk, hanem megelőznünk, felkészülnünk, tanulnunk és tanítanunk kell.

Kívánjuk, hogy a jelen lapszám tanulmányai is hozzájáruljanak ehhez a közös tudásépítéshez, szemléletformáláshoz. Bízunk benne, hogy a szakemberek számára gondolatébresztő megoldásokat és javaslatokat nyújtanak, hogy a betegbiztonság ne csupán célkitűzés, hanem mindennapi döntésekben érvényesülő gyakorlat legyen – a kezdetektől fogva, és minden egyén számára.

Dr. Lám Judit és Dr. Safadi Heléna
Simmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ
Betegbiztonsági Tanszék
NEVES Egyesület

**Egészségügyi vezetők szaklapja,
tudományos folyóirat**

Főszerkesztő	Prof. Dr. Gaál Péter
Felelős szerkesztő	Dr. Pásztélyi Zsolt
Lapigazgató	Lengyel Livia
Szerkesztőség / Hirdetésfelvétel	ime@memt.hu
Lapkiadó	Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság 1016 Budapest, Számadó u. 5.
Székhelye	
Felelős kiadó	Prof. Dr. Gaál Péter elnök

Korábbi főszerkesztők	Prof. Dr. Kozmann György 2002–2022
------------------------------	---------------------------------------

Alapító	Tamás Éva
----------------	-----------

Rovatvezetők

Dr. Battyány István	Prof. Dr. Melegh Béla
Dr. Dank Magdolna	Prof. Dr. Nagy Zoltán
Dévényi Dömötör	Dr. Németh Attila
Prof. Dr. Domján Gyula	Prof. Dr. Nyírády Péter
Prof. Dr. Gadó Klára	Novákné Dr. Pékli Márta
Prof. Dr. Kerpel-Fronius Sándor	Dr. Rákay Erzsébet
Király Gyula	Dr. Valent Sándor
Dr. Kósa József	Vártokné Fehér Rózsa
	Dr. Weltner János

Szerkesztőbizottsági tagok

Babos János	Őri Károly
Dr. Bacsikai Miklós	Puskás Zsolt
Dr. Dózsa Csaba	Dr. Péntes Melinda
Dr. Gaál Péter	Dr. Rosta László
Dr. Horváth Lajos	Dr. Sinkó Eszter
Dr. Joó Tamás	Skultéty László
Dr. Kósa István	Dr. Süle András
Dr. Melczer Zsolt	Prof. Dr. Tóth Kálmán
Prof. Dr. Molnár Zsolt	Dr. Tóth Árpád
Nagy István	Dr. Varga Imre
Dr. Németh Orsolya	

Szerkesztőbizottság Tanácsadó Testülete

Dr. Velkey György	Elnök
Alföldi István	Dr. Rauth Erika
Dr. Ivády Vilmos	Dr. Stübny Gusztáv
Králik György	Prof. Dr. Szilvási István
Prof. Dr. Merkely Béla	Dr. Tamás László János
Dr. Nagy Kamilla	Dr. Vassányi István
Dr. Rácz Jenő	

Szenior tanácsadók

Prof. Dr. Kékes Ede	Prof. Dr. Zámbo Katalin
Raffai Sándor	

e-mail	ime@memt.hu
Honlap	ime.memt.hu memt.hu

Megjelenik évente 4 alkalommal

Előfizetési díj 12 000 Ft/év,
ami tartalmazza az 5% áfát
és a postaköltségetTerjesztés, előfizetés Magyar Egészségügyi
Menedzsment Társaság

Nyomdai előkészítés Harasztiné R. Zsuzsanna

Nyomdai munka Vargé Nyomda

Az e számban megjelent cikkek reprodukálása bármely módon és bármely nyelven, egészben vagy részben a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság előzetes írásos engedélye nélkül szigorúan tilos!

A Kiadó fenntartja magának a jogot a hirdetések elfogadására. Szerkesztőségünk a lapban közölt hirdetéseket a legnagyobb körültekintéssel gondozza, de a hirdetések tartalmáért nem vállal felelősséget.

ISSN 1588-6387 (Nyomtatott)

ISSN 1789-9974 (Online)

Tartalom

Lám Judit és Safadi Heléna

Beköszöntő 3

Babai László, Paulik Edit, Terebessy András, Péntes Melinda
**Életmódorvoslás a krónikus betegségek megelőzésében
és kezelésében: lehetőségek és kihívások a hazai
egészségügyi rendszerben** 5

Tóth Ildikó, Nagy Ákos, Sinkó Eszter

**A fogorvosi finanszírozási rendszer változásának hatása
a fogorvosok közhangulatára** 16

Takács Tímea Tünde, Gunda Bence, Lengyel Livia

**A kognitív szűrés implementációja
a stroke-betegűt során** 28

Szijj Levente, Lengyel Livia

**„Élő Könyvtár” – Egy, a mentális betegeket körülvevő
társadalmi falak lebontására hivatott kezdeményezés
bemutatása** 37

Terebessy András, Péntes Melinda

**Az alapellátásban alkalmazható dohányzásról
leszokást támogató intervenciók hasznossága:
narratív szakirodalmi áttekintés** 44

Tarcza Orsolya

**A maradékelvű finanszírozástól a jövedelmek restaurációjáig
Beszámoló a 2025. június 24-i IME Egészségpolitika
és egészségügyi rendszerek konferenciáról** 53

Életmódorvoslás a krónikus betegségek megelőzésében és kezelésében: lehetőségek és kihívások a hazai egészségügyi rendszerben

The role of lifestyle medicine in the prevention and treatment of chronic diseases: Opportunities and challenges within the Hungarian healthcare system

Babai László^{1,4}, Paulik Edit², Terebessy András^{3,4}, Pénzes Melinda^{2,4} ✉

¹Életmód Orvosi Központ, Prima Medica

²Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar Népegészségtani Intézet

³Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Megelőző Orvostani és Népegészségtani Intézet

⁴Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

✉ penzes.melinda@emk.semmelweis.hu

Bevezetés: Az egészséges életmód kiemelt fontossága az egészségi állapot alakításában már több évtizedes múltra tekint vissza. Az életmódorvoslásnak többnyire hat pillérét határozzuk meg: mozgás, táplálkozás, alvás, káros szenvedélyek kerülése, stresszmenedzsment és a társas kapcsolatok. Jelenleg Magyarországon, csakúgy, mint a világ más országaiban, az életmódorvoslás a helyét keresi az orvoslás mindennapi gyakorlatában. Tanulmányunk célja az életmódorvoslás történeti háttérének, koncepciójának, nemzetközi és hazai szerveződésének bemutatása, valamint az életmódorvoslás hazai egészségügyi ellátórendszerbe, illetve tágabb értelemben a társadalomba történő integrálási lehetőségeinek feltérképezése.

Módszer: Narratív szakirodalmi áttekintés keretében a célkitűzéseknek megfelelően a „szürke” irodalom, illetve a szakirodalom áttekintését végeztük el.

Eredmények: Az életmódorvoslás gyökerei az ókori orvoslásig nyúlnak vissza, de önálló szakterületté az 1990-es években kezdett válni. Az amerikai és európai életmódorvosi irányzatoknak megfelelően több életmódorvosi társaság létezik hazánkban is. A megszokott egészségügyi-gyógyítási sémával szakít az életmódorvoslás, amelyben a beteg inkább kliens, a betegségmegelőzés vagy gyógyulás aktív szereplője. Az életmódtanácsadás és életmód-terápia, mint kezelési lehetőség, számos egészségügyi szakmai irányelvben megjelenik, de emellett a megvalósításhoz nélkülözhetetlen ismeretek és tényleges gyakorlati készségek összefoglalása és oktatása is időszerű lenne. Bár több országban az életmódi intervencióknak és koncepcióknak kiemelkedően hatékony színtérhálózata és intézményi struktúrája van, hazánkban mindez jelenleg még hiányosan és esetlegesen működik a gyakorlatban. Magyarországon az életmódorvoslás humán erőforrás-rendszere még formálódik, képzési szinten specializáció egyedül a megelőző orvostan és népegészségtan szakorvosképzésben jelenik meg. Ajánlott, hogy az életmódorvosi intervenciók vezetője orvos legyen, mellette pedig mozgásterapeuta, dietetikus, lehetőség szerint pszichológus vagy mentál-

higiénikus, valamint számos további egészségügyi és nem egészségügyi végzettségű szakember munkája is elengedhetetlen, akik az életmódorvoslás pilléreinek megvalósításában segítő szerepet játszanak. Az életmód-terápia finanszírozása komplex, és részben kívül esik a hagyományos egészségügyi ellátórendszeri finanszírozáson. Hazánkban a központi finanszírozás mellett alternatív finanszírozási formákat is alkalmaznak, elsősorban a fizikai aktivitást elősegítő mozgásprogramoknál.

Következtetések: Az életmódtényezők napjainkban az emberiség, így a hazai társadalom egyik legjelentősebb, egészséget befolyásoló tényezői. Az életmódorvoslásnak éppen ezért kiemelt orvosi, egészségügyi szakterületnek kellene lenni, integrálása pedig a hagyományos orvosi ellátásba kulcsfontosságú a krónikus betegségek terhének csökkentése és az emberek egészségének javítása érdekében.

Kulcsszavak: életmódorvoslás, népegészségügy, megelőző orvostan, életmód-terápia, nem fertőző betegségek

Introduction: The importance of healthy lifestyle in shaping health status goes back decades. Six pillars of lifestyle medicine are usually identified: physical activity, nutrition, sleep, avoidance of harmful addictions, stress management and social relationships. In Hungary, as in other countries of the world, lifestyle medicine is looking for its place in the everyday practice of medicine, currently. The aims of our study are to present the historical background, the concept, the international and national organisation of lifestyle medicine, to explore the possibilities of integrating lifestyle medicine into the healthcare system in Hungary and, more broadly, into society.

Methods: A narrative literature review was conducted to review the 'grey' literature and the literature in line with the aims.

Results: Lifestyle medicine has its roots in ancient medicine but began to become a separate discipline in the 1990s. In line with American and European lifestyle medicine trends, there are several lifestyle medicine

societies, also in Hungary. Lifestyle medicine breaks with the usual healthcare pattern, in which the patient is more of a client, an active participant in disease prevention or cure. Lifestyle counselling and lifestyle intervention, as a treatment option, are included in many health professional guidelines, but it would also be timely to summarise and educate the knowledge and actual practical skills that are essential for implementation. Although many countries have a highly effective network and institutional structure for lifestyle interventions and concepts, in our country, this is currently incomplete and random in practice. In Hungary, the human resources system of lifestyle medicine is still in the process of being formed, with specialisation at the training level only in preventive medicine and public health. It is recommended that a medical doctor should be the leader of lifestyle interventions, alongside a physiotherapist, a dietician, possibly a psychologist or mental health professional, and a number of other health and non-health professionals who play a supporting role in the implementation of the pillars of lifestyle medicine. Financing of lifestyle interventions are complex and partly outside the traditional healthcare financing methods. In addition to central financing, alternative forms of funding are also used in our country, particularly for physical activity programmes.

Conclusions: Lifestyle factors are one of the most important determinants of health for the global population today, including our own society. Lifestyle medicine should therefore be a priority medical and health specialty, and its integration into conventional medical care will be key to reducing the burden of chronic diseases and improving people's health.

Keywords: lifestyle medicine, public health, preventive medicine, lifestyle intervention, noncommunicable diseases

BEVEZETÉS

Magyarországon az elkerülhető és megelőzhető mortalitás jelentősen magasabb, mint az Európai Unió (EU) legtöbb országában [1]. A két vezető halál: a szív- és érrendszeri halálozás (48,0%), valamint a rosszindulatú daganatok (24,8%) [2]. Az egészségben eltöltött életek számát tekintve szintén jelentős lemaradásban vagyunk az európai átlagtól, a 65 éves magyar férfiak és nők hátralévő éveikből kevesebbet élnek egészségügyi problémáktól és korlátozottságtól mentesen, mint az EU-ban átlagosan (férfiaknál: 7,2 év vs. 9,5 év, nőknél 7,9 vs. 10,1 év) [3]. A 65 év feletti magyar férfiak közel fele (47%), míg a nők több mint kétharmada (67%) él többszörös krónikus betegséggel, ami a legmagasabb értékek közé tartozik az EU országaiban (EU átlag férfiak: 32%-a, nők: 40%-a) [3]. Hazánkban az összes haláleset körülbelül fele egészségmagatartási kockázati tényezőknek tulajdonítható, így a hazai mortalitás közel negyedéért (24%) az egészségtelen táplálkozás, ötödéért a

dohányzás (21%), 7%-áért az alkoholfogyasztás, míg 2%-áért a mozgásszegény életmód felelős. Utóbbi kivételével mindegyik életmódi kockázati tényező az EU-s átlag feletti arányban járul hozzá a hazai halálozásokhoz [1]. A magyar lakosság egészségi állapota, életmódja és várható élettartama tekintetében jelentős egyenlőtlenségek tapasztalhatók az iskolai végzettség, a nemek és a lakóhely szerint [4–6]. A krónikus betegek országon belüli megoszlására a regionális különbségek mellett az iskolai végzettség, valamint a jövedelmi helyzet is hatással van [1,4].

Egy ország lakosságának egészségi állapota az egyik legfontosabb nemzetgazdasági kérdés, hiszen az egészségi állapot az elérhető munkaerő minőségén és mennyiségén keresztül befolyásolja az ország gazdasági teljesítőképességét és versenyképességét [7]. A hazai 30–64 éves korosztály betegségeinek ugyanakkor jelentős költségeit tárták fel egy tanulmányban. Nevezetesen 2019-ben e korosztály betegségeinek közvetlen költségeit, azaz a betegségek gyógyítása érdekében nyújtott szolgáltatásokra költött kiadásokat 1145,6 milliárdra, a közvetett költségeket, azaz a kiesett termelés által okozott veszteségeket 2279,7 milliárdra becsülték, a teljes költség pedig 3425,3 milliárd Ft volt. Mindezek – sorrendben – a 2019. évi GDP 2,41%, 4,8%, és 7,21%-át tették ki [8]. A magyar munkaképes korú népesség körében a legjelentősebb társadalmi költséget jelentő kórfomák elsősorban az életmóddal összefüggő betegségek. Magyarországon 2019-ben a daganatok ellátására költöttük a legtöbb forrást (278,5 milliárd Ft) a 30–64 éves korosztályban, míg 204,3 milliárd Ft-ot a keringési rendszer betegségeire. Az endokrin, táplálkozási és anyagcsere-betegségekre pedig további 101,8 milliárd Ft-ot költöttünk [8]. A versenyképesség és a betegségteher vizsgálata során egyértelműen megállapító, hogy az egészségi, ezáltal a versenyképességi állapot, illetve az életmód között szoros összefüggés áll fenn. Az ország versenyképességének javításához elengedhetetlen az egészséges életmód előmozdítása és az azt elősegítő fizikai és szociális környezet kialakítása.

Az egészséges életmód kiemelt fontossága az egészségi állapot alakításában már több évtizedes múltra tekint vissza, de jellemzően prevenció, és nem terápiás célból jelent meg többek között az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) programjaiban, míg az „életmóddorvos” megközelítés csak a 20. század végén került előtérbe. A „lifestyle medicine” kifejezést először Ernst Wynder epidemiológus használta 1988-ban egy, a dohányzás tüdőrákra gyakorolt hatásáról szóló vitában [9]. 1999-ben James M. Rippe szerkesztésében jelent meg az első, ezzel a szakterülettel foglalkozó szakkönyv „Lifestyle Medicine” címen, melyben a „lifestyle medicine” definíció szerint olyan tudomány és diszciplína, amely azt vizsgálja, hogy a napi szokások és cselekvések – mint például a fizikai aktivitás, a megfelelő táplálkozás, a testsúlyszabályozás és a dohánytermékek kerülése – milyen hatással vannak mind a rövid-, mind a hosszú távú egészségre és életminőségre [10,11].

Magyarországon az „életmóddorvoslás” kifejezést, mint a „lifestyle medicine” magyar fordítását először 2011-ben a köz-

lemény első szerzője használta. Az életmódorvostan fogalmát 2018-ban a Magyar Életmód Orvostani Társaság (ÉMOT) úgy definiálta, mint „a bizonyítékokon alapuló orvostudomány egyik ága”, amely – az életmóddal összefüggő betegségek alap kiváltó okait megcélozva – komplex életmódváltást (köztük táplálkozás, fizikai aktivitás, stresszmenedzsment, szociális támogatás és környezeti hatások befolyásolása) használ az életmóddal összefüggő, krónikus betegségek megelőzésében, gyógyításában, progressziójuk lassításában [12]. Nemzetközileg az életmódorvoslásnak többnyire hat pillérét határozzuk meg: mozgás, táplálkozás, alvás, káros szenvedélyek kerülése, stresszmenedzsment és a társas kapcsolatok [11]. Jelenleg Magyarországon – hasonlóan a világ más országaihoz – az életmódorvoslás a helyét keresi az orvoslás mindennapi gyakorlatában.

CÉLKITŰZÉS

Jelen tanulmány célja az életmódorvoslás történeti hátterének, koncepciójának, valamint nemzetközi és hazai szerveződésének bemutatása. További célunk, hogy feltérképezzük az életmódorvoslás hazai egészségügyi ellátórendszerbe, illetve tágabb értelemben a társadalomba történő integrálási lehetőségeit.

MÓDSZER

Narratív szakirodalmi áttekintés keretében – a közlemény terjedelmi korlátait figyelembe véve – a célkitűzéseknek megfelelően a „szürke” irodalom, illetve a szakirodalom áttekintését végeztük el. Az életmódorvoslás történeti alapjait és koncepcióit a nemzetközi életmódorvosi szakmai társaságok, szervezetek és szakirodalmak alapján összegezzük. Továbbá áttekintjük az egészségügyi szakmai irányelvekben az életmódorvoslás megjelenését, egyes életmódi intervenciók színtereit és intézményi struktúráját, valamint az életmódorvoslás lehetséges hazai humánerőforrását és a potenciális finanszírozási opciókat.

EREDMÉNYEK

Az életmódorvoslás történeti háttére és koncepciója

Az életmódorvoslás egy viszonylag új, de gyorsan fejlődő orvosi szakterület, amely az életmódbeli változtatásokra összpontosít a krónikus betegségek megelőzése és kezelése érdekében. Gyökerei azonban az ókori orvoslásig nyúlnak vissza. Már Hippokratész is arra ösztönözte az ókori gyógyítókat, hogy ne csak magát a betegséget vizsgálják és kezeljék, hanem a betegségek okait, az egyén életmódját is tárják fel, beleértve például, hogy mit és mennyit eszik, iszik, mozog, illetve megfelelően alszik-e az egyén [11].

A 20. században, elsősorban a nyugati típusú társadalmakban a fertőző betegségek háttérbe szorulásával és a krónikus nem fertőző betegségek (pl. szív-érrendszeri betegségek, cukorbetegség, krónikus obstruktív tüdőbetegségek – chronic obstructive pulmonary disease COPD, daganatok)

elterjedésével az előbb vázolt ókori szemlélet ismét prioritássá lépett elő. Egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy az életmód fontos szerepet játszik a krónikus nem fertőző betegségek kialakulásában és kimenetelében. Fodor József már a 19. század végén rávilágított arra, hogy a helytelen életmód és táplálkozás jelentősen rontja az életkilátásokat, éppen ezért kiemelkedően fontosnak tartotta a felnővekvő generáció egészséges életmódra nevelését, intézményesítve pedig az iskolaorvosi feladatok közé integrálva indította el [13]. Az 1950-es és 1960-as években számos kutatás hívta fel a figyelmet az életmódi tényezők etiológiai szerepére, például a táplálkozás és a szívbetegségek vagy a dohányzás és tüdőrák közötti összefüggésekre [14,15]. A későbbi évtizedekben több úttörő gyakorlat és tanulmány született arról, hogy az életmódbeli változtatások, beleértve a növényi alapú étrendet, a rendszeres testmozgást, a stresszkezelést és a társas támogatást, képesek visszafordítani a szívbetegséget [16–20]. Marc Lalonde, Kanada egészségügyi és jóléti minisztere 1974-ben publikálta a „Kanadaiak egészségének új megközelítése”, avagy Lalonde-jelentésként ismertté vált tanulmányát, amelyben felhívta a figyelmet az életmód kiemelt szerepére az egészségi állapotot meghatározó tényezők közül. A Lalonde-jelentés szükségesnek látta az egészséggel kapcsolatos szolgáltatások reformját oly módon, hogy a megelőzést és az egészségfejlesztést széles társadalmi alapokra helyezték, kiemelt hangsúllyal az edukációra és a kommunikációra [21].

Az 1990-es években az életmódorvoslás kezdett önálló szakterületté válni. Elsőként az amerikai életmódorvosi irányzatot alapozták meg, amelyben az Amerikai Életmódorvoslási Kollégium (American College of Lifestyle Medicine, ACLM) 2004-es megalakulása mérföldkönek számított, és elősegítette a terület szabványosítását és terjesztését. Az amerikai életmódorvoslási szemlélet hat fő pillérre épül: 1) növényi alapú étrend, ami hangsúlyozza a teljes értékű, feldolgozatlan növényi élelmiszerek fogyasztását; 2) rendszeres testmozgás, azaz heti legalább 150 perc közepes intenzitású vagy 75 perc magas intenzitású aerob testmozgás, illetve a közepes és magas intenzitású mozgások megfelelő kombinációjának ajánlása; 3) stresszkezelés relaxációs technikákkal, meditáció vagy jóga segítségével; 4) megfelelő mennyiségű és minőségű alvás; 5) káros szenvedélyek (dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás, más drogok) kerülése; és 6) erős és támogató társas kapcsolatok ápolása [22]. Az életmódorvoslás európai irányzatát a 2015-ben alapított Európai Életmódorvosi Társaság (European Lifestyle Medicine Organization, ELMO) képviseli, és ajánlásai ugyancsak ezen a hat pilléren alapulnak, amelyek további két pillérrel egészülnek ki: 7) szexuális egészség és fertilitás, valamint 8) környezeti expozíciók mérséklése [23]. Az amerikaihoz képest az európai irányzatnak árnyalatnyi különbségei vannak az egyes pillérekben, amelyek az amerikai és európai kulturális, szociális és egészségügyi rendszerek jellemzőinek eltéréseiből adódhatnak. Például az európai irányzat bár hangsúlyozza a növényi alapú étrend jelentőségét, de a regionális étrendi szokások – mint például a mediterrán diéta – figyelembevételét

is kiemeli. A támogató társas kapcsolatok esetében az amerikai irányzat az egyéni felelősséget hangsúlyozza, az európai irányzat azonban az egészségügyi és szociális biztonsági háló szerepét is fontosnak tartja a helyes életmód elérése érdekében. A stresszkezelés módjában a kulturális különbségek kifejezett hatással lehetnek [11].

Bár az életmódorvoslás céljai jól meghatározottak, az életmódorvosi társaságok szerveződése nem egységes. Két világszervezet azonosítható, a Lifestyle Medicine Global Alliance (LMGA), ami az életmódorvoslással foglalkozó szakembereket és szervezeteket egyesíti, a World Lifestyle Medicine Organisation (WLMO) pedig az életmódorvoslás nonprofit, regionális vagy országos szervezeteinek koalíciója [24,25]. Az európai régióban két szervezet is működik, az ELMO és a 2019-ben alapított European Lifestyle Medicine Council (ELMC), amelyek közül csak az utóbbi tagja az LMGA-nak [23,26]. Az ELMO széles partnerszerkezeti kapcsolatokkal rendelkezik nem csak életmódorvosi, de más, életmóddal összefüggő kockázati tényezőkkel – például dohányzás, elhízás, fizikai aktivitás – kapcsolatos regionális szervezetekkel is [23]. Az ELMC ugyanakkor inkább az európai nemzeti életmódorvosi egyesületeket tömöríti tagjai közé [26]. Hazai vonatkozásban is két szervezet foglalkozik dedikáltan az életmódorvoslással: a 2013-ban alapított Magyar Életmód Orvostani Társaság (ÉMOT), valamint a 2021-ben alapított Magyar Egészségmegőrzési és Életmódorvostani Társaság (MOTE). Míg az ÉMOT az ELMO társszervezete, addig a MOTE az ELMC-nek és az LMGA-nak egyaránt tagja. A két hazai szervezet között jelenleg talán a legjelentősebb különbség, hogy a MOTE az amerikai életmódorvosi szemlélet szakmai és szervezeti irányvonalát képviseli, míg az ÉMOT az európai életmódorvosi szemléletet részesíti előnyben, valamint a hazai szakmai ajánlások és az egészségügyi szervezeti struktúra figyelembevételével működik. Emellett az ÉMOT több jelentős, országos egészségügyi szakmai szervezettel is partnerségben áll [27,28].

Az életmódorvoslás során alkalmazott komplex életmódváltást szükség esetén a gyógyszeres kezeléssel és más gyógyító eljárásokkal együtt alkalmazzák [12,27]. Az élet-

módorvoslás és a hagyományos orvoslás között számos különbség azonosítható (1. táblázat), amelyeket az alapellátásban ugyanakkor célszerű lenne egymás komplementereiként alkalmazni.

Az egészségügyi szolgáltatás (healthcare service) engedélyhez vagy nyilvántartásba vételhez kötött egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egészség megőrzésére, a betegségek megelőzésére, felismerésére, kezelésére, a következmények javítására és a kapcsolódó orvosi eljárásokra irányul [30]. A healthcare mellett azonban egyre inkább előtérbe kerül a self-care (öngondoskodás, önmagunkkal törődés), azaz az egyének, a családok és a közösségek azon képessége, hogy támogassák és megőrizze saját egészségüket, megelőzzék a betegségeket, és megbirkózzanak a betegséggel, az egészségügyi dolgozók támogatásával vagy akár anélkül [31]. Utóbbi magában foglalja az öngondoskodást támogató eszközöket, gyógyszereket, digitális lehetőségeket, diagnosztikai beavatkozásokat és az öngondoskodást javító cselekvéseket is. Mindezek részben vagy egészben a formális egészségügyi szolgáltatásokon kívül is elvégezhetők, és akár az egészségügyi és szociális területen dolgozók közvetlen felügyelete mellett vagy anélkül alkalmazhatók. Fontos kiemelni, hogy az életmódbeli szokások és gyakorlatok az öngondoskodási tevékenységek közé tartoznak. Végső soron az egészségtudatos világban egy olyan, a „health=egészség” és az „enthusiasm=lelkesedés” szavakból Cristophe Jauquet által alkotott kifejezés, a healthusiasm elnevezésű átalakulási folyamatnak lehetünk tanúi, ahol talán szükségszerűen is kezdenek elmosódni a szigorú határok az egészségügyi, wellness- és életmódi iparágak között [32]. Mindezen iparágak közös halmazába tartozónak tekinthetjük az életmódorvoslást, hiszen szakít a megszokott egészségügyi-gyógyítási sémával, amelynek inkább tárgya és passzív résztvevője a beteg. Ezzel szemben az életmódorvoslásban a beteg inkább kliens, a betegségmegelőzés vagy gyógyulás aktív szereplője, aki étkezik, alszik, kerül a káros szenvedélyeket, menedzseli saját stresszét és társas kapcsolatait. Az orvosok és szakemberek pedig mintegy coach-ként vannak jelen mellette, tanácsaikkal, bátorí-

Hagyományos orvoslás	Életmódorvoslás
Egyedi kockázatot kezel	Életmódi/környezeti okokat kezel
A beteg passzív szereplő	A beteg aktív szereplő
A betegnek nem kell nagy változtatásokat végrehajtani	A betegnek gyakran nagy változtatásokat kell végrehajtani
A kezelés gyakran rövid távú	A kezelés általában hosszú távú
A felelősség a klinikusé	A felelősség a betegé is
A gyógyszeresedés gyakran végső kezelés	Szükség lehet gyógyszerre, de a hangsúly az életmódi/környezeti változtatáson van
Diagnózis- és gyógyszerközpontú	Motiváció- és compliance- (együttműködés) központú
Célja a betegség menedzselése	Célja a primer/szekunder/tercier prevenció
Kevésbé foglalkozik a környezettel	Jobban figyelembe veszi a környezetet
A mellékhatásokat az előnyök ellensúlyozzák	Az életmódot befolyásoló mellékhatások nagyobb figyelmet igényelnek
Más szakorvosok bevonása	Más egészségügyi szakembereket is bevonnak
Az orvos általában önállóan látja el a beteget	Az orvos az egészségügyi team része

1. táblázat
Az életmódorvoslás és a hagyományos orvoslás közötti különbségek az alapellátásban (forrás: [29])

tásukkal pedig kísérik és támogatják a klienst. Fontos megjegyezni, hogy a szakemberek ebben az esetben már nem csak egészségügyi szakemberek (például orvos, nővér, dietetikus, gyógytornász, mentálhigiénikus), hanem más területek szakemberei, például pszichológus, edző, egészségfejlesztő, rekreációs és turisztikai szakember, életmód-tanácsadó és -terapeuta (természetgyógyász), szakács is támogatják az életmódbeli változtatásokat. Még tágabban nézve, az egyéni szintről a közösségi szintre áttérve, akár az épület- és várostervező mérnökök, kommunikációs szakemberek és még sokan mások is szerepet kaphatnak az egészséges életmódot elősegítő környezet kialakításában.

Életmóddorvoslás az egészségügyi szakmai irányelvekben

A világ halálozásának 74%-át kitevő nem fertőző betegségek patomechanizmusában kiemelt szerepet játszanak az olyan életmódtényezők, mint a dohányzás, fizikai inaktivitás, túlzott mértékű alkoholfogyasztás és egészségtelen táplálkozás [33]. Mára több mint harminc betegséggel – köztük a 2-es típusú cukorbetegség, magas vérnyomás, depresszió, COPD, rosszindulatú daganatok széles köre – kapcsolatosan rendelkezünk tudományos bizonyítékokkal, hogy az életmód befolyásolja kialakulásukat, lefolyásukat, valamint az életmódtényezőknek szerepük van a megelőzésükben és gyógyításukban. Az életmóddal összefüggő betegségek etiológiájának tudományos bizonyításával párhuzamosan egyre több nemzetközi és hazai egészségügyi szakmai irányelvben jelenik meg az életmódi intervenciók alkalmazása a megelőzésben és a gyógyításban [34–39]. Így például az Európai Kardiológiai Társaság (European Society of Cardiology, ESC) 2024-es irányelve a magas vérnyomás menedzsmentjéről kiemeli, hogy a felnőtt lakosság magas vérnyomásának egyik fő oka az egészségtelen életmód. A vérnyomás csökkentését célzó életmód-beavatkozások magukban foglalják a rendszeres fizikai aktivitás növelését, a testsúly optimalizálását, az egészséges étkezést, a só- és az alkoholfogyasztás csökkentését, illetve a dohányzás elhagyását [40].

A nemzetközi szakmai irányelvekkel párhuzamban állnak a hazai irányelvek is. Például a Magyar Hypertonia Társaság legutóbbi, 2018. évi szakmai irányelve a hypertonia betegség ellátásánál is javasolja, hogy minden emelkedett-normális vérnyomású és minden hypertóniás beteg számára szükséges az életmód-változtatás bevezetése, beleértve a só- és az alkoholbevitel megszorítását, a nagyívászat kerülését, a testtömegkontrollt az obezitás elkerülésére, a rendszeres aerob gyakorlatok végzését, a dohányzás elhagyását, valamint a zöldségfélék, friss gyümölcsök, hal, magok, telítetlen zsírsavak (olívaolaj), alacsony zsírtartalmú tejtermékek fogyasztását és a vörös húsok kerülését [34]. A gyermek- és felnőttkori diabetes mellitus kezelésének szakmai irányelvében egyaránt elsőként választandó, nem-gyógyszeres kezelés az életmód-terápia, amely ebben az esetben elsősorban a helyes táplálkozást és a rendszeres testmozgást jelenti [35,41]. A COPD diagnosztikájáról, kezeléséről és gondozásáról szóló irányelv hangsúlyozza a dohányzás elhagyása

mellett azt, hogy a légzésrehabilitáció a farmakoterápiával egyenértékű gyógyeljárás, melynek fontos elemei között szerepel a terhelési tréning, a diétás tanácsadás és a pszichoszociális támogatás [36]. A major (unipoláris) depresszív zavar szakmai irányelve a nem gyógyszeres kezelési módok között kiemeli az életmódi tényezők optimalizálásának szükségességét, beleértve a dohányzásról, alkohollal való leszokást, megfelelő alváshigiénét, egészséges táplálkozást, illetve kiemeli a rendszeres testmozgás jelentőségét, amelynek egyrészt antidepresszív hatása, másrészt a gyógyszeres kezelést potenciózó hatása is van [37]. Számos további hazai szakmai irányelvben megjelenik az életmód-terápia mint kezelési lehetőség, például a praxisközösségekben végezhető prevenciós rendelések, a felnőttkori elhízás, az alkohol okozta mentális zavarok, vagy a derékfájás esetén alkalmazható terápiás irányelvekben [39,42–44]. Az életmódi kockázati tényezők közül hazánkban jelenleg csak a dohányzásról való leszokás támogatásáról van érvényben egészségügyi szakmai irányelv [45]. Ez az irányelv összhangban áll az európai és amerikai leszokástámogatási irányelvekkel, továbbá több hazai egészségügyi szakmai irányelvhez is kapcsolódik.

Életmódi intervenciók színterei és intézményi struktúrája – nemzetközi példák és hazai lehetőségek

Nemzetközi vonatkozásban kiemelkedő életmódi intervenciós példaként említhetők az ún. „mozgás receptre” koncepciók. Az életmóddorvostan fizikai aktivitási pilléréhez kapcsolódóan az első, mozgás receptre koncepció alapuló program Új-Zélandon indult 1998-ban, „Green prescription” (Zöld recept) néven. Ennek lényege, hogy egészségügyi szakember írásos tanáccsal ösztönzi és támogatja a pácienseket és családjukat abban, hogy fizikailag aktívabbakká váljanak és egészségesebben éljenek. Az orvos által adott írásos szakmai javaslatot, kvázi mozgásreceptet sportklubokban, sportegyesületeknél lehet beváltani, ahol a megvalósítás szakképzett mozgásszakember vezetésével, szakmai protokollok alapján zajlik. Az utóbbi években mindez dietetikus által adott táplálkozási tanácsadással is kiegészülhet [46,47]. Svédországban 2003-ban indult útjára a mozgás receptre program (Physical Activity on Prescription – PAP), ahol az alapellátásban dolgozó háziorvosok, gyógytornászok javasolhatják a fizikai aktivitást, felírják receptre, melyet sportegyesületeknél lehet „beváltani”. Minden sportegyesületnek kötelező ún. egészségjavító fizikai aktivitás (health-enhancing physical activity – HEPA) szolgáltatást nyújtania, ez feltétele annak, hogy megkapják az állami támogatást a működésükhöz [48]. A PAP tapasztalataira alapozva az EU támogatásával további országokban került elindításra a European Physical Activity on Prescription modell [49].

Szlovéniában a lakossági egészségfejlesztés érdekében 2002 óta működik az alapellátáshoz kapcsolódóan, így az egészségügyi rendszerbe ágyazottan és a társadalombiztosítás által finanszírozott ún. „Egészségfejlesztő Központokból” (Health Promotion Centre, HPC) álló egészségfejlesztési hálózat. A WHO kiemelt jógyakorlatként tekint a hálózatra, melynek célja, hogy a nem fertőző betegségek

legmeghatározóbb kockázati tényezőit fókuszba helyezve, a lakosság számára közösségi és egyéni életmódi intervenciók kombinációjával biztosítson lehetőséget az egészségfejlesztésre és a betegségek megelőzésére. A HPC-k szervezeti struktúrája, szakmai feladata, működési rendje és finanszírozása központilag jól meghatározott, életmód-kockázati szűréseikkel a felnőtt szlovén lakosság felét eléri, életmódprogramjaikban pedig évente több tízezer vesznek részt [50].

Magyarországon jelenleg az életmódorvoslásnak intézményi struktúrája nincs. Elemek léteznek, mint például az egészséggel kapcsolatos tájékoztatásra alkalmas Egészségvonal és Egészségablak, a helyi szinteken egészségfejlesztést végző Egészségfejlesztési Irodák (EFI), az alapellátási praxisközösségek, vagy az Aktív Magyarország égisze alatt működő, fizikai aktivitást támogató kezdeményezések. A helyi egészségfejlesztési rendszer kiépítése Hódmezővásárhelyen és Kaposváron kezdődött meg 2008-ban, az első városi egészségszervező iroda és az első kórházi egészségfejlesztési iroda kialakításával [51]. A helyi jogkorlatok mintájára az EFI-ket a hazai kormányzat a 2014–2020 közötti uniós fejlesztési időszakban azzal a céllal hozta létre, hogy a jelentős népegészségügyi terhet jelentő betegségek megelőzését támogassa, továbbá a lakosság egészségtudatosságát, egészségmagatartását kedvező irányba befolyásoló hálózatot alakítson ki. Az EFI-k feladata a helyi igényekre és szükségletekre reagáló, a helyi közösségek számára könnyen elérhető egészségfejlesztési és prevenciók szolgáltatások biztosítása [50,52,53]. A jelenleg működő EFI-k száma a bizonytalan finanszírozási, jogállási és működési körülmények miatt folyamatosan csökken, az egészségügyi rendszerbe integrálásuk esetleges, így eredetileg elképzelt szerepüket nem tudják ellátni, jövőjük pedig kérdéses.

A sikeres nemzetközi „mozgás receptre” programokat követően Magyarországon is elindult egy hasonló program 2021-ben, pilot jelleggel Budapest XII. kerületében, „Zöld recept” néven [54]. 2024-ben a hazai és nemzetközi tapasztalatokra alapozva, a népegészségügyi termékadó (NETA) forrás segítségével és az Aktív Magyarország Államtitkárság támogatásával az ÉMOT elindította a „Mozgás Receptre” programot [55]. Noha a program még csak alig egy éve indult, nagy érdeklődésre tart számot mind a háziorvosok, mind a mozgáshelyszínek – közöttük országos sportszervezetek, helyi sportegyesületek, fitnesztermek –, mind a betegszervezetek részéről. Hasonlóan pozitívan fogadták és a program részesei szeretnék lenni a gyógyszerészek, az egészségügyi szakdolgozók, illetve számos munkahely. A program megvalósítási gócpontjai, szervezői és összekötői a települési önkormányzatok, akik folyamatosan csatlakoznak a programhoz [55].

Az életmódorvoslás hazai humánerőforrás-helyzete

Az életmódorvoslás – csakúgy, mint a legtöbb, más orvosi szakterületen végzett tevékenység – csapatmunka. Az életmódorvoslás csapatmunkájának a vezetője ajánlott, hogy egy orvos legyen, a csapat kötelező tagjai között pedig sze-

repeljen mozgásterapeuta, dietetikus, lehetőség szerint pszichológus vagy mentálhigiénikus, valamint számos további egészségügyi és nem egészségügyi végzettségű szakember, akik az életmódorvoslás pilléreinek megvalósításában segítő szerepet játszanak [28]. Jelenleg Magyarországon – hasonlóan a világ más országaihoz – az életmódorvoslás keresi a helyét az orvoslás mindennapi gyakorlatában. Gyakran felmerülő kérdés, hogy ki az „életmódorvos”. Képzési szinten specializáció egyedül a megelőző orvostan és népegészségtan szakorvosképzésben jelenik meg [56]. Azonban minden, életmóddal összefüggő betegség gyógyításában, illetve megelőzésében szakmailag érintett orvos egyben életmódorvos is kellene, hogy legyen, mivel ezen betegségek kezelésének és prevenciójának szakmai irányelvei között szerepel az életmódkezelés egy vagy több eleme.

Magyarországon az életmódorvoslás humánerőforrás-rendszere jelenleg még formálódik. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003 ESZCSM rendelet alapján életmód-tanácsadással foglalkozhat a háziorvos, homeopata orvos, hagyományos kínai orvoslást végző orvos, természetgyógyász fizioterapeuta, manuálterapeuta, Kneipp-orvos, tibeti gyógyító és a természetgyógyász életmód-tanácsadó [57]. Ám – a háziorvosok kivételével – mindezen szakemberek által történő életmód-tanácsadások messze esnek az életmódorvoslás klasszikus, tudományos bizonyítékokon alapuló módszertanától. Életmódorvoslással dedikáltan foglalkozhatnak a megelőző orvostan és népegészségtan szakorvosképzést 2023-tól megkezdő orvosok, a szakvizsgájuk megszerzését követően [56]. A négy orvosképző egyetem megelőző orvostan és népegészségtani szakmai grémiumai az ÉMOT-tal közösen 2023-ban kidolgozták az „Életmódorvostan és prevenció” licencképzési programot, amelyet 2025 áprilisában fogadtak el rendeletkiegészítésként [58]. A licencképzés lehetőséget teremt arra, hogy bármely szakorvosi alap szakképzéssel rendelkező, de különösen az életmóddal összefüggő betegségeket megelőző és/vagy kezelő orvosok az életmódorvoslás módszertanát elsajátítsák.

Az életmódorvoslás egyes pilléreihez kapcsolódó módszertanok és képzések a hazai szakdolgozói humánerőforrás esetében kissé kedvezőbben alakulnak. A rendszeres fizikai aktivitás tekintetében életmódorvosi mozgásterápiát végezhet a gyógytornász, továbbá primer prevenciók célzattal a közép-, illetve felsőfokú képzettséggel rendelkező sportszakember [59]. Azonban nincs rendezve – a gyógytornászi képesítési szükségletet el nem érő – vezetett fizikai aktivitása több millió magyar betegnek, akik például közepes vagy magas kardiovaszkuláris kockázattal élnek, magasvérnyomásos betegek, prediabetesesek vagy cukorbetegség. A táplálkozás-terápia vezetését dietetikusok tudják biztosítani. Lelki egészség és társas támogatás terén mentálhigiénés szakemberek, pszichológusok és szociális szférához kötődő végzettségű szakemberek vehetnek részt a tanácsadásban. Átfogó, egészségfejlesztési tanácsadásban járatos szakemberek például a népegészségügyi ellenőrök és a védőnők is [59]. Mindezen szakemberek mellett számos további egész-

ségügyi és nem egészségügyi szakember kompetenciakörébe tarthatnának az életmódorvoslás egyes kiegészítő elemei. Az egészségügyben minden, életmóddal összefüggő betegséggel foglalkozó szakorvos, a védőnők, ápolók, gyógyszerészek, népegészségügyi szakemberek, egészségügyi szervezők munkája kapcsolódhat életmódorvosi tevékenységhez. Az egészségügyön túl pedig a turizmusban, vendéglátásban, munkavédelemben, közlekedésben, oktatásban, médiában dolgozó szakemberek, és akár a helyi és országos politikai döntéshozatalban érintett szakemberek is részeseivé válhatnak az életmódorvoslás, életmód-terápia mindennapi alkalmazásának.

Az életmódorvoslás finanszírozási lehetőségei

Az állam jelentős szerepet vállalt Európában és a világ számos más országában a lakosság egészségének megőrzésében, helyreállításában, legyen az a szerep finanszírozási (adóalapú finanszírozás az egészségügyi ellátórendszerben), szervezési (például országos szűrőprogramok), végrehajtási (mentés, oltási programok) feladatok felvállalása. Az életmóddal összefüggő betegségek megelőzésének és gyógyításának finanszírozási lehetőségei számos kérdést felvetnek. Az életmóddal összefüggő betegségek – multifaktoriális jellegükből adódóan – nem illeszkednek a biztosítási logikába, hiszen azok nem véletlenszerűek (például a dohányzás és szívinfarktus kialakulása között tényszerű összefüggés van), nem egyértelműek (bár az evidenciák alapján feltételezhetően egyértelmű összefüggés van a dohányzás és a szívinfarktus között, de egy konkrét betegnél ez minden kétséget kizáróan nem állapítható meg), és egymástól nem függetlenek (a cukorbetegség kialakulása tovább növeli a szívinfarktus kialakulásának az esélyét). Ezt kezelendő, az egészségbiztosításoknál három irányt látunk. Egyrészt az egyén által követett életmódi szokásokat – kockázatként értékelve – a biztosítók figyelembe veszik a fizetendő biztosítási díj megállapításánál. Másrészt a biztosításba épített életmód-támogató és szűrőprogramokat finanszírozzák, harmadrészt pedig az életmóddal összefüggő betegségek költségeinek fedezetét kiveszik a biztosítási események köréből. Előnye ezen biztosítói logikának, hogy tapasztalatok szerint előmozdítja a biztosítottak körében az egészséges életmód követését [60]. Tehát alapvetően nem az egészséges életmódtényezők megvalósulását (edzések vásárlása, egészséges ételek vásárlása, pszichés vezetés vásárlása) támogatják a biztosítások, hanem az egészségfejlesztő, életmódi kockázatokat csökkentő szolgáltatások és tevékenységek mellőzését büntetik emeltebb díjakkal, ugyanakkor információkkal, edukációval segítik a használatuk előmozdítását [60,61]. Hasonló megközelítés jelenik meg a társadalombiztosítási alapon működő német egészségügyi rendszerben, ahol 2015-től az egészségpénztáraknak lehetősége van különböző, az életmóddal összefüggő bónuszprogramokat működtetni. Így például a rendszeres fitneszterembe járásért pontokat írnak jóvá, majd a pontokat pénzre válthatja a biztosított. Emellett egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretbővítő előadásokat, tanfolyamokat szerveznek ingyenesen vagy térítés ellenében [61].

Több európai országban az egészséges életmód előmozdítása azonban inkább közösségi programokon, helyi kezdeményezéseken és kampányokon keresztül valósul meg.

Hazánkban az életmód egyes elemeivel kapcsolatos szolgáltatások a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által finanszírozottan is elérhetők, például a dohányzásról való leszokás támogatása, a mozgásterápia/gyógytorna, védőnői tanácsadás, praxisközösségi prevenciós rendezés. Az egészséges életmód előmozdítását hivatottak szolgálni az EFI-k, melyek állami támogatással, de nem NEAK finanszírozottan működnek jelenleg. Alternatív módon, a NETÁ-ból finanszírozott életmódi program is zajlik az országban, ilyen például a „Mozgás receptre” program, mely a települési önkormányzatok közreműködésével, helyi erőforrások bevonásával valósul meg. A rendszeres fizikai aktivitást előmozdító forrásteremtési eszköz a 2025. évtől bevezetett „aktív magyarok” zseb a SZÉP-kártya programban, mely kizárólag sportszolgáltatások vásárlására fordítható [62,63].

MEGBESZÉLÉS

Tanulmányunk számos szempontból hiánypótlónak tekinthető hazánkban, hiszen komplex módon igyekezett feltárni az életmódorvoslás helyzetét. Bár az életmódorvoslás koncepciójáról már eddig is rendelkezésre álltak hazai tudományos és „szürke” szakirodalmak [12,27,64,65], az életmódorvosi szakmai társaságok párhuzamossága eddig talán kevésbé volt ismert. Számos egészségügyi szakmai irányelv hangsúlyozza az életmód-tanácsadás és az életmód-terápia szükségességét, mint mindennapi gyakorlati intervenciót a betegellátásban. Szükség lenne az evidenciákra nyugvó életmód-terápiás szakmai irányelvekre és a gyakorlati megvalósításhoz nélkülözhetetlen ismeretek és készségek összefoglalására a nemzetközi irányelvek alapján. Mindezek a graduális képzés megelőző orvostan és egészségfejlesztés profilú tananyagaiban, valamint az életmódorvostan és prevenció licencképzésben is meg kellene, hogy jelenjenek úgy, hogy tényleges gyakorlati készségeket is átadjanak. A szakmai irányelvek megalkotása során elengedhetetlen az egészségügyi társszakmák közötti egyeztetés.

Az életmódtényezők napjainkban az emberiség, így a hazai társadalom egyik legjelentősebb, egészséget befolyásoló tényezői. Az életmódorvoslás éppen ezért kiemelt orvosi, egészségügyi szakterületnek számítana annak érdekében, hogy a hazai lakosság kedvezőtlen, az egészségügyi ellátórendszert leterhelő, évente több ezer milliárd forint társadalmi-gazdasági terhet eredményező egészségi állapotán javítani lehessen [8]. Az életmódorvosi ellátásnak egy összetett, több szereplőt felölölő, lehetőség szerint orvos által vezetett rendszernek kell lennie, akár egyéni szintű, akár összetársadalmi életmódi intervenciók kapcsán tervezünk. Az életmódorvoslás országos rendszerének megoldást kell adnia a társadalmi egyenlőtlenségek ellensúlyozására, a beavatkozások tudományos bizonyítékokon alapuló megközelítésére, az információs társadalom jelentette kihívásokra, az öngon-

doskodás előtérbe kerülésére, és az életmód egész társadalmat átszövő, illetve annak minden elemét elérő jellegzetességére. Az életmóddorvosi, életmód-terápiás tevékenységeket szükséges lenne beleilleszteni a magyar közigazgatás-, egészség-, oktatás- és sportszervezési rendszerekbe, továbbá biztosítani kellene, hogy ezek a tevékenységek a munkahelyi egészségfejlesztésben is integráltan jelen legyenek.

Az életmóddorvoslás és életmód-terápia szakemberei tekintetében egyrészt szükséges – a jogszabályi felhatalmazásnak megfelelően – elindítani az életmóddorvostan és prevenció licencképzést. Emellett minden egészségügyi szakember graduális és posztgraduális képzésében a már meglévő életmóddorvosi és prevenciós ismeretek mellé fontos lenne a gyakorlati készségek átadása. Az egészségügyi szakemberek mellett az életmódi tényezők befolyásolásában és életmód-terápiában érintett más – mint például vendéglátás, sport, turizmus, média, gazdaság, településtervezés – szakemberek képzésében is érdemes lenne ezen ismeretek oktatásának szakmaspecifikus bevezetése.

Mint ahogy bemutattuk, az életmód-terápia finanszírozása komplex, és részben kívül esik a hagyományos egészségügyi ellátórendszeri finanszírozáson. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény „141. § 3) pontja szerint: Az állam felelőssége körében az állam kötelezettségét képezi különösen a) *az egészségfejlesztés alapvető feltételeinek biztosítása” [30], ugyanakkor fontos kihangsúlyozni, hogy az egészséges életmód követése és fenntartása minden állampolgár saját felelőssége. Az egyedi orvosi ellátáson túl edukációs jellegű kommunikációs kampányok nagyban hozzájárulhatnak az egészséges életmód követéséhez, az egészségfejlesztéshez, és végső soron az egészséges életmód normává alakításához. Mindehhez meg kell találni a hazai egészségügyi finanszírozáshoz és gazdasági működéshez illeszkedő, igazságos és szolidáris, a társadalom különböző korcsoportjait, foglalkoztatási- és társadalmi-gazdasági státuszú egyéneket és csoportokat figyelembe vevő ösztönzőket. A központi finanszírozás alternatív forrásteremtési lehe-

tősége lehetne akár a NETA kiterjesztése további termékekre, mint például a dohány- és nikotinos termékekre, amelyek a helytelen életmódban és a következményes betegségteherben kiemelkedő szerepet játszanak [1]. Emellett az egészségpénztári finanszírozás kiterjesztése is javasolt lenne például egészségorientált vezetett mozgásterápiákra, vagy más, az egészséges életmódot előmozdító, bizonyítottan hatékony életmódi intervenciókra.

A fentiekben megfogalmazott javaslatok megvalósításához első körben elengedhetetlen lenne a jogszabályi környezet módosítása. Jogszabályi igazításokkal szükséges megteremteni az életmóddorvostan és prevenció licencképzés és gyakorlati alkalmazásának kereteit, az egyedi finanszírozási módokat, valamint az egészségügyi rendszeren, egészségügyi tevékenységen kívül eső, egészségorientált mozgás-, táplálkozás- és lelki terápiák feltételrendszerét.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az életmóddorvoslás egyre nagyobb teret nyer az egészségügyben, mivel bizonyítottan hatékony a krónikus betegségek megelőzésében és kezelésében. A jövőben várhatóan még nagyobb hangsúlyt kap a személyre szabott életmóddorvoslás, amely figyelembe veszi az egyéni genetikai, környezeti és életmódbeli tényezőket. Az életmóddorvoslás integrálása a hagyományos orvosi ellátásba kulcsfontosságú a krónikus betegségek terhének csökkentésében és az emberek egészségének javításában.

Anyagi támogatás

A tanulmány anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek

B.L. tagja a NETA Bölcsék Tanácsának, a Mozgás Receptre program vezetője, valamint az ÉMOT elnöke. P.E. az ÉMOT vezetőségi tagja. P.M. és T.A. társszerzőknek nincsenek érdekeltségei.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Magyarország: Egészségügyi országprofil 2023 [Hungary: Country Health Profile 2023]. OECD. Published 2024. (Accessed May 1, 2025) doi:10.1787/5adc0e05-hu
- [2] Központi Statisztikai Hivatal. 6.1.11. A Meghaltak Száma És Aránya Halálóki Csoportok Szerint. In: Demográfiai Évkönyv, 2023 [Number and Proportion of Deaths by Cause of Death Groups]. Központi Statisztikai Hivatal; 2024. (Megtekintve:2025.05.07.) [Hungarian]
- [3] OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. OECD. Published 2022. (Accessed May 3, 2025) doi:10.1787/507433b0-en
- [4] Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF). Tehetünk az egészségünkért. Published online 2019. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html (Megtekintve: 2025.05.02.) [Hungarian]
- [5] Urbán R, Péntes M: Dohányzás és e-cigaretta használat. In: Paksi B. & Demetrovics Zs. (szerk.) Addiktológiai problémák Magyarországon: Helyzetkép a lakossági kutatások tükrében. Budapest, ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó; 2021:166-197.
- [6] Brys Z, Susánszky É, Székely A: Dohányzás és alkoholfogyasztás a Hungarostudy 2002 és 2021 adatfelvételei alapján. In: Engler Á, Purebl Gy, Susánszky É, Székely A (szerk.) Magyar Lelkiállapot 2021. Család – Egészség – Közösség. Hungarostudy 2021 Tanulmányok. Buda-

- pest, Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért; 2022:333-355.
- [7] Versenyképességi jelentés, 2023 [Competitiveness Report, 2023]: Published online 2023. <https://www.mnb.hu/letoltes/versenyke-pesse-gi-jelente-s-2023.pdf> (Megtekintve: 2025.05.03.)
- [8] Joó T, Fadgyas-Freyler P, Vitrai J, Kollányi Z: Az egészségkárosodás társadalmi költségei a munkaképes korú lakosság körében 2019-ben Magyarországon [The social cost of ill health among the working-age population in 2019 in Hungary]. *Orv Hetil.* 2024;165(3):110-120. doi:10.1556/650.2024.32955
- [9] Guthrie GE: What Is Lifestyle Medicine? *Am J Lifestyle Med.* 2018;12(5):363-364. doi:10.1177/1559827618759992
- [10] Rippe JM, ed.: *Lifestyle Medicine*. 1st ed. Wiley-Blackwell; 1999.
- [11] Lippman D, Stump M, Veazey E, et al.: Foundations of lifestyle medicine and its evolution. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes.* 2024;8(1):97-111. doi:10.1016/j.mayocpiqo.2023.11.004
- [12] Babai L, Majorosi E, Barna I (szerk.): *Életmódorvostan*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt; 2023.
- [13] Kapronczay K, Virágh Z: Fodor József élete és jelentősége a medicina történetében. [The life and significance of József Fodor in the history of medicine]. Published online 2018. <https://semmelweis.hu/nepegeszsegtan/files/2018/08/FodorJozsef.pdf> (Megtekintve: 2025.05.01.)
- [14] Doll R, Hill AB: Mortality in relation to smoking: Ten years' observations of British doctors. *BMJ.* 1964;1(5395):1399-1410. doi:10.1136/bmj.1.5395.1399
- [15] Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ: The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *The Lancet.* 2014;383(9921):999-1008. doi:10.1016/S0140-6736(13)61752-3
- [16] Afshin A, Sur PJ, Fay KA, et al.: Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet.* 2019;393(10184):1958-1972. doi:10.1016/S0140-6736(19)30041-8
- [17] Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J et al.: Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *N Engl J Med.* 2018;378(25). doi:10.1056/NEJMoa1800389
- [18] Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B: Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. *Eur J Prev Cardiol.* 2018;25(13):1387-1396. doi:10.1177/2047487318792696
- [19] Chantler PD, Larkin KT, eds.: *Cardiovascular implications of stress and depression*. Elsevier/Academic Press; 2020.
- [20] Paffenbarger RS, Blair SN, Lee IM: A history of physical activity, cardiovascular health and longevity: the scientific contributions of Jeremy N Morris, DSc, DPH, FRCP. *Int J Epidemiol.* 2001;30(5):1184-1192. doi:10.1093/ije/30.5.1184
- [21] Bíró É: Az egészségfejlesztés fogalma, célja, alapidokumentumai. In: Ádány R, Kiss I, Paulik E, Sándor J, Ungvári Z. (szerk.) *Megelőző Orvostan és Népegészségtan*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt; 2023:469-477.
- [22] American College of Lifestyle Medicine: <https://lifestyle-medicine.org/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [23] The European Lifestyle Medicine Organization: <https://www.eulm.org/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [24] Lifestyle Medicine Global Alliance: <https://lifestylemedicineglobal.org/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [25] World Lifestyle Medicine Organisation: <https://wlmo.org/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [26] European Lifestyle Medicine Council: <https://www.europeanlmc.org/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [27] Magyar Életmód Orvostani Társaság [Hungarian Lifestyle Medicine Association]: <https://www.emot.hu/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [28] Magyar Egészségmegőrzési és Életmódorvostani Egyesület [Hungarian Society of Preventive and Lifestyle Medicine]: <https://eletmodorvostan.hu/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [29] Egger G, Binns AF, Rössner S, Sagner M eds.: *Lifestyle Medicine: Lifestyle, the Environment, and Preventive Medicine in Health and Disease*. Third edition. Elsevier/Academic Press; 2017.
- [30] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv> (Megtekintve: 2025.05.10.)
- [31] World Health Organization: Self-care for health and well-being – Fact sheets. 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions> (Megtekintve: 2025.05.08.)
- [32] Jauquet C: *Healthusiasm. Making customers healthy & happy*. Lannoo Campus; 2019.
- [33] World Health Organization (WHO): Noncommunicable diseases – Fact sheets. 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [34] Farsang C, Járαι Z, eds.: *A Magyar Hypertonia Társaság Szakmai Irányelve – A hypertoniabetegség ellátásának irányelvei*. 11., módosított, javított és kiegészített kiadás. Hypertonia és Nephrologia. 2018;22(S5):1-36.
- [35] Bedros JR, Jermendy G, Gaál Z, et al.: Egészségügyi szakmai irányelv: A diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbeteg antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban [Healthcare professional guideline: On the diagnosis of diabetes mellitus, antihyperglycemic treatment and care of diabetic patients in adulthood]. *Diabetologia Hungarica.* 2023;31(5):331-444. doi:10.24121/dh.2023.20
- [36] Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szak-

- mai irányelv a krónikus obstruktív tüdőbetegség (chronic obstructive pulmonary disease – COPD) diagnosztikájáról, kezeléséről és gondozásáról. Published online 2024. <https://kollegium.aeek.hu/iranyelvek/Index> (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [37] Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyi Szakmai Kollégium: Egészségügyi szakmai irányelv – A major (unipoláris) depresszív zavar: diagnosztikai és terápiás irányelvek. Published online 2021. https://neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/EOSZEF_letoltheto_doku/002085-2021_A_major_unipolaris_depressziv_zavar_-_diagnosztikai_es_terapias_iranyelvek&inline=true (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [38] Sharman R, Harris Z, Ernst B et al.: Lifestyle factors and cancer: A narrative review. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2024;8(2):166-183. doi:10.1016/j.mayocpiqo.2024.01.004
- [39] Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv – Az alkohol által okozott mentális zavarokról. Published online 2024. <https://kollegium.aeek.hu/iranyelvek/Index> (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [40] McEvoy JW, McCarthy CP et al.: 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J*. 2024;45(38):3912-4018. doi:10.1093/eurheartj/ehae178
- [41] Balla G, Bereczki C, Barkai L et al.: Egészségügyi szakmai irányelv: A gyermekkori diabetes ellátása. *Diabetologia Hungarica*. 2021;29(4):183-271. doi:10.24121/dh.2021.16
- [42] Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv – A praxisközösségekben végzett, felnőtteket érintő prevenciók rendeléséről. Published online 2023. <https://kollegium.aeek.hu/iranyelvek/Index> (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [43] Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv – A felnőttkori elhízás diagnosztikájáról és kezeléséről. Published online 2023. <https://kollegium.aeek.hu/iranyelvek/Index> (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [44] Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv – A derékfájás diagnosztikája és kezelése. Published online 2024. <https://kollegium.aeek.hu/iranyelvek/Index> (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [45] Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság, Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv – A dohányzásról való leszokás támogatásáról. Published online 2024. <https://kollegium.aeek.hu/iranyelvek/Index> (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [46] Health New Zealand: Green prescription. <https://www.tewhauora.govt.nz/health-services-and-programmes/green-prescriptions> (Megtekintve: 2025.05.02.)
- [47] Stanhope J, Weinstein P: What are green prescriptions? A scoping review. *Stokes T, ed. J Prim Health Care*. 2023;15(2):155-161. doi:10.1071/HC23007
- [48] Onerup A, Arvidsson D, Blomqvist Å et al.: Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *Br J Sports Med*. 2019;53(6):383-388. doi:10.1136/bjsports-2018-099598
- [49] European Physical Activity on Prescription: <https://www.eupap.org/> (Megtekintve: 2025.05.03.)
- [50] Szörényiné Ványi G, Páhy-Schmidt E, Csizmadia P et al.: Tanulmányi út és tapasztalatcsere a szlovén egészségfejlesztési központok jó gyakorlatának megismerése céljából: Beszámoló a „Legjobb gyakorlat átadása az alapellátásban” Európai Unió projekt első lépcsőjéről [Study visit and exchange of experience to learn about good practice in Slovenian health promotion centres. Report on the first phase of the „Joint Action Transfer of Best Practices in Primary Care” European Union project]. *Egészségfejlesztés*. 2024;65(2):30-32. doi:10.24365/ef.16413
- [51] Malbaski N, Dózsa C: Hogyan tovább Egészségfejlesztési Irodák, azaz mennyi az annyi? [How about Health Promotion Offices, so how much is that?]. *IME*. 2014;13(10):5-11.
- [52] Bezzegh P: Egészségfejlesztési irodák hálózata [Network of Health Promotion Offices]. *Egészségfejlesztés*. 2016;57(1):57-59. doi:10.24365/ef.v57i1.9
- [53] M Kornyicki Á: Egészségfejlesztési irodák működése: Múlt, jelen és a vízionált jövő [The operation of health promotion offices: Past, present and visionary future]. *Egészségfejlesztés*. 2022;63(4):3-11. doi:10.24365/ef.8960
- [54] Zöld Recept [Green prescription]. <https://hegyvidek-sport.hu/zold-recept/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [55] Mozgás Receptre [Physical activity for prescription]: <https://www.mozgasreceptre.hu/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [56] 22/2012. (IX. 14.) EMMI Rendelet Az Egészségügyi Felsőfokú Szakirányú Szakképesítés Megszerzéséről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200022.emm> (Megtekintve: 2025.05.03.)
- [57] 60/2003. (X. 20.) ESzCsM Rendelet Az Egészségügyi Szolgáltatások Nyújtásához Szükséges Szakmai Minimumfeltételekről. Vol 60/2003. (X.20.). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0300060.esc> (Megtekintve: 2025.05.03.)
- [58] A belügyminiszter 10/2025. (IV. 4.) BM rendelete az egészségügyi ágazati szakmai képzésekkel és az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásával összefüggő miniszteri rendeletek módosításáról. 19. melléklet. *Magyar Közlöny*. 2025;(38):1881-1883.
- [59] Kulturális és Innovációs Minisztérium. A felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések a 2022/23-as tanévtől alkalmazandó képzési és kimeneti követelményei. <https://kormany.hu/dokumentumtar/kepzesi-es-kimeneti-kovetelmenyek-2> (Megtekintve: 2025.05.08.)

- [60] Folayan A, Cheong MWL, Fatt QK, Su TT: Health insurance status, lifestyle choices and the presence of non-communicable diseases: a systematic review. *J Public Health*. 2024;46(1):e91-e105. doi:10.1093/pubmed/fdad247
- [61] Bonus programs: Health-conscious behavior is rewarded. *Krankenkassen. Deutschland*. 2025. <https://www.krankenkassen.de/krankenkassen-vergleich/gesetzliche-krankenkassen/praevention-vorsorge/> (Megtekintve: 2025.05.08.)
- [62] Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK): Hatályos OENO törzslista [Current International Classification of Procedures in Medicine (ICPM) master list]. <http://finanszirozas.neak.gov.hu/szabalykonyv/index.asp?mid=1&pid=5> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [63] Aktív Magyarország [Active Hungary]: <https://aktivmagyarorszag.hu/> (Megtekintve: 2025.05.04.)
- [64] Bíró É ed.: Az egészségfejlesztés alapjai. In: Ádány R, Kiss I, Paulik E, Sándor J, Ungvári Z. (szerk.) *Megelőző Orvostan és Népegészségtan*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt; 2023:469-506.
- [65] Paulik E, Ungvári Z: Életmód és életmód-intervenció az orvosi gyakorlatban. In: Ádány R, Kiss I, Paulik E, Sándor J, Ungvári Z. (szerk.) *Megelőző Orvostan és Népegészségtan*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt; 2023:557-622.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Babai László 1998-ban szerezte meg általános orvosudományi diplomáját a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen Szegeden. Ezt követően az egyetem Gyógyszertani Intézetében PhD-tanulmányokat folytatott a testedzés mint fizioiógias prekondicionálás témakörben. Tanulmányai során többször vett részt külföldi gyakorlatokon, elsősorban

Németországban és Angliában. 2005-ben diplomázott a Külkereskedelmi Főiskola nemzetközi marketing szakán. 2004-

ben elindította az ország első magánallergológiai központját, a Budai Allergiaközpontot, és beindította az www.orvostkereksek.hu egészségügyi szolgáltató adatbázisát. 2005-ben társával megalapította az Orvosi és Egészségügyi Vállalkozások Országos Szövetségét, melynek alapításától elnöke. 2010-ben kidolgozta Magyarországon az életmódorvoslás alapjait. 2014 óta alapítója és elnökségi tagja a Magyar Életmód Orvostani Társaságnak. 2010 óta oktató a Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetemen a humánkineziológia szakon. 2012 óta alapítója és igazgatója a Prima Medica EgészségHálózatnak.



Paulik Edit egyetemi tanár a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar Népegészségtani Intézetének vezetője. Megelőző orvostan és népegészségtan, társadalomorvostan szakorvos, valamint egészségügyi menedzser végzettséggel is rendelkezik. Kutatóként számos epide-

miológiai felmérést végzett a demográfiai, a társadalmi-gazdasági jellemzők és az egészségi állapot, az életminőség, az egészséggel kapcsolatos magatartás közötti összefüggések feltárására. Intézetvezetőként felel a megelőző orvostan és népegészségtan oktatásért, valamint oktatja is annak különböző területeit a magyar és külföldi orvos, fogorvos, gyógyszerész és egyéb egészségtudományi területen (pl. védőnő, ápoló) tanuló hallgatók számára.



Péntes Melinda 2004-ben általános orvosként végzett a Szegedi Tudományegyetemen, 2009-ben megelőző orvostan és népegészségtan szakvizsgát, 2017-ben a Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájában PhD-fokozatot szerzett. 2007 óta dolgozik a Semmelweis Egyetemen, kezdetben az ETK Népegészségtani Intézetében, 2010-től az

ÁOK Népegészségtani Intézetében, 2022-től az Egészségügyi Menedzserképző Központban. A Semmelweis Egyetem Megelőző orvostan és népegészségtan Grémiumának tagja, Doktori Iskolájában témavezető. 2007-től számos hazai és nemzetközi népegészségügyi és dohányzással kapcsolatos kutatásban és projektben vett részt projektvezetőként, mentorként, szakmai tanácsadóként. Több hazai és nemzetközi tudományos folyóiratban rendszeresen lektorál, valamint bírálóbizottsági, illetve szerkesztőségi tag.

Terebessy András szerzői bemutatása az IME 2025/3. számában az 52. oldalon, *Az alapellátásban alkalmazható, dohányzásleszokás-támogató intervenciók hasznossága: narratív szakirodalmi áttekintés* c. cikk végén található.

A fogorvosi finanszírozási rendszer változásának hatása a fogorvosok közhangulatára

The impact of changes in the dental financing system on the general mood of dentists

Tóth Ildikó^{1,2}, Nagy Ákos³ ✉, Sinkó Eszter^{2,4}

¹Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet

²Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

³Dr. Nagy Ákos Fogászati Bt.

⁴Magyar Egészségügyi Menendzsmnt Társaság

✉ drnagyakos01@gmail.com

A jogalkotó a területi ellátási kötelezettségű fogászati alapellátásban 2021 elejétől praxisközösségi rendszert, valamint a körzet nagyságától függő alapdíj helyett 2023 januárjától indikátorrendszer vezetett be, utóbbit pilot program és érdemi tesztelés nélkül. A változtatások szakmai egyeztetés nélkül, a jogszabálytervezet véleményezésének elmaradásával, váratlanul kerültek bevezetésre.

Célunk az átalakító folyamatok (praxisközösségek kialakítása és az indikátorrendszer bevezetése) hatásának vizsgálata a fogorvosi alapellátási praxisokban, a hangulatot tükröző elemek mérésén keresztül (karrierátadási hajlandóság és hangulat) a fogorvosok körében.

Felmérésünket online, anonim kérdőívekkel négy alkalommal – 2022. április, 2023. május, 2024. február és 2024. október – végeztük az 1800 főt számláló „NEAK Fogorvosok” Facebook-csoportban tagként jelenlévő, érintett fogorvosok körében a praxisközösségi rendszerről és indikátorok alapján történő finanszírozásról. A kérdőíveket az aktuális helyzetnek megfelelően folyamatosan bővítettük kérdésekkel.

Eredményeink alapján a praxisközösség bevezetésekor nemzetközi adatokhoz közelítő karrierátadási hajlandóságot (20,3%) azonosítottunk, míg a szakmai egyeztetés nélkül bevezetett indikátorrendszer ezt 2,2%-ra csökkentette. Ezt tükrözi az is, hogy az indikátorrendszer elutasítottsága 90% feletti. Jelentős különbségeket találtunk a praxisközösségekben résztvevő és az önhibán kívül kimaradó praxisok között mind a karrierátadási hajlandóságban, mind az általános hangulatban.

A praxisközösségi rendszernek a finanszírozáson és a kollegiális kapcsolaton keresztül védő hatása lehet, ugyanakkor a kimaradókkal szemben diszkrimináló.

Kulcsszavak: praxisközösség, indikátor, fogorvos, hangulat

The legislator introduced a practice community system in primary dental care with a territorial service obligation from the beginning of 2021. An indicator system replaced the capitation fee depending on the size of the practice's district from January 2023, without a pilot program or substantive testing. The changes were introduced unexpectedly without prior consultation on the legislative draft.

Our aim is to examine the impact of transformational processes (establishing community of practices and introducing an indicator system) in primary care dental practices through the measurement of elements reflecting mood (dentist career transfer willingness and ethical distress) among dentists.

We conducted our survey with online, anonymous questionnaires in four waves (April 2022, May 2023, February 2024, and October 2024) among concerned dentists in the 1,800 members of the “NEAK Dentists” Facebook group. The questionnaires were continuously adapted and expanded with questions in accordance with the current changes in communities of practices and indicator-based financing.

Based on our results, when the community of practices was introduced, we identified a career transfer willingness (20.3%) that was close to international findings, while the indicator system introduced without professional consultation reduced to 2.2%. This is also reflected in the fact that the indicator system was rejected by over 90%. We found significant differences between were also observed in the willingness to transfer careers and general mood between practices participating in the community of practices and those that were excluded through no fault of their own, both in career transfer willingness and in the general mood.

The community of practices system may have a protective effect through financial support and collegial cooperation. However, at the same time, it is discriminatory against those who are left out.

Keywords: community of practices, indicator system, dentist, mood

BEVEZETÉS

A magyar kormány a COVID-járvány idején vágott bele az utóbbi idők legnagyobb egészségügyi átszervezésébe, ami az alapellátó fogorvosi rendszert is több ponton érintette. A felmérésünk egy, a fogorvos kollégák körében 2018 augusztusában, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) fogorvosi Facebook-csoportban feltett egyetlen kérdés: „Szeretné, hogy a gyermeked hozzád hasonlóan

NEAK-szerződött fogorvos legyen?” folytatásának is tekinthető [1]. A Facebookon feltett kérdés egy több időpontra keresztül zajló felméréshez vezetett (6. ábra), amit 2022 áprilisától folyamatosan a rendszerre vonatkozó kérdésekkel egészítettünk ki. Az első kérdésre adott válaszokban 293 kollégából 93% egyértelműen „nem” választ adott, 3% a „nem tudom”-ot, míg 4% az „igen”-t jelölte meg. A válaszok 2021 decemberétől javuló eredményeket mutattak.

A jogalkotó 2021 elején megteremtette az alapellátásban a területi ellátási kötelezettséggel (TEK) rendelkező praxisok számára a praxisközösség rendszerét, amely a kapcsolódó bértámogatási rendszer kialakítása miatt gyakorlatilag szükségsszerűvé teszi a belépést [2]. Ennek részeként a szoros együttműködést vállaló praxisközösségi tagok 100%-os, a kollegiális praxisközösségi tagok 80%-os bértámogatást kaptak az addigi finanszírozási elemeken felül. A praxisközösségből kimaradók a teljes bértámogatási összeg mindössze 30%-ára jogosultak. A fogászati ellátást érintő finanszírozási elemeknek a 2010–2024 közötti változását az első táblázatban mutatjuk be (1. táblázat). A fogorvosi rendszerben a korábbi finanszírozás az alaplíjából (korcsoportos fejkvóta) és a német ponthoz hasonló eseti ellátási díjból tevődött össze, így a praxisközösségi bértámogatás első körben 2021-ben egy emeltebb bért jelentett.

A praxisközösségi átalakítás csak az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvényben meghatározott fogorvosokat, azaz a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező gyermek-felnőtt-vegyes, Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) szerződött vállalkozókat érintette [4]. A jogszabályalkotás előkészítése során a jogalkotók nem voltak tekintettel a fogászati ellátórendszer sajátosságaira, amikor a praxisközösségbe belépés feltételeként a TEK meglétét és a rendelési óraszámot határozták meg. A háziorvosoknál ugyanis körzetnagyságtól függetlenül kötelező rendelési

minimumóraszám volt és van, a fogászati alapellátásban viszont a körzet nagysága határozza meg a rendelési időt, így a fogorvosi körzetek között voltak, akik önhibájukon kívül kimaradtak a szervezésből. 2025 áprilisában kértünk adatokat a 4 kérdésfelvételi időpontra vonatkozólag a NEAK-tól, hogy hány vállalkozó szerződött szolgáltató van, és ebből hányan alkalmasak praxisközösségi tagságra (2. táblázat). Az adatkérésünk szerint a háziorvos vállalkozók 97,4%-a (összes vállalkozó háziorvosi szolgálat: 5709, praxisközösségi tagságra alkalmas: 5561), az alapellátó fogorvosok 83,9%-a (összes vállalkozó fogorvosi szolgálat: 2282, praxisközösségi tagságra alkalmas: 1916) volt a jogszabály szerint alkalmas praxisközösségi tagságra. Az iskolafogászati szolgálatok annak ellenére, hogy az alapellátás részét képezik, intézményi alapon szervezett szolgáltatók, és ezért nem csatlakozhatnak a praxisközösségekhez. Hasonlóan problémás a vállalkozó fogorvos szakellátók, különösen a fogszabályozó szakrendelések helyzete, ahol körülbelül 100 fő szintén nem léphetett be a praxisközösségbe.

Következő lépésként 2023. január 1-jén Magyarországon bevezették a fogorvosi indikátorrendszert és ezzel párhuzamosan eltörölték az alaplíjat, az összeget pedig átirányították az indikátor- és a teljesítménykasszába, 50-50%-os arányban [5,6]. Az indikátorokról szóló jogszabály bevezetésének előkészítetlenségét mi sem mutatja jobban, mint hogy a 16/2023. (VI. 14.) BM-rendelet a fogászati kódtábla módosításáról 2023. június 15-én került a közlőnybe, de a benne foglaltakat már 2023. január 1-től alkalmazza a NEAK [7-9]. A változtatást előíró jogszabálynak a januári alkalmazáshoz már 2022 októberében meg kellett volna jelennie ahhoz, hogy a szolgáltatók alkalmazkodni tudjanak hozzá. Az indikátor olyan paraméter vagy érték, amely információt vagy leírást nyújt valamilyen jelenség állapotáról és segíti az adott jelenség statisztikai leírását, például egy beavatkozás főbb

Finanszírozási elemek a fogászati alapellátásban (év)	2010	2011-16	2017	2018	2019	2020	2021	2023
Alaplíj (korcsoportos fejkvóta)	van	van	van	van	van	van	van	nincs
Teljesítménydíjazás (németpont-rendszer, csúszópont)	van	van	van	van	van	van	van	van
Jogviszony-ellenőrzés díja	nincs	van	van	van	van	van	van	van
Hátrányos helyzetű településen lévő körzet támogatása	nincs	nincs	van	van	van	van	van	van
Rezsitámogatás	nincs	nincs	nincs*	van	van**	van	van	van
Praxisközösségi bértámogatás, orvos és szakdolgozó	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	van	van
Indikátordíjazás	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	van
Praxistámogatás, a szakdolgozó bértámogatás függvénye	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	nincs	van

*2017: a fogorvosok tiltakoznak, hogy a háziorvosokhoz hasonlóan ők is kapjanak 390 000 Ft/hó rezsitámogatást

**2019: a fogorvosok tiltakoznak, hogy ugyanannyi legyen a rezsitámogatásuk, mint a háziorvosoké (fogorvos: 130 000 Ft, háziorvos: 540 000 Ft)

1. táblázat

A fogászati finanszírozási elemek változása, az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet változásainak megfelelően [3]. (saját szerkesztés)

jellemzőit [10]. A fogorvosi alapellátásba bevezetett indikátorok a minőséget mérik, céljuk az lenne, hogy a beavatkozások megfigyelésével, analizálásával, optimalizálásával és átalakításával mind a beteg, mind az egészségügyi ellátó elégedettségét növeljék.

Az indikátorpontok alapján történő finanszírozás a következő módon történik. A fogorvosi praxisok körzettípustól függően jelenleg négy-négy indikátor alapján kapják a finanszírozásukat [11]. A praxisokat első körben csoportokba sorolják be, amelyek vármegyénként és a főváros szintjén, felnőtt és vegyes, gyermek típus szerint kerülnek kialakításra. Az indikátorjegyzékben szereplő indikátorok alapján a praxisok maximálisan 8 pontot érhetnek el. A praxisonként összeadott pontértékek alapján a pontok arányának megfelelően kapnak többletfinanszírozást az adott csoportba tartozó fogorvos szolgáltatók a megadott keretösszeg nagyságáig. A pontérték alapján kapott finanszírozási összeg kezdetben 50 000 Ft volt, ami később 25 000 Ft-ra csökkent, mivel az indikátorpont-szerzés könnyebbé vált, a kassza pedig zárt [12]. A bevezetett indikátorok fele visszamenőlegesen volt érvényes, azaz egy olyan gyakorlatot értékelnek vele, amelyre a szolgáltatók nem készülhettek fel időben. Az indikátorok bevezetésével párhuzamosan megnövekedt az egy beavatkozásra szánt minimumidőt is 10%-kal, azaz egy-egy beteg ellátására több időt kell fordítani, ami azzal jár, hogy ugyanabban az időintervallumban kevesebb beteget lehet ellátni, s ez arányos teljesítménycsökkenést eredményezhet [7].

Habár nem részletesen kutatott, mégis általánosságban elfogadott, hogy az általános hangulattal és mentális jólléttel jól korrelál, hogy a szülő el tudja-e képzelni a gyermekét a saját hivatásában. Bár többnyire fordítottan vizsgálják a kuta-

tások, hogy a gyermek mikor választja a szülője hivatását a jövőbeli karrierjének [13], mégis okkal feltételezhető, hogy az a fogorvos, aki büszke a hivatására, és kiszámítható életpályát lát mögötte, valószínűleg bátorítani fogja a gyermekét a pályára. Ellenben a munka jellegéből adódóan – így a betegek félelmeivel való megküzdés és a hosszú munkaórák miatt – a kiegészítő nagyon magas a fogorvosok körében, ez pedig negatív példaként hathat mind a gyermekekre, mind a karrierátadási hajlandóságra. Úgy gondoljuk, hogy a rendszerbeli változásokat jól tükrözik nemcsak a hangulati értékek, hanem ezzel párhuzamosan az, hogy az orvos- vagy fogorvoskolléga továbbörökítené-e a hivatását gyermekére.

CÉLKITŰZÉS

A közel másfél éves időtartamban összesen négy alkalommal felvett online kérdőíves felmérésünkkel a 2020-as években kezdődött és jelenleg is zajló, a fogorvosi alapellátási egészségügyi rendszert átalakító folyamatoknak (praxis-közösségek kialakítása és az indikátorrendszer bevezetése) a fogorvosok karrierátadási hajlandóságára és általános hangulatára gyakorolt hatását mutatjuk be.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

A vizsgálat négy időpontban (2022. április, 2023. május, 2024. február, 2024. október hónapokban) végzett ismételt keresztmetszeti felmérés adatain alapul. Igazítva az aktuális szakpolitikai helyzethez, ugyanazt a kérdőívet kiegészítő kérdésekkel aktualizáltuk. A mintavétel a NEAK Fogorvosok 1800 fős Facebook-csoportjában történt, önkéntes, online, a

Fogorvosok										
Év, hónap	Összes vállalkozó fogorvosi szolgáltatók száma	Praxis-közösségi tagságra alkalmas szolgáltatók száma	Nem praxis-közösségi tag (30%-os bértámogatás)	Kollegiális praxis-közösség (80%-os bértámogatás)	Konzorciumi praxis-közösség (100%-os bértámogatás)	Jogszabály alapján nem léphet praxisközösségbe (szolgáltatók száma)				
						Iskola-fogászat	Ügyelet	Terület nélküli	20 óra alatt	Betöltetlen
2022. ápr.	2 282	1 916	77	1 092	747	187	13	4	125	37
2023. máj.	2 317	1 952	51	1 051	850	190	12	4	126	33
2024. febr.	2 283	1 916	37	993	886	189	11	3	129	35
2024. okt.	2 277	1 912	23	962	927	188	9	2	132	34

Háziorvosok										
Év, hónap	Összes vállalkozó háziorvosi szolgáltatók száma	Praxis-közösségi tagságra alkalmasak száma	Nem praxis-közösségi tag (30%-os bértámogatás)	Kollegiális praxis-közösség (80%-os bértámogatás)	Konzorciumi praxis-közösség (100%-os bértámogatás)	Jogszabály alapján nem léphet praxisközösségbe (szolgáltatók száma)				
						Terület nélküli		Betöltetlen		
2022. ápr.	5 709	5 561	511	2 669	2 381	108		40		
2023. máj.	5 631	5 504	408	2 360	2 736	84		43		
2024. febr.	5 473	5 335	317	2 162	2 856	73		65		
2024. okt.	5 397	5 267	292	2 027	2 948	72		58		

2. táblázat
A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőtől (NEAK) 2025. április 2-án kért adatok alapján a praxisközösségre jogosult körzetek száma a fogorvosi és háziorvosi alapellátásban (saját szerkesztés)

Google Űrlapok segítségével kitölthető anonim kérdőívek formájában. Viszonyításul a 2025. április 2-án lekért NEAK-adatok alapján a körzetszámokról, a négy kérdésfelvételi időpontban a praxisközösségi tagságra alkalmas szolgálatok száma a következő volt időrendben: 1916, 1952, 1916, 1912 (lásd 2. táblázat). Egy körzetből egy kitöltőtől fogadtunk el adatokat. Tekintettel a rendszerbeli változások vizsgálatára, elsősorban a praxisközösségi reform bevezetésére fókuszálva a körzetek jellemzőit gyűjtöttük, azaz a körzet elhelyezkedésére, méretére és szerveződési szintjére kérdeztünk rá, és nem kérdeztünk rá a kitöltő nemére, életkorára vagy családi állapotára. A szerveződési szinteket a cikkben 100%-os, 80%-os, 30% önként és 30% önhibán kívül elnevezéssel jelöljük. A „30% önként” kategóriába tartozók nem léptek be a praxisközösségbe, annak ellenére, hogy megtehették volna, míg a „30% önhibán kívül” nem is tudott csatlakozni, mivel nem felelt meg a kritériumoknak. A felmérésben szereplő kérdéseket az 1. mellékletben bemutatott kérdőívben közöljük (a cikk online verziójában). Hangulati elemként vizsgáltuk a karrierátadási hajlandóságot a saját gyermeknek (válaszok: 1=igen, 2=nem, 3=talán) mind a négy adatfelvételi időpontban. A 2024-es időpontokban a kérdőívet kiegészítettük egy több felmérésben is megtalálható módszerrel, azaz a kollégák a hangulatukat a „Hogyan érzed magad?” kérdésre egy 1–10-es Likert-skálán (1=abszolút rosszul, 10=teljesen jól) értékelhették, amivel a hangulati állapotot számszerűsíteni is tudtuk [14,15]. A felmérésben kérdéseket tettünk fel az indikátorrendszer megfelelőségével kapcsolatban is, azaz anyagilag hogyan alakult a praxisok bevétele, illetve mennyire tartják jó ötletnek az indikátorrendszer bevezetését. A kérdéseket szintén a cikk online verziójában található mellékletben közöljük. Az adatokat az elemzés előtt tisztítottuk, azaz a nem megengedett praxisjellemző kombinációkat kizártuk, például: egy iskola fogászat nem lehet praxisközösségi tag. A „nem TEK” körzeteket (iskola fogászat és szakellátások) az elemzések során összevontan kezeltük, mivel a jogszabály szerint ezek csak a 30% önhibán kívüli praxisközösségi kategóriában lehetnek. Ugyanakkor TEK-körzetek akkor léphetnek szoros vagy kollegiális praxisközösségbe, ha a körzetméretek szempontjából teljesítik a feltételeket. Indikátora csak TEK-es körzeteknek van, így ezt más körzet-típusnál nem lehet figyelembe venni. Tekintettel arra, hogy az eltérő időpontokban nem mindig ugyanazok a személyek töltötték ki a kérdőívet, minden időpontot külön-külön, önálló keresztmetszeti adatként kezeltük, azaz az egyéni változásokról nem tudunk képet adni, csak csoportszinten követhetőek a változások, például a praxisközösségi szinthez csatlakozás megoszlása vagy az indikátorrendszer elfogadottsága a csoporton belül.

Az adatok tisztítása Excel programban történt, míg a statisztikai analízist SPSS (IBM Version 20) programmal végeztük. Tekintettel az erősen eltérő csoportméretekre, a kategorikus változók esetén a kis elemszám miatt a Fisher-féle egzakt tesztet alkalmaztuk. Folytonos változók eloszlását Kolmogorov-Smirnov próbával vizsgáltuk. Mivel minden folyamatos adatunk normál eloszlást mutatott, a statisztikai

különbséget az időpontok között kétmintás t-próbával elemeztük, míg a csoportok értékei között ANOVA módszerrel néztük a különbséget. A hangulati elemek, így a karrierátadási hajlandóság és a „Hogyan érzed magad?” kérdésre adott értékek közötti összefüggést Spearman korrelációs tesztel vizsgáltuk meg. Szignifikanciaszintnek a $p < 0,05$ -öt fogadtuk el.

EREDMÉNYEK

A fogorvosi körzetek jellemzői a területi ellátási kötelezettség, az ellátott betegpopuláció és az elhelyezkedés alapján

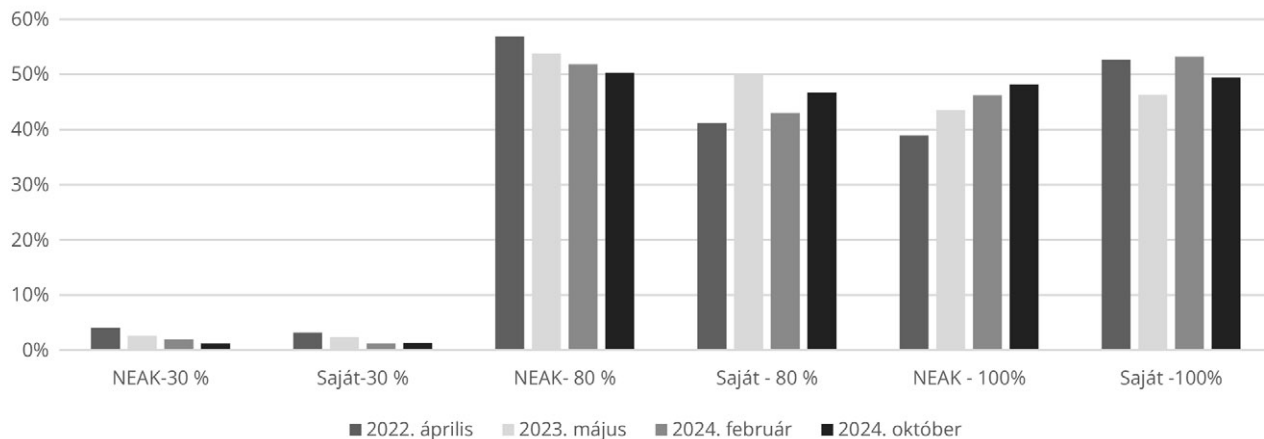
A tisztított adatok alapján a négy időpontban az elemzésbe bevont mintaméretek időrendi sorrendben a következők voltak: $N_1=197$, $N_2=456$, $N_3=266$, $N_4=310$. A területi ellátási kötelezettség mellett a körzetek jellemzőiként az ellátott betegpopulációra (gyermek, felnőtt, vegyes, szakellátó) és annak méretére, a körzet elhelyezkedésére kérdeztünk rá, az eredményeket a cikk online verziójának mellékletében az 1. és 2. táblázatban részletezzük. Szignifikánsan ($p=0,027$) több TEK-es körzettel rendelkező fogorvos töltötte ki a kérdőívet. Ezen belül is jellemzően a TEK vegyes körzetek száma kiemelkedő, különösen vidéki praxisokban. A praxisméretek megoszlása alapján a négy mintavételi időpont adatait összesítve a kérdőívet szignifikánsan magasabb számban a 3001-5000 ellátott főből álló körzetből töltötték ki ($p < 0,001$). A nem TEK-körzetek alatt a kérdőív kérdései alapján összevontan kezeltük a fogszabályozás, szájszűrés, parodontológia és az egyéb szakrendeléseket. Számuk elenyészően kevés a mintában, összesen 45 fő iskola fogászat, 21 fő fogszabályozás, míg az egyéb, nem közfinanszírozott összesen 2 fő, és a négy felvételi időpontban jellemzően körülbelül azonos arányban oszlottak meg.

A praxisközösségi szintek arányának változása a kérdésfelvételi időpontokban és település-típusonként

Összehasonlítottuk a saját mintavételi adatainkat a praxisközösségi szinteket illetően a NEAK-tól lekért adatokkal százalékos megoszlásban és hasonló mintázatot kaptunk (1. ábra). Az egymásnak megfeleltethető praxisközösségek közül a 2022. áprilisi mintavételben találtuk a legnagyobb különbséget a 80%-os praxisközösség százalékos arányában (NEAK – 80%: 56,9% vs. saját – 80%: 41,9%, különbség: 15,7%).

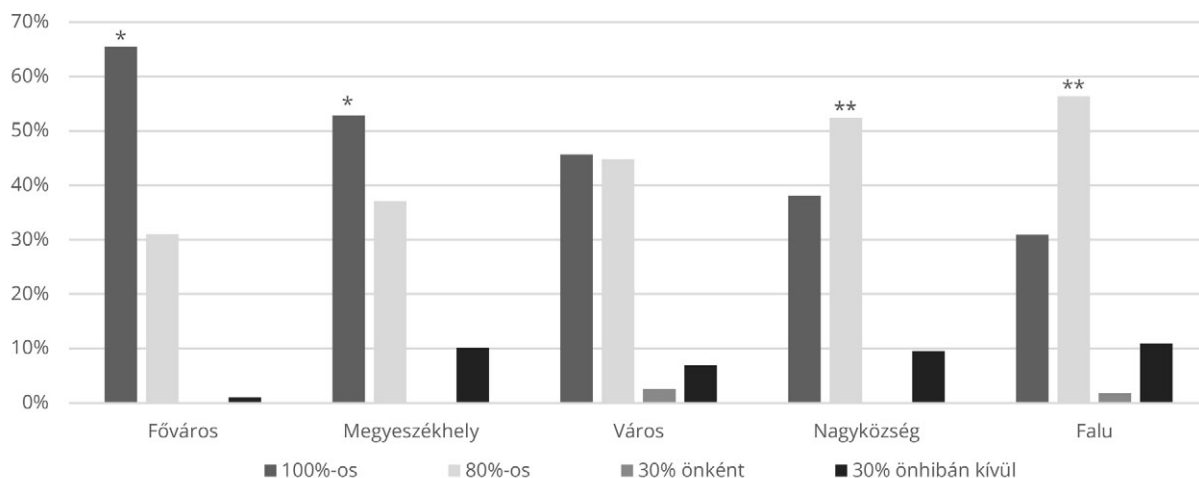
Az 1. ábrán látható, hogy összességében szignifikánsan ($p=0,02$) nagyobb arányban töltötték ki a felmérés résztvevői a 100%-os, 80%-os praxisközösségek közül összehasonlítva a 30%-os szintekkel, ami tükrözi a mintafelvétel időpontjában fennálló NEAK-adatoknak megfelelő praxisközösségi szintek megoszlását. Ugyanakkor a 100%-os és 80%-os szintek százalékos gyakorisága között nem volt statisztikai különbség ($p=0,191$) az egyes mintavételi időpontok között.

A praxisközösségek százalékos arányát településtípusok szerint is elemeztük a legutolsó, 2024. októberi mintavételi időpontban (2. ábra). Míg a fővárosban és a megye-



1. ábra

A praxisközösségi szintek megoszlása a négy mintavételi időpontban a saját és a NEAK adatok megoszlása között ($N_{NEAK}=7696$ és $N_{Saját}=1161$) (saját szerkesztés)



2. ábra

A praxisközösségi szintek megoszlása településtípusok szerint a legutolsó mintavételi időpontban, a 2024. októberi mintában. ($N=310$) * $p<0,01$; ** $p<0,01$ (saját szerkesztés)

székhelyen szignifikánsan magasabb a 100%-os praxisközösségek százalékos aránya, addig a kisebb településeken az arány megváltozik a 80%-os közösségek irányába. A négy időpont mintájának összesített megoszlása hasonló arányt mutat.

Rákérdeztünk arra, hogy mi történjen a praxisközösségbe csatlakozni nem tudó, önhibájukon kívül kimaradt praxisokkal, csatlakozhassanak-e közösségbe (3. táblázat).

Az eredmények alapján látható, hogy mind a TEK-, mind a nem TEK-körzetekből kitöltők szignifikánsan magas ($p<0,01$) arányban javasolják, hogy a kívül maradók is csatlakozhassanak a praxisközösségi rendszerbe.

Az indikátorrendszer bevezetésének támogatottsága

A 2023. májusi felméréstől kezdve rákérdeztünk az indikátorrendszerrel kapcsolatos véleményekre is. Az alaplíjat felváltotta az indikátorpontok alapján történő finanszírozás. Tekintettel arra, hogy az indikátorpontok alapján fizetett

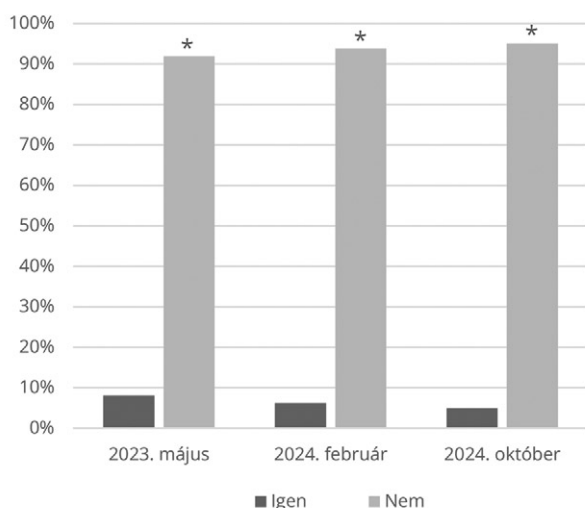
összeg hónapról hónapra változhat egy körzetben, egyértelmű összegre rákérdezni nem tudtunk a bevétel megváltozását illetően. A kérdőív egy igen/nem választ váró kérdéssel mérte fel, hogyan változott a fogorvosok bevétele, azaz az indikátorpontok az elvett alaplíjnál több bevételt jelentenek-e (3. ábra). A válaszok százalékos megoszlása alapján látható, hogy a kollégák egyértelműen és szignifikánsan többen, 90% feletti arányban azt jelzik: az új indikátoralapú rendszer nem jelent több bevételt, mint az alaplíj, és ez egy enyhe, 2% körüli növekvő tendenciát jelent a mintavételi időpontok között, ami nem szignifikáns ($p=0,232$).

Annak a megítélésére, hogy a fogorvosi rendszer egyes szereplői különbözőképpen kapják a finanszírozásukat (TEK-körzetek: praxisközösségi bértámogatás + indikátorfinanszírozás összevetve a nem TEK-körzetek: alaplíj + 30%-os bértámogatás), rákérdeztünk arra, ezt jó vagy rossz ötletnek tartják-e a kollégák. A 4. ábrán külön mutatjuk be a TEK- és nem TEK-körzetek véleményét az egyes időpontokban a különböző finanszírozásról. Míg kis arányban, de a TEK-körzetek

		2023 május	2024 február	2024 október	Teljes
TEK	Együttműködőként csatlakozhassanak	422 (95,5%)	240 (97,6%)	280 (96,2%)	942 (96,2%)
	Maradjanak 30%-os bértámogatáson	20 (4,5%)	6 (2,4%)	11 (3,8%)	37 (3,8%)
Nem-TEK	Együttműködőként csatlakozhassanak	14 (100%)	20 (100%)	19 (100%)	53 (100%)
	Maradjanak 30%-os bértámogatáson	0	0	0	0

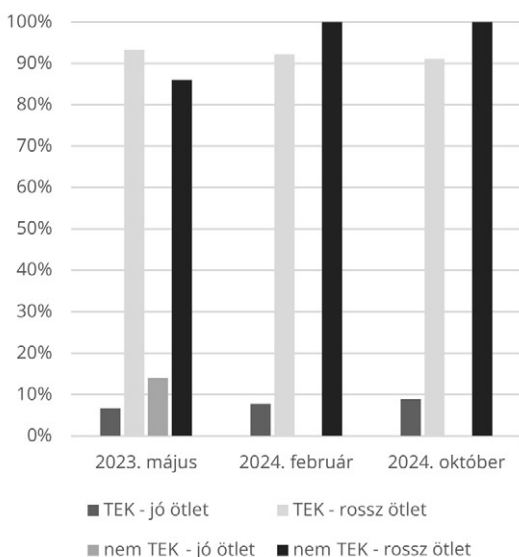
3. táblázat

Csatlakozhassanak-e az önhibájukon kívül maradók a praxisközösségi rendszerhez? Kérdésre adott válaszok: TEK- és nem TEK-körzetek és mintavételi időpontok szerint (N=1229) (saját szerkesztés)



3. ábra

Többet ad vissza az indikátorrendszer, mint az alapdíj? Az igen és nem válaszok aránya a 3 mintavételi időpontban (N= 971), *p <0,001



4. ábra

Az indikátorrendszer megítélése a TEK- és nem TEK-körzetek körében: jó ötlet/rossz ötlet válaszonként (N=1032) (saját szerkesztés)

körében minden időpontban megjelenik a jó ötlet válasz, addig a nem TEK-körzetek körében ez a 2024-es időpontokra teljesen eltűnik.

Azt a kérdést, hogy legyen-e, és a rendszer melyik szereplőjének legyen indikátoralapú elszámolása, szintén a TEK- és nem TEK-körzetekre osztottan vizsgáltuk (4. táblázat).

Az adatokból látható, hogy mind a TEK-, mind a nem TEK-körzeteknél nagyon magas az indikátorrendszer elutasíthatósága mind a három időpontban.

A karrierátadási hajlandóság és a hangulati állapot változása az egyes mintavételi időpontokban

A karrierátadási hajlandóságot mind a négy kérdésfelvetési időpontban vizsgáltuk, míg a „Hogyan érzed magad a jelenlegi rendszerben?” kérdéssel a kérdőívünket két időpontban, 2024. februárban és 2024. októberben egészítettük ki. Ezzel értéket szerettünk volna adni a hangulatnak, meghatározva annak a minőségét is. Ehhez egy 1–10-es skálán, a „rosszul érzem magam” és a „jól érzem magam” skálán határozták meg a kollégák, hova helyezik magukat.

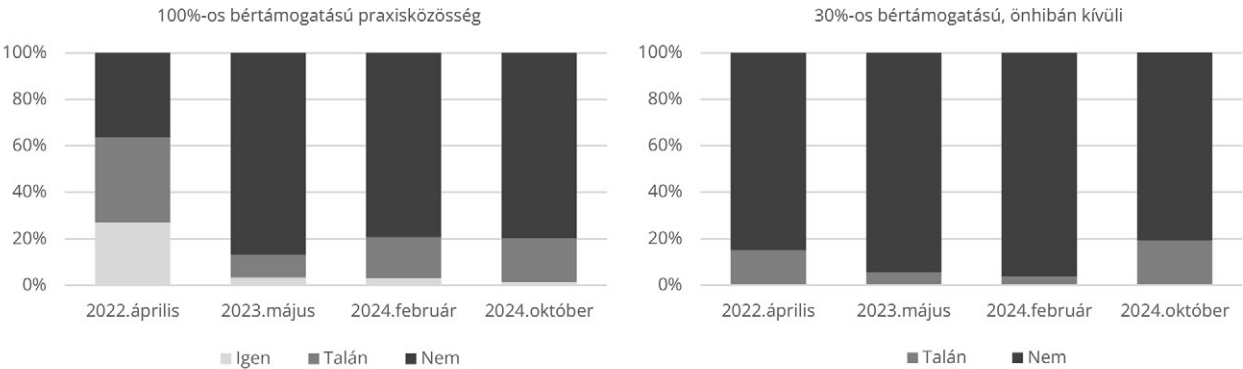
A karrierátadási hajlandóság vonatkozásában arra a kérdésre, hogy „Szeretnéd, ha gyermeked olyan helyzetben lévő egészségügyi dolgozó lenne, mint most Te?” a kollégák igen, nem és talán válaszokat adhattak. A 2022-es évben a karrierátadási hajlandóság (igen: 20,3%, talán: 31%) még szignifikánsan magas az elkövetkező 2023-as és 2024-es évhez képest (igen: 2,2–2,6 %, talán: 8,6–16,3 %) (p<0,001, df=6, Khi-négyzet: 175). A „nem” válaszok aránya 2023-tól magasán 80% feletti maradt, a „talán” válaszok aránya pedig egy enyhe növekvő tendenciát mutat, míg 2024 októberre az együttes aránya az igenekkel eléri a 18,9%-ot.

Összehasonlítottuk a két legeltérőbb praxisközösségi szintet, a 100%-os és a 30% önhibán kívüli szintet a karrierátadási hajlandóság alapján (5. ábra). Míg a 100%-os praxisokban az összképhez hasonló, de kicsit optimistább képet látunk, addig a 30% önhibán kívüli praxisokban az igen válasz meg sem jelenik.

A hangulati állapot időbeli alakulását két felmérési időpontban (2024. február és 2024. október) vizsgáltuk. 2024-től a hangulati értéket is mértük, azaz számszerűsítettük a

	TEK			Nem TEK		
	2023. május	2024. február	2024. október	2023. május	2024. február	2024. október
Minden szereplőnek	9,5%	13,0%	11,0%	7,1%	5,0%	5,3%
Egyik szereplőnek se legyen	90,2%	85,0%	86,9%	71,4%	90,0%	89,5%
Csak a TEK-körzetnek	0,2 %	2,0%	2,1%	21,4%	5,0%	5,3%
Összes válaszadó (N)	441	246	291	14	20	19

4. táblázat
Válaszok a „Melyik szereplőnek legyen indikátorrendszere” kérdésre a TEK- és nem TEK-körzetek és mintavételi időpontok szerint (N= 1030) (saját szerkesztés)



5. ábra
Szeretné, ha gyermeked olyan helyzetben lévő egészségügyi dolgozó lenne, mint most Te? Eredmények a 100%-os praxisközösségi csoportban (N=574) és a 30% önhibán kívüli (N=90) csoportban a négy mintavételi időpontban (saját szerkesztés)

hangulatot és az 1–10-es Likert skálán a hangulati átlagokat, amelyek februárban összesítetten: $4,2 \pm 2,3$ és októberben: $4,5 \pm 2,2$ értéket mutattak. Habár a két időpont között javuló tendenciát látunk, azonban ez nem szignifikáns ($p=0,142$). Lakóhely szerint sem találtunk különbséget a fogorvosok hangulati állapota között (összesítetten: főváros: $4,4 \pm 2,3$, megyeszékhely: $4,2 \pm 2,2$, vidék $4,4 \pm 2,3$; $p=0,786$), és az érték itt sem emelkedik 5 fölé. Ellenben sokkal élesebb különbséget találtunk, amikor a praxisközösségi szinteket vizsgáltuk, és itt is jelentkezett a szignifikáns különbség a 100%-os, 80%-os és a 30%-os önként és önhibán kívül praxisok között, hasonlóan a karrierátadási hajlandósághoz, továbbá ez is romló, de nem szignifikáns tendenciát mutat a két időpont között. Hasonlóan szignifikáns különbség mutatható ki a TEK-es és nem TEK-es körzetek között (TEK: $4,4 \pm 2,2$, nem TEK: $3,1 \pm 2,3$; $p<0,001$), mint a karrierátadási hajlandóságban (5. táblázat).

Összefüggés a karrierátadási hajlandóság és a hangulati értékek között

Spearman-féle korrelációs vizsgálattal megnéztük az összefüggést a karrierátadási hajlandóság és a hangulati érték között. A két változó között szignifikáns, pozitív kapcsolat mutatható ki ($0,256$, $p<0,001$), azaz a karrierátadási hajlandóság megfelelően tükrözi az általános hangulati állapo-

tot: minél rosszabb a hangulat, annál kevésbé szeretnék a saját hivatásukban látni a kollégák a gyermeküket.

MEGBESZÉLÉS

Az „egy háziorvos és egy nővér” felállású alapellátási rendszer egyre inkább elavultnak minősül, ezért törekednek a modernizálására, melynek egyik irányvonala a praxisok közösségbe tömörítése. Ez mind a betegútmenedzsmentben, mind a betegek kezelésében és gondozásában sokkal hatékonyabb lehet az erőforrások megfelelő allokációja miatt, de legfőképpen azért, mert növeli az orvosok közötti interakciók lehetőségét, valamint a velük együtt dolgozó szakdolgozók számát. Magyarországon a Svájci Hozzájárulás keretében nyert támogatásból 2013–2017 között egy népegészségügyi fókuszú Alapellátás-fejlesztési Modellprogramot (azonosító szám: SH8/1) hoztak létre hátrányos helyzetű kistérségekben. A programon belül 24 háziorvos alkotott 4 praxisközösséget, melyek kiegészítő, a prevenció minden szintjére kiterjedő szolgáltatásokat is nyújtottak az alapellátás mellett [16]. A modell hatékonynak bizonyult és sikeresen reagált a népegészségügyi kihívásokra a tudatos szervezés hatására, ezért az ágazatvezetés a praxisközösségek fenntartása mellett döntött, és 2018-tól további praxisközösségek megalakítását tervezte. Annak ellenére, hogy a fogorvosok az eredeti

	100%-os bértámogatás N=275	80%-os bértámogatás N=242	30%-os bértámogatás önként N=7	30%-os bértámogatás önhibán kívül N=52	p-érték
2024. február	4,5 ± 2,2	4,1 ± 2,3	4,0 ± 2,1	3,3 ± 2,5	0,124
2024. október	4,9 ± 2,1	4,4 ± 2,3	2,75 ± 2,2	2,9 ± 2,0	<0,001
Átlag	4,7 ± 2,1	4,2 ± 2,3	3,2 ± 3,4	3,1 ± 2,3	<0,001
p-érték	0,102	0,3	0,678	0,55	

5. táblázat

A fogorvosok hangulata 1–10-es skálán a különböző praxisközösségi szinteken, az adatokat mint átlag ± standard deviáció ábrázoltuk (N = 576) (saját szerkesztés)

pilot programban nem szerepeltek, a 2021-es praxisközösségekről szóló kormányrendelet tartalmazza a fogorvosok praxisközösségi részvételi lehetőségeit [2]. Egy 2021-ben végzett és nem publikált kérdőíves felmérésünk (n=339 fő) szerint a fogorvosok 85%-a nem is volt tisztában azzal, hogy mit jelent a praxisközösségi rendszer a bevezetésekor.

2022-ben a fenti Alapellátási Modellprogram sikerére alapozva elkezdődött az alapellátás szerkezeti átalakítása, azonban a tartalom, a prevenció fókusz szinte teljesen más értelmet kapott. A modellprogramban a hangsúly a lakosság tömeges szűrésén volt, ami szakdolgozói többlétszolgáltatásként valósult volna meg, azonban jelenleg csak a szoros praxisközösségek feladata a népegészségügyi adatgyűjtés, plusz szakdolgozói erőforrás nélkül [17,18]. Első lépésként a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi körzeteket kezdték a praxisközösségekbe tömöríteni, azonban a belépési szinteket – azaz 100% (szoros), 80% (kollegiális) és 30% (kimaradó) – a kollégák maguk választhatták meg. Később a szervezési átalakítást a fogorvosi alapellátásban is bevezették, ugyanakkor az átalakítás nem vette figyelembe a fogorvosi rendszer heterogenitását. Ennek következtében diszkriminatív módon bizonyos résztvevők, így a szakrendelések, a fogszabályozás és az iskolafogorvosi körzetek jogilag nem tudtak belépni a rendszerbe. A kérdőíveinket mind a 4 időpontban nagyon magas, 90% feletti arányban a TEK-es körzetből töltötték ki a válaszadók, akiket valójában érintett a praxisközösségi rendszer kialakítása. A TEK-körzeteknél annak ellenére, hogy a kitöltőknél nagy arányban a praxis nagysága megfelelt a 100%-os körzetbe belépésnek, a körzetek közel felében nem választották vagy választhatták a szoros közösséget, ám kérdőívünk ennek a konkrét okára nem kérdeztünk rá. Az 1. ábrán látható, hogy a 2022-es belépési állapothoz hasonló arány maradt a 3 éves időtartamban mindvégig a jellemző a 100%-os és 80%-os szinteknél, azaz folyamatosan 40–45% között mozgott mind a két forma, annak ellenére, hogy a finanszírozási kormányrendelet szerint a két szint közötti bértámogatási különbség életkortól függően 59 800–451 800 Ft-ot jelent [20]. Nem vizsgáltuk tovább azt sem, hogy a kollegiális szintet választók mennyire önkéntesen léptek be a kevesebb bértámogatást nyújtó, 80%-os kollegiális szintre, de a fogorvosok közösségi fórumain sokan sérelmezték, hogy gyakorlatilag nem tudnak belépni a szoros közösségbe, azaz önhibájukon kívül, kényszerből választot-

ták a kollegiális típust. Településtípus szerint vizsgálva a fővárosban sokkal többen léptek be a 100%-os praxisközösségbe, mint vidéken. Ennek az okát nem vizsgáltuk tovább részletes kérdésekkel, azonban feltételezzük, hogy egyszerűen a földrajzi távolság játszhat szerepet ebben. A városokban közel, egymás mellett helyezkednek el az orvosi rendelőik, itt lehetőség van a valódi napi szintű kapcsolatra. Vidéken, ahol a körzetek 10–20 kilométerre helyezkednek el egymástól, erre nincs lehetőség, és ezért nem tudnak szoros közösségbe lépni. Különbség érzékelhető a szoros praxisközösségek és a kimaradók általános hangulata között, aminek egy lehetséges oka lehet a magukra maradó körzetek elszigeteltsége is. Maragha T és mtsai a fogorvosok mentális egészségével foglalkozó cikkükben megemlítik, hogy a vidéki kis praxisokban dolgozók sokszor magukra hagyottnak érzik magukat [22]. Bár a saját adatainkból nem olvasható ki, azonban a NEAK-tól lekért, kérdésfelvételi időpontjainkban szereplő adatok alapján a praxisközösségi szintek megoszlását illetően kiolvasható egy ellentétes irányú arányváltozás a 80%-os és a 100%-os praxisközösségek között, azaz a 80%-os praxisközösségek száma az általunk felvett négy időpont között lassan, majdnem 6%-ot csökkent, míg a 100%-os praxiskörzetek száma 9%-kal emelkedett, ami korrelál a 100%-os körzetekben adott optimistább karrierátadási hajlandóság válaszokkal. Arra a kérdésre, hogy támogatnák-e a kollégák a kimaradók praxisközösségi csatlakozását, nagyon jelentős, 95% feletti támogatottságot mértünk mind a TEK-, mind a nem TEK-es körzetekből kitöltők részéről. Ez az eredmény azt sugallja, hogy a válaszadók – függetlenül a körülményeiktől – széles körben támogatják a rendszer igazságosabbá tételét, a jelenleg kimaradók bevonását.

A praxisközösségi rendszer első körben egy új bértámogatási modellt jelent, korábban bemutattuk a bevételkülönbséget, ami adataink alapján a magasabb bértámogatású szinteknél együtt jár egy magas karrierátadási hajlandósággal. A fogorvosi alapellátási rendszerben a következő változtatás az alaplíj elvétele és az indikátorrendszer bevezetése volt a TEK-es körzeteknél. Az indikátorok bevezetése előzetes véleményezés nélkül történt, és éppen ezért alakulhatott ki egy méltánytalan helyzet. Egyrészt az indikátorrendszer csak a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező praxisok alaplíját váltotta fel, másrészt az elvett alaplíjak nem csak az indikátorrendszerbe kerültek visszaosztásra. Az elvett

alapdíj összege az összes szolgáltató között került visszaosztásra. A 3. ábrán látható, hogy az alapdíj hiánya és az indikátorrendszer bevezetése nem jelent bevételnövekedést a körzeteknek. Az előbbieket egy 30 órás minimumbetegszámmal rendelkező körzet példáján mutatjuk be. A számoláshoz a KSH korfa adatait és a 43/1999. (III.3.) Kormányrendelet utolsó hatályos alapdíját használtuk [22,23]. A 30 órához szükséges minimumlétszámok: gyermek körzet esetén 1500 fő, vegyes körzet esetén 3600 fő, felnőtt körzet esetén 4000 fő. A KSH adatai alapján a népesség 18,5%-a 18 év alatti, 24,1%-a 62 éves vagy afeletti. A körzet létszámát korcsoportokra kell bontani, amelyeket a korcsoportos szorzónak megfelelően fel kell szorozni, majd az így kapott pontokat összeadni. A korcsoportonkénti szorzó gyermek körzetnél 4,6. Vegyes körzetnél 0–18 éves korig 3,0, 19–62 éves korig 1,0, 62 éves kor felett 2,4. Felnőtt körzetnél 19–62 éves korig 1,0, 62 éves kor felett 2,4. 6000 pont felett a kapott korcsoportos pontszám értéket a degressziós táblázatnak megfelelően csökkenteni kell. A korcsoportos pontszám értéke 53,2 Ft/hó. Ez alapján:

- Az 1500 fős gyermek körzet alapdíja: $(1500 \cdot 4,6 = 6900 \text{ pont, degresszálva } 6434 \text{ pont. (Jogalkotói figyelmetlenség feltételezhető amögött, hogy a minimumlétszámú körzet már degresszió alá esik.) Azaz } 6434 \cdot 53,2 \text{ forinttal} = 342\,289 \text{ Ft.}$
- A 3600 fős vegyes körzet alapdíja: $(0\text{–}18 \text{ éves } 3600 \cdot 0,185 = 666 \cdot 3 = 1998 \text{ pont} + 19\text{–}62 \text{ éves } 3600 \cdot (1 - 0,185 - 0,241) \cdot 1 = 1534 \text{ pont} + 62\text{- éves } 3600 \cdot 0,241 \cdot 2,4 = 2082 \text{ pont összesen: } 5614 \text{ pont, nincs degresszió}), \text{ azaz } 5614 \cdot 53,2 \text{ forinttal} = 298\,664 \text{ Ft.}$
- A 4000 fős felnőtt körzet alapdíja: $(19\text{–}62 \text{ éves } 4000 \cdot (1 - 0,241) \cdot 1,22 \cdot 1 = 3073 \text{ pont} + 62 \text{ év feletti } 4000 \cdot 0,241 \cdot 1,22 \cdot 2,4 = 2823 \text{ pont, összesen: } 5896 \text{ pont, nincs degresszió}), \text{ azaz } 5896 \cdot 53,2 \text{ forinttal} = 313\,667 \text{ Ft}$

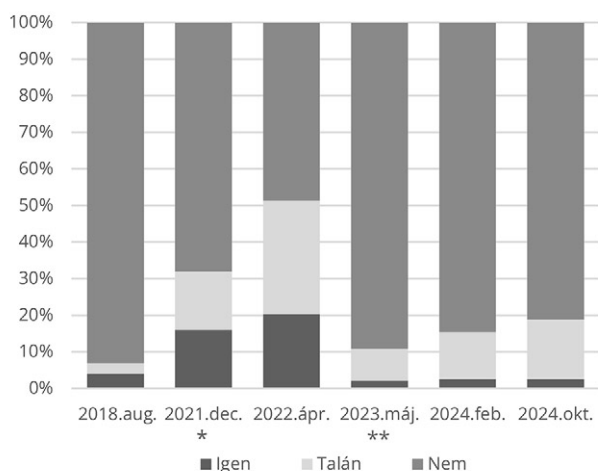
50 000 Ft értékű indikátorpont esetén a 8 pontos maximum elérésével 400 000 Ft, egy pont elvesztése mellett 350 000 Ft, két pont elvesztése mellett 300 000 Ft szerezhető vissza. Látható, hogy a rendszer indulásakor a minimumlétszámmal rendelkező gyermekkörzet maximum 1, a vegyes vagy felnőtt körzet maximum 2 indikátorpontot veszíthetett ahhoz, hogy ne veszítsen az elvett alapdíjához képest. 25 000 Ft értékű indikátorpont esetén a 8 pontos maximum elérésével 200 000 Ft szerezhető vissza, azaz a normál méretű körzetnek matematikai esélye sincs indikátorpontokon keresztül visszaszerezni az elvett alapdíját. A 200 000 forintos alapdíjak a 20 óra körüli vagy alatti körzetekre voltak jellemzőek. Az egyértelmű indikátorrendszer-elutasítás mellett a TEK-es körzeteknél egy enyhe fokú elfogadó magatartás is megjelenik, azaz kezdik jó ötletnek is tartani, azonban ez a furcsa paradoxon, valószínűleg az indikátorpontoszerzés megkönnyítése miatt alakult ki, ami a rendszert igazságosabbá tette, ugyanakkor megjelentek olyan szoftverek is, amelyek segítik a pontok gyűjtését (például Flexident, Gekkosoft).

A fent részletezett szerkezeti átalakítások hatását két hangulati tényezőn, egy közvetett, „karrierátadási hajlandó-

ság a saját gyermeknek” arányon mértük le, valamint egy közvetlen 10-es alapú Likert-skálán megadható hangulati értékkel monitoroztuk. A karrierátadási hajlandóságot – azaz szeretné-e az egészségügyben dolgozó szülő, hogy gyermeke a nyomdokaiba lépjen – mint hangulati tényezőt a nemzetközi irodalomban ritkán vizsgálták, leginkább informális cikkekben jelennek meg erről adatok. Egy 2023-as Medscape vizsgálat alapján, amiben 1600 orvost kérdeztek meg, hogy támogatná-e, ha gyermeke az orvosi pályát választaná, 49% nyilatkozott úgy, hogy támogatná, míg 19% ellenezné, és 32% sem nem támogatná, sem nem ellenezné [24]. Egy másik 2024-es vizsgálat alapján a válaszadóknak már 63%-a nem szeretné, ha gyermeke orvos lenne, ugyanakkor az idősebb kollégákra jellemző a pozitív hozzáállás, azokra, akik még jobb tapasztalattal rendelkeznek az egészségügyről [25]. Fordítottan – azaz a gyermek milyen feltételek teljesülése mellett választja a szülő hivatását, azaz a szülői karrier jövé mellett választja a leendő hivatást – már több adat áll a rendelkezésünkre. A mi karrierátadási hajlandóságot mérő kérdésünket alátámasztja azonban egy, az izraeli egyetemisták között végzett tanulmány, ami rámutat arra, hogy ha a gyerekek – későbbi hallgatók – úgy látják, hogy szüleik rossz döntést hoztak a pályaválasztáskor, és nehézségekről számolnak be, akkor nem azt a pályát választják [26]. Sajnos a fogorvosi hivatásról és az itt jellemző karrierátadási hajlandóságról nagyon kevés irodalom áll rendelkezésünkre, így 2024-ből egy interjút tartalmazó cikket találtunk, ugyanakkor a kérdés informális fórumokon gyakran vetődik fel (Facebook, Instagram, Reddit).

A reform egyes lépéseinek bevezetését a karrierátadási hajlandóság százalékos arányainak változásai követik, amelyek az egészségpolitikai helyzetet figyelembe véve mással nem magyarázhatóak. A karrierátadási hajlandóság nagyon pozitív megítélése (igen és talán válaszok összesen: 51%) hasonlítható a 2023-as Medscape vizsgálat eredményéhez, és ez egybeesik a praxisközösségi rendszer bevezetésével, ami egy egyértelműen emeltebb bért jelentett a finanszírozási rendelet 37-es melléklete alapján [24,3]. Az indikátorrendszer 2023-as bevezetése után drasztikus, körülbelül 80%-os csökkenés következett be az átadási hajlandóságban. Ez a változás minden körzettípusban megfigyelhető és a praxisközösségi szinttől függetlenül jelentkezik. A 2024-es időpontokra egy enyhe javulás figyelhető meg, azonban ennek ellenére is markáns maradt a negatív hozzáállás. A hangulati értéket összesen két időpontban mértük, azonban egyik alkalommal sem emelkedett 5 fölé az átlag, ami a 10-es skálát tekintve véve egy rossz hangulatot jelent, ami a különböző praxisközösségi szinteknél párhuzamosan változott a karrierátadási hajlandósággal. A karrierátadási hajlandóság és a hangulati érték között szoros korrelációs kapcsolatot találtunk, ami alátámasztja, hogy mind a két kérdés alkalmas a rendszerbeli változtatások hatásának nyomon követésére. A karrierátadási hajlandóságot összefoglalóan, a kezdeti informális kérdésünktől kiindulóan mutatja be a 6. ábra.

Vizsgálatunkban az egyes kérdésfelvételi időpontokban nem ugyanazok a személyek töltötték ki a kérdőívünket, így



6. ábra

A karrierátadási hajlandóság összesítetten, a legelső informális kérdés-felvétel eredményeivel. (N=1687) * a praxisközösség bevezetése ** az indikátorrendszer bevezetése (saját szerkesztés)

az az egyénre szabott változások monitorozására nem alkalmas. Összesen 1800 főt értünk el a Facebook-csoporton belül, ami a fogorvosi vállalkozó körzetek 78%-a. Felmérésünkkel az egyéni változások nem monitorozhatók.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] NEAK (OEP) Fogorvosok privát Facebook-csoport: <https://www.facebook.com/share/p/19GvLYNt17/> (Letöltés: 2025.08.25.)
- [2] 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet a praxisközösségekről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2100053.kor> (Letöltés: 2025.07.17.)
- [3] 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól – Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900043.kor> (Letöltés: 2025.08.25.)
- [4] 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000002.tv> (Letöltés: 2025. 08. 25.)
- [5] Kőrösi L. Fogászati finanszírozási rendszer átalakítása Fogászati Indikátorrendszer bevezetése, előadás, 2023. <https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/elodasok-alapellatasi-munkacsoport/Fogorvosi-indikatorrendszer-bevezetese&inline=true> (Letöltés: 2025.07.17.)
- [6] NEAK, A fogorvosi szolgálatok indikátor alapú teljesítményértékelése, 2023. https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/altfin_virt_dok2/Alapellatas/hsz_indikator/Fogaszati_indikator_utmutato_202301_2&inline=true (Letöltés: 2025.07.17.)
- [7] 16/2023. (VI. 14.) BM rendelet egyes egészségügyi és

KÖVETKEZTETÉSEK

Az eredményekből látható, hogy a praxisközösségi rendszer diszkriminál, ez érezhető a kimaradók rosszabb hangulatán. További vizsgálatok lennének szükségesek arra, hogy hol jelentkeznek diszkrimináló különbségek a rendszerben, például földrajzi megoszlás alapján, hiszen a kollégák egyöntetűen egy igazságos, egységes rendszert szeretnének. Az indikátorrendszer elutasítottága nagyon magas, az indikátorpontok alapján történő finanszírozás nem jelent többletbevételt, ezért fontos lenne annak a vizsgálata, hogy mekkora a motiváló ereje, vagy esetlegesen felesleges adminisztrációs terhet jelent-e. A karrierátadási hajlandóság alacsony „igen” szintje egyértelműen jelzi, hogy a válaszadók túlnyomó többsége nem ajánlaná saját pályáját a gyermekének. Az előbbi, valamint az 5 pont alatti hangulati érték komoly elégedetlenségre és a szakma jövőjével kapcsolatos aggodalmakra utal.

Anyagi támogatás: nem történt

Érdekeltségek: nincsenek

- egészségbiztosítási tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról. <https://www.kamara.fogorvos.hu/?module=news&action=getfile&fid=275067> (Letöltés: 2025.07.17.)
- [8] NEAK Publikus fogalmi adatok, elemzések – Gyógyító-megelőző ellátások, alaplíjak és teljesítményadatok havi bontásban. https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/aladijak_telj_adatok (Letöltés: 2025.08.25.)
 - [9] Alaplíjak és teljesítményadatok. https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/aladijak_telj_adatok, (Letöltés: 2025.10.23.) (Letöltés: 2025. 08. 25.)
 - [10] Belicza É, Lám J. Egészségügyi minőségbiztosítás E-book. [info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/08/egeszseggyi-minsegbiztositas-e-book.pdf](https://www.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/08/egeszseggyi-minsegbiztositas-e-book.pdf) (Letöltés: 2025.07.17.)
 - [11] 83/2022. (XII. 30.) BM rendelet a háziorvosok és fogorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2200083.bm> (Letöltés: 2025.07.17.)
 - [12] 26/2023. (VII. 6.) BM rendelet a háziorvosok és fogorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről szóló 83/2022. (XII. 30.) BM rendelet módosításáról, 2023. 07. 08. <https://njt.hu/jogszabaly/2023-26-20-0A.0#CI> (közönlálapot) (Letöltés: 2025.07.17.)

- [13] Cheng FC, Wang LH, Wang YC, Chiang CP: The influence of dentist parents on their children's career decision-making for dentistry or medicine. *J Dent Sci.* 2024; 19(1):678-681. doi:10.1016/j.jds.2023.10.003
- [14] Chen KC, Hsieh WH, Hu SC, Lai PF. A survey of the perception of well-being among emergency physicians in Taiwan. *Tzu Chi Med J.* 2017;29(1):30-36. doi:10.4103/tcmj.tcmj_12_17
- [15] Az Alkalmazotti Jogviszonyú Orvosok Európai Szövetsége (Fédération Européenne des Médecins Salariés, FEMS) kutatói kérdőíve az alkalmazásban álló orvosok egészségére és munkaszervezésére vonatkozóan. https://surveyfems.econ.univpm.it/?fbclid=IwY2xjawMZQf5leHRuA2FibQlXMAbicmlkETBzeFIIVk9Rd3ZleUilyXFOAR4LyVezPJA1j3sUGwV97ziXDMvdJ6_Pqe3P9e7czuIW8MBQsZqfY1rn_EvvwA_aem_mmPAA91a8rNutcu_ZpBonQ (Letöltés: 2025.08.25.)
- [16] Dózsa K, Sinkó E, Merész G, Velkey Z. Alapellátási modellprogram záró értékelése, 2017. https://semmelweis.hu/emk/files/2020/02/Z%C3%A1r%C3%B3_%C3%89r%C3%A9s%C3%A9s_SH_8_1_WP8_SE_EMK_2017.pdf (Letöltés: 2025.07.17.)
- [17] Dózsa K, Mezei F, Kalmár I, és mtsai Egészségügyi struktúraváltást támogató, bizonyíték alapú szolgáltatásfejlesztések bemutatása a praxisközösségi modellprogramok (2013-2020) működésének tapasztalatai alapján. *IME*, 2022,; 21(3): 3–15. doi.org/10.53020/IME-2022-301
- [18] OKFŐ, Praxisközösségek működését segítő szakmai anyagok. <https://alapellatas.okfo.gov.hu/praxiskozossegek-mukodeset-segito-szakmai-anyagok/> (Letöltés: 2025.08.25.)
- [19] 37. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez, 2025. áprilisban hatályos állapot. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900043.kor> (Letöltés: 2025.07.17.)
- [20] Maragha T, Atanackovic J, Adams T et al. Dentists' Mental Health: Challenges, Supports, and Promising Practices. *JDR Clin Trans Res.* 2025;10(2):100–111. doi:10.1177/23800844241271664
- [21] KSH, Magyarország népességének száma nemek és életkor szerint, 2025. január 1. <https://www.ksh.hu/interaktiv/korfak/orszag.html> (Letöltés: 2025.08.10.)
- [22] Nemzeti Jogszabálytár, 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól. <https://njt.hu/jogszabaly/1999-43-20-22.187#SZ2@POC@APCB> (Letöltés: 2025.08.10.)
- [23] Cheng FC, Wang LH, Wang YC, Chiang CP. The influence of dentist parents on their children's career decision-making for dentistry or medicine. *J Dent Sci.* 2024; 19(1):678–681. doi:10.1016/j.jds.2023.10.003
- [24] A fogorvosokat támogató Dentalnachos közösség Instagram-oldala. <https://www.instagram.com/dentalnachos/p/DM37TjNpD0i/would-you-encourage-your-child-to-be-a-dentisthas-the-change-in-the-business-of/> (Letöltés: 2025.08.28.)

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Tóth Ildikó a Pécsi Tudományegyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézetében egyetemi adjunktus. PhD-t 2014-ben szerzett. Az egyetemen a klinikai munka mellett az oktatásban is részt vesz. 2023-ban elvégezte az

Egészségügyi Menedzserképző Központ Egészségügyi Menedzser posztgraduális mesterképzését. Jelenleg az Egészségügyi-Minőségügyi és Betegbiztonsági Menedzsment mesterképzés hallgatója. 2019–2023-ban a MOK országos elnökségében titkári pozíciót töltött be.



Nagy Ákos fogszakorvos. Diplomáját 1993-ban szerezte a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karán. 1997-től dolgozik Keszthelyen, alapel-

látó fogorvosként. 2019-től 2023-ig a MOK fogorvos alelnöke. 2023-ban végzett a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző szakán. Jelenleg a keszthelyi járási fogorvos praxisközösség konzorcium vezetője.



Sinkó Eszter közgazdász, egészségpolitikai szakértő. 1979-ben végezte el a Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetemet elméleti gazdaságpolitika szakon. Az Orvostovábbképző Intézetben kutatóként dolgozott (1980-1983), majd a Szociális Intézetek Központjában a statisztikai osztályt vezette. Később az egészségügy központi irányításában makrogazdasági tervezéssel foglalkozott, az egészségügyi reform első hulláma során az akkori Szociális és Egészségügyi Minisztérium Reformtitkárságának munkatársaként az egészségügyi intézményrendszer irányításának, finanszírozásának átalakítása volt a szakterülete (1988-

1992). Az Egészségbiztosítási Önkormányzat választott tagja volt az önkormányzat működésének teljes időtartama alatt (1993-1998). A Sedgwick Noble Lowndes nemzetközi tanácsadó cég magyarországi képviselőjén vezetőként dolgozott, az egészségügy és nyugdíj területén kormányzati tanácsadással foglalkozott (1993-1995). Jelenleg a Ssemelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának egyik igazgatóhelyettese. 2000-ben a London School of Economics and Science egyetemen PhD-kutatásokat végzett. Fő érdeklődési területe az egészségügy működésének egészségpolitikai értékelése. Az IME – Egészségügyi vezetők szaklapja, tudományos folyóirat 2001-es alapításától a Szerkesztőbizottság tagja, a lapot 2021 óta kiadó Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság elnökhelyettese.

1992). Az Egészségbiztosítási Önkormányzat választott tagja volt az önkormányzat működésének teljes időtartama alatt (1993-1998). A Sedgwick Noble Lowndes nemzetközi tanácsadó cég magyarországi képviselőjén vezetőként dolgozott, az egészségügy és nyugdíj területén kormányzati tanácsadással foglalkozott (1993-1995). Jelenleg a Ssemelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának egyik igazgatóhelyettese. 2000-ben a London School of Economics and Science egyetemen PhD-kutatásokat végzett. Fő érdeklődési területe az egészségügy működésének egészségpolitikai értékelése. Az IME – Egészségügyi vezetők szaklapja, tudományos folyóirat 2001-es alapításától a Szerkesztőbizottság tagja, a lapot 2021 óta kiadó Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság elnökhelyettese.

1. számú melléklet

KÉRDŐÍV**A körzet jellemzői**

- 1) A körzet típusa? (2022. áprilistól)
 1. TEK felnőtt körzet
 2. TEK vegyes körzet
 3. TEK gyermek körzet
 4. Iskolafogászat
 5. Fogszabályozás
 6. Szájsebészet
 7. Parodontológia
 8. Egyéb, illetve nem közfinanszírozott körzet
- 2) Hol található a körzet? (2022. áprilistól)
 1. Főváros
 2. Megyeszékhely
 3. Város
 4. Nagyközség
 5. Község/falu
- 3) Mekkora a körzet nagysága? (2022. áprilistól)
 1. 750 fő alatt
 2. 751 – 1500 fő
 3. 1501 – 2400 fő
 4. 2401 – 3600 fő
 5. 3601 – 5000 fő
 6. 5001 – 7000 fő
 7. 7000 fő felett
- 4) A körzet praxisközösségi szintje? (2022. áprilistól)
 1. 100%-os
 2. 80%-os kollegiális
 3. 30% önként
 4. 30% önhibán kívül
- 5) Nem mindenki tud csatlakozni a praxisközösségekhez, vannak önhibájukon kívül kimaradtak. Hogyan változtatnál ezen? (2023. májustól)
 1. Együttműködőként csatlakozhassanak az önhibájukon kívül kimaradtak és kapjanak bértámogatást.
 2. Az önhibájukon kívül kimaradtak maradjanak a 30%-os bértámogatáson.

Az indikátorrendszer

- 6) Az elvett alapidíjad összegénél az indikátorok többet adnak vissza? (2023. májustól)
 1. Igen
 2. Nem
- 7) Véleményem szerint az, hogy az egyes szereplők nem azonos alapelv szerint kapják a finanszírozásukat, úgy mint: (2023. májustól)
 - TEK körzetben van indikátor és praxisközösség
 - az iskolafogászatban nincs indikátor, megmaradt az alapidíj, de nem lehetnek együttműködők sem a praxisközösségekben, így 30%-os bértámogatást kapnak
 - a szakellátók minimális alapidíjat kapnak, ha vállalkozók, és szintén nincs indikátoruk, és ők is 30%-os bértámogatáson vannak
 1. Jó ötlet
 2. Inkább jó ötlet
 3. Inkább rossz ötlet
 4. Rossz ötlet
- 8) Nincs mindenkinek indikátora. Hogyan változtatnál ezen? (2023. májustól)
 1. Legyen minden szereplőnek indikátorrendszere
 2. Egyik szereplőnek se legyen indikátorrendszere
 3. Helyes, hogy csak a TEK alapellátásnak van indikátorrendszere

Hangulatra vonatkozó kérdések

- 9) Szeretnéd, ha gyermeked olyan helyzetben lévő egészségügyi dolgozó lenne, mint most Te? (2022. áprilistól)
 1. Igen
 2. Nem
 3. Talán
- 10) Hogyan érzed magad a jelenlegi rendszerben egy tízes skálán? Az 1: abszolút rosszul, a 10: teljesen jól. (2024. februártól)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. számú melléklet

1. táblázat

A területi ellátási kötelezettséggel (TEK) rendelkező körzetek jellemzői az egyes mintavételi időpontokban (A1-A4-ig): méret, betegpopuláció, praxis-közösségi szint és elhelyezkedés (F=főváros, M= megyeszékhely, V= vidék) alapján (N=1161). Az adatok mint esetszám szerepelnek. (saját szerkesztés)

A1 = 2022. április													
N=		100%			80%			30% önként			30% önhibán kívül		
Település		F	M	V	F	M	V	F	M	V	F	M	V
Méret	750 alatt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(ellátott fő száma)	751 – 1500	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	1501 – 2400	3	0	3	0	0	2	0	0	0	1	0	1
	2401 – 3000	2	10	12	0	1	17	0	0	1	0	0	0
	3001 – 5000	6	11	26	2	12	24	0	0	2	0	0	2
	5001 – 7000	1	6	11	1	2	6	0	2	0	0	0	2
	7000 felett	0	0	2	0	0	5	0	0	1	0	1	0
Beteg-populáció	Gyerek	3	0	2	0	1	1	0	0	0	1	0	0
	Felnőtt	10	2	4	3	2	3	0	1	0	0	0	0
	Vegyes	0	25	48	0	13	51	0	1	4	0	1	5
A2 = 2023. május													
N=		100%			80%			30% önként			30% önhibán kívül		
Település		F	M	V	F	M	V	F	M	V	F	M	V
Méret	750 alatt	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
(ellátott fő száma)	751 – 1500	0	0	1	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	1501 – 2400	4	3	7	2	3	11	0	0	2	0	0	3
	2401 – 3000	5	4	26	3	4	41	0	0	2	0	0	0
	3001 – 5000	18	35	44	10	26	61	0	2	0	0	0	1
	5001 – 7000	5	21	21	4	9	31	0	1	0	0	0	0
	7000 felett	1	1	8	3	3	7	0	0	2	0	1	0
Beteg-populáció	Gyerek	5	1	1	3	5	0	0	0	0	0	0	0
	Felnőtt	28	9	4	18	7	7	0	1	1	0	0	0
	Vegyes	0	55	102	1	34	146	0	2	7	0	1	4
A3 = 2024. február													
N=		100%			80%			30% önként			30% önhibán kívül		
Település		F	M	V	F	M	V	F	M	V	F	M	V
Méret	750 alatt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(ellátott fő száma)	751 – 1500	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
	1501 – 2400	1	3	8	0	2	4	0	0	0	0	0	4
	2401 – 3000	2	3	15	3	1	18	0	0	2	0	0	2
	3001 – 5000	9	20	29	3	20	28	0	0	0	0	0	0
	5001 – 7000	2	12	21	1	3	10	0	0	0	0	0	0
	7000 felett	0	1	4	2	1	7	0	0	1	0	0	0
Beteg-populáció	Gyerek	1	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0
	Felnőtt	14	7	4	8	2	1	0	0	0	0	0	0
	Vegyes	0	32	72	0	24	67	0	0	3	0	0	0
A4 = 2024. október													
N=		100%			80%			30% önként			30% önhibán kívül		
Település		F	M	V	F	M	V	F	M	V	F	M	V
Méret	750 alatt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(ellátott fő száma)	751 – 1500	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	2
	1501 – 2400	1	1	2	0	3	5	0	0	2	0	0	3
	2401 – 3000	4	5	14	3	6	27	0	0	2	0	0	1
	3001 – 5000	9	24	33	3	17	31	0	0	1	1	0	0
	5001 – 7000	3	13	18	2	6	20	0	0	0	0	0	2
	7000 felett	1	2	8	1	1	10	0	0	0	0	0	1
Beteg-populáció	Gyerek	2	1	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0
	Felnőtt	16	6	5	7	4	1	0	0	1	1	0	0
	Vegyes	0	39	71	0	27	92	0	0	3	0	0	9

3. számú melléklet

2. táblázat
A területi ellátási kötelezettséggel nem rendelkező (nem TEK) körzetek jellemzői az egyes mintavételi időpontokban: méret és elhelyezkedés (F=főváros, M= megyeszékhely, V= vidék) alapján (N=68). A szakrendelések típusát a szövegben részletezzük. Az adatok mint esetszám szerepelnek. (saját szerkesztés)

Nem TEK		2022. április			2023. május			2024. április			2024. október		
		F	M	V	F	M	V	F	M	V	F	M	V
Méret	750 alatt	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	751 – 1500	0	2	0	0	1	0	0	2	1	1	4	1
	1501 – 2400	0	5	1	0	8	0	0	5	1	0	4	2
	2401 – 3000	0	1	1	0	0	1	0	0	2	0	0	1
	3001 – 5000	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0
	5001 – 7000	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0
	7000 felett	1	1	1	0	3	0	1	2	1	0	0	4
	Szakrendelés	1	10	4	0	13	1	2	10	8	1	10	8

A kognitív szűrés implementációja a stroke-betegút során

Implementation of cognitive screening in the stroke patient pathway

Takács Tímea Tünde^{1,2,3} ✉, Gunda Bence^{1,2}, Lengyel Livia^{1,4}

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Köszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

²Semmelweis Egyetem, Neurológiai Klinika

³Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Szentágotthai János Idegtudományi Tagozat

⁴Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Mentális Egészségtudományi Tagozat

✉ takacs.timea.tunde@semmelweis.hu

Bevezetés: A stroke világszerte az egyik leggyakoribb oka a rokkantságnak, jelentős terhet róva az egészségügyi rendszerre és a társadalomra. A stroke utáni kognitív károsodás gyakorisága 20% és 80% közötti, de gyakran aluldiagnosztizált. A kognitív deficit jelentős hatással van a rehabilitálhatóságra, a betegek életminőségére és hosszú távú kimenetelére.

Cél: A kognitív szűrés jelentőségének alátámasztása és implementálási lehetőségeinek bemutatása a stroke-betegút során. Kíváncsunk egy olyan szemléletváltás, amely a kognitív szűrést és a kognitív rehabilitációt integrálja a helyi protokollokba, és a stroke-betegút szerves részévé teszi. Ez helyi jó gyakorlatok bemutatásával és terjesztésével érhető el.

Értekezés: A stroke sürgősségi, időablakos kórkép, így a kognitív károsodás azonosítása általában csak a kórházi, szubakut szak alatt lehetséges. Ekkor célszerű elvégezni, mert az azonosított deficitet kezelni szükséges az optimális funkcionális állapot elérése érdekében. Az Oxford Cognitive Screen (OCS) egy ígéretes, gyorsan, bármely egészségügyi szakember által felvehető stroke-specifikus szűrőteszt, amely segíthet a kognitív károsodások korai felismerésében és kezelésében. Az OCS magyar nyelvű adaptációja elkészült, validálása folyamatban van, és ingyenesen elérhető lesz.

Befejezés: A kognitív szűrés bevezetése a szubakut post-stroke időszakban lehetővé teszi a stroke-betegek szisztematikus kognitív szűrését, amely növeli a megbízhatóságot, és új, eddig hiányzó lehetőségeket nyithat meg a magyar egészségügyi gyakorlatban. A korai kognitív diagnosztika kulcsfontosságú a célzott rehabilitációhoz és kognitív tréninghez, melyek a társadalmi reintegráció feltételei.

Kulcsszavak: stroke, neuropszichológiai teszt, stroke-rehabilitáció, betegút

Introduction: Stroke is a leading cause of disability worldwide, placing a significant burden on healthcare systems and society. The prevalence of post-stroke cognitive impairment ranges between 20% and 80%, but it is often underdiagnosed. Cognitive deficits have a substantial impact on rehabilitation potential, patients' quality of life, and long-term outcomes.

Objective: To highlight the importance of cognitive screening and explore possibilities of implementation in the stroke care pathway. A paradigm shift is desirable, integrating cognitive screening and rehabilitation in local stroke protocols as part of the stroke care pathway. This can be achieved by showcasing and promoting local best practices.

Discussion: Stroke is an emergency neurological condition with tight therapeutic time windows, making the identification of cognitive impairment typically feasible only during the hospital's subacute phase. It is crucial to conduct cognitive screening at this stage to identify and address cognitive deficits and achieve optimal functional outcome. The Oxford Cognitive Screen (OCS) is a promising, quick, and easily administered stroke-specific screening test that can aid the early detection and management of cognitive impairments. The Hungarian adaptation of the OCS is underway and will be available for free.

Conclusion: Introducing cognitive screening during the subacute post-stroke period enables systematic cognitive assessment of stroke patients, enhancing patient safety and opening new, previously unavailable opportunities in Hungarian healthcare practice. Early cognitive diagnostics are essential for targeted rehabilitation and cognitive training, which are prerequisites for social reintegration.

Keywords: stroke, neuropsychological assessment, stroke rehabilitation, care pathway

BEVEZETÉS

A stroke világszerte az egyik leggyakoribb, egyre jelentősebb oka a rokkantságnak [1,2]. Hatalmas fizikai, pszichológiai és pénzügyi hatásai mellett nagy terhet ró az egészségügyi rendszerre és a társadalomra [1]. 2021-es adatok alapján a stroke-teher globálisan évente több mint 721 milliárd dollár, és a fogyatékossággal korrigált életevek (DALY) számának vezető oka [3]. A stroke következményeként a fiatal betegeknek is csak a 40-60%-a képes visszatérni a munkába, mely fontos termelékenységvesztés [4].

Stroke következtében bizonyos agyterületek elhalnak, a környező területek pedig egyénenként változó mértékben, többnyire csak részlegesen képesek átvenni a funkciójukat.

A leggyakoribb stroke-tünetek a féloldali végtaggyengeség vagy -zsibbadás, beszédértési vagy -produkciós zavar, elkent beszéd, látászavar, szédülés – mind nyilvánvaló, a beteg és a hozzátartozók által egyértelműen észlelt eltérések, és előfordulnak diszkrétebb, kognitív tünetek is.

Kognitív deficitnek nevezzük a kognitív vagy viselkedési működés csökkenését. A kognitív funkciók nem elszigetelt egységek, amelyek vagy károsodnak, vagy nem, hanem egymással szorosan kapcsolódva, hálózatot alkotva épülnek fel [5]. Olyan részei vannak, mint a nyelv, emlékezet és tanulás, téri-vizuális tervezés, praxis, végrehajtó funkciók, figyelem és észlelés. Ezek változó eloszlásban és eltérő mértékben károsodhatnak attól függően, hogy a stroke milyen agyterületet érint, és az a terület az adott személy mely funkcióit kódolja. Például a téri-vizuális funkciók károsodása nehézséget jelenthet a parkolásban, a neglect szindróma a szimultán figyelem zavarát jelenti, melynek során látótérzavar nélkül, a beteg csak az egyik oldalán levő ételt, italt fogyasztja el. Memórizavar esetén nem, vagy csak részlegesen emlékszik az elmúlt percek eseményeire, ez nehezíti a tanulást, az új információk elsajátítását. A praxis károsodása esetén a jól ismert cselekvéssorok végrehajtása okozhat nehézséget, mint például az öltözködés. Végrehajtó funkciók zavara esetén például a célirányos cselekvés jelenthet problémát; nem tud lépésről lépésre tervet készíteni a feladatról, nem tudja gátolni az irreleváns ingereket, nehezen tartja a célképzetet, rugalmatlan a gondolkodás, önmonitorozás is károsodhat (hiba esetén nem korrigál).

Tekintettel arra, hogy a stroke sürgősségi neurológiai kórkép, és az akut kezelési lehetőségek szoros időablakon belül végezhetők, a kezdeti neurológiai vizsgálat nagyon gyors és fókuszált. Így a kognitív eltérések nem csak a betegnek, hanem még a neurológiai vizsgálat során is kevésbé nyilvánvalók és gyakran aluldiagnosztizáltak [6].

A mindennapi gyakorlatban a sürgősségi stroke-ellátáson, azaz az akut reperfüziós kezeléseken van a legnagyobb hangsúly, mert ezek azok a terápiák, amelyek jelentősen meg tudják változtatni a betegség lefolyását. Azonban napjainkban még mindig, a tudomány fejlődése és az időablakok kiterjesztése ellenére is a stroke-betegek csupán kb. 10%-a részesül ilyen akut reperfüziós kezelésben [7]. Ezzel szemben a stroke-ot elszenvedettek jelentős részénél észlelhető kognitív károsodás, melyre kevesebb figyelem jut.

A kognitív tesztelés jelentősége

Korábbi felmérések alapján a betegek harmadánál [8], frissebb kutatások alapján a stroke-on átesett betegek 50-83%-ának [9,10] tartós neurokognitív tünetei vannak. Figyelemreméltó, hogy a neurológiailag tünetmentes vagy majdnem tünetmentes betegek 40-71%-nál találtak legalább egy domént érintő kognitív deficitet [9,11].

A különböző doméneken észlelt kognitív teljesítményromlás szignifikáns összefüggést mutatott a beteg és a gon-

dozó életminőségével [12], a beteg hosszú távú funkcionális kimenetelével [9], ismételt stroke rizikójával és mortalitásával [13].

Megfigyelték, hogy átmeneti agyi keringészavar esetén (24 órán belül oldódó tünetek vagy képalkotó vizsgálaton nem látszik friss vérzés vagy ischaemia) a betegek kb. harmadában észlelhető kognitív károsodás [14]. Stroke után egyenként, valamint egymással szövődve is gyakori a kognitív- és pszichológiai károsodás (szorongás, apátia), az alvászavar, depresszió, személyiség- és viselkedésváltozás, amelyek mindegyike hozzájárul az életminőség romlásához.

A kognitív szűrés jelentőségét alátámasztja, hogy a betegek az egészségügyi állapottal kapcsolatos leggyakoribb kielégítetlen szükséglete a neuropszichológiai károsodás (figyelem, koncentráció, memória, beszéd), valamint ezek a legkevésbé kompenzálhatók [15]. Továbbá bizonyított, hogy a szubjektíven megélt gondolkodási zavar korrelál az objektív, több domént érintő, kumulatív kognitív funkciózavarral [16]. A post-stroke kognitív károsodást mutató betegeknek a demencia kockázata 25%-kal magasabb három évvel a stroke-esemény után, valamint az első stroke-esemény után a betegek 10%-ánál, a második után 33%-ánál igazolódik demencia [17].

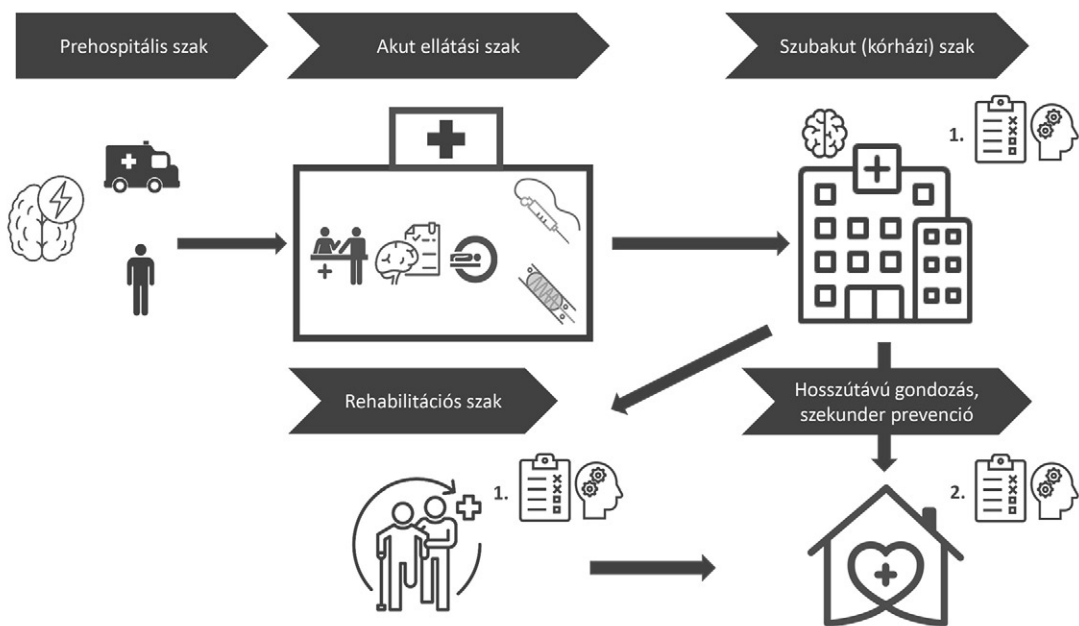
Aggasztó eredmény, hogy hat hónappal a stroke után végzett kontroll neuropszichológiai szűrés során több szerző is azt észlelte, hogy az általánosan vett javuló kognitív teljesítmény ellenére ugyanazon betegcsoportban új, korábban ép domének károsodása is megjelent [18]. A kognitív szűrés által neuropszichológiai deficit diagnosztizálható, mely diagnózissá alakítva fennmarad a betegdokumentációban és felhívja magára a figyelmet a további kezelése során.

A post-stroke elváltozások fejlesztése az első fél-egy évben lehet eredményes, utána csekély javulás várható [19]. Tehát ha késik a kognitív károsodás diagnózisa, elmaradhat a beteg hatékony kezelése – a rehabilitációtól –, mely a korábban említett komplex életminőség-romláshoz vezet. Ha nem szűrjük a beteget, a kognitív funkciózavar rejtve maradhat, mely – impliciten vagy expliciten – befolyásolni fogja a beteg és környezete életminőségét.

A stroke-betegút

A korábbi szakmai irányelvek [20,21] és a jelenlegi, szakmai társaság által kiadott ajánlás [22], továbbá a nemzetközi irányelvek és publikációk alapján [23-25] megállapítható egy normatív stroke-betegút (1. ábra): 1. Prehospitális ellátási szak, 2. Akut ellátási szak, 3. Szubakut (kórházi) szak, 4. Rehabilitációs szak, 5. Hosszú távú gondozás és szekunder prevenció szak.

A betegút első két lépése percek, órák alatt lezajlik, ez idő alatt a kognitív károsodás gyakran rejtve marad. Ennek több oka van: egyrészt, mint már említettük, a vezető tünetek, mint a végtaggyengeség, zsibbadás vagy beszédzavar sokkal látványosabbak, így a kognitív károsodás ritkán vezető tünet [26]; másrészt a prehospitális, illetve a hospitális stroke-értékelő skálák többnyire figyelmen kívül hagyják ezeket a



1. ábra:

A stroke-betegút, illetve a kognitív szűrés beilleszthetősége a betegútba.

1. számmal jelölve az első szűrőteszt ideje és helye látható, 2. számmal pedig a kontrollvizsgálaté, mely utóbbi 3-6 hónappal a stroke-esemény után esedékes. (saját szerkesztés)

tüneteket (kivéve aphasia és neglekt szindróma) [27]. Így miután az akut reperfüziós kezelésekről megszületett a döntés és esetleg megtörtént a beavatkozás, a beteg kórházba kerül a stroke okának kivizsgálására.

Tehát legelőször a kórházi kezelés időszakában, a részletesebb fizikális és eszközös vizsgálatok során merülhet fel a kognitív szűrés. Az akut szak és azt ezt követő kórházi kivizsgálásból és kezelésből álló szubakut szak összehangolása multidiszciplináris csapatot igényel, melyet ideálisan holisztikus szemléletű stroke-centrumban lehet biztosítani. Itt valósulhat meg a stroke-eseményt követő hetekben a beteg általános állapota és neurológiai károsodása függvényében a kognitív szűrés (1. ábra) [28].

Miután a kivizsgálás lezárult, és beállították a szekunder prevenció optimális gyógyszeres kezelését, felmerül a kérdés, hogy milyen a beteg funkcionális állapota: neurológiai tünetei megszűntek, esetleg enyhék és vissza tud térni a saját környezetébe; vagy súlyosabb tünetei miatt rehabilitációs kezelés indokolt, esetleg a gyenge általános állapot miatt további ápolásra szorul. Tehát a funkcionális állapot határozza meg a kimenetelt, az esetleges rehabilitációs vagy ápolási igényt. Az akut szaktól eddig a pontig akár hetek is eltelhetnek az esetleges szövődmények miatt. Tehát a stroke-betegút hossza függ a beteg állapotától, pár naptól akár hetekig-hónapokig is eltarthat.

A rehabilitációs kezelés általában pár hétig-hónapig tart, amelynek során multidiszciplináris team foglalkozik a beteggel. Ennek tagjai orvos, nővér, gyógytornász, ergoterapeuta, neuropszichológus, logopédus, zeneterapeuta stb. A mozgás fejlesztésén több szakember dolgozik, de a kognitív zavar fejlesztésén elsősorban csak a neuropszichológus. Ez azért

lényeges, mert a kognitív károsodás nehezíti a rehabilitációt és rontja annak kimenetelét [29]. Tehát a kognitív és fizikai tünetek együttes kezelése szükséges az általános állapot javításához.

Fontos, hogy a post-stroke kognitív károsodás nem egy végérvényes állapot. A kognitív károsodás a stroke-esemény utáni napokban-hetekben, illetve akár az első pár hónapban jelentősen javulhat [18], emiatt kiemelten fontos a kognitív szűrés ütemezése: ha csak hónapokkal később végezzük az első felmérést, téves információt kaphatunk [30]. Tehát a tesztelést a stroke-eseményt követően, illetve 3-6 hónappal később célszerű elvégezni (1. ábra) [28]. Így igazolható az akut-szubakut szakban az esetleges funkciódeficit, amit kezelni kell, és mérhető fel hónapokkal később az elért javulás. A kontrollfelmérés során észlelt állapot lesz az, amely tartósan meghatározza a beteg hosszú távú teljesítményét és életminőségét.

A teszt alkalmazásával és helyes ütemezésével elérhető a betegbiztonság javítása azáltal, hogy kiszűrjük azokat a betegeket, akiknek post-stroke kognitív károsodása alakult ki.

Nincs konszenzus a post-stroke kognitív szűrés gyakorlatáról: egyes szerzők véleménye alapján a rizikócsoportba tartozók egyénre szabott neuropszichológiai vizsgálata lenne kívánatos [31], másrészt friss kéziratok és az Amerikai Szív és Stroke Társaság tudományos iránymutató közleménye tanácsolja a helyi lehetőségekhez mért szisztematikus kognitív szűrést [28,32,33]. Bár a jelenleg érvényben levő irányelvek a nagy volumenű, populációsintű vizsgálatokban kimutatott előny hiányában nem javasolják a stroke-betegek rutinszerű, szisztematikus neuropszichológiai szűrését

[34], a kognitív teljesítmény hatása a rehabilitálhatóságra, a funkcionális kimenetelre és ezáltal a stroke következményeként kialakuló szociális és gazdasági teherre egyre nyilvánvalóbb. Így az európai és amerikai irányelvek is javasolják a stroke utáni kognitív rehabilitációt [32,34], azonban ennek gazdasági és klinikai hasznáról egyelőre nincs empirikus evidencia [28].

Jelen értekezés célja a post-stroke kognitív szűrés jelenőségének és stroke-betegútba illeszthetőségének bemutatása.

Hiányosságok a betegút során

Nemzetközi szinten a rehabilitációs szükséglethez képest a hozzáférhetőség 13-57% között változik [35]. A kognitív rehabilitáció több országban kevésbé elérhető, sokszor a beteg nem is értesül ilyen lehetőségről [36]. Ez megbízhatósági kockázatot rejthet, ezért célszerűnek tarjuk a helyi lehetőségekhez mérten a post-stroke kognitív tesztelést bevezetni.

A World Health Organization (WHO) felismerte a rehabilitáció jelentőségét és célul tűzte ki, hogy valamennyi országban, minden szinten 2030-ig különös hangsúlyt fektessenek a rehabilitáció fejlesztésére és megerősítésére [37]. Azonban Magyarországon a rehabilitációs ágyak csökkenése volt megfigyelhető 2019 és 2023 között, mégpedig 14 707 ágyról 13 134-re csökkent. A magyarországi éves stroke-incidencia kb. 30-40 000 esetre tehető, bár országos regiszter hiányában nincs pontos adat. Ezeknek a betegeknek kb. harmada szorulna intézményi rehabilitációra [38].

Azoknak a betegeknek, akik intézményi rehabilitációs program után vagy esetleg anélkül, az aktív osztályról kerülnek haza, a további ellátása sok tényezőtől függ. Egyrésztől meghatározza a háziorvos proaktivitása (a háziorvosi ellátás minőségét mérő indikátorok között nem szerepel a funkciójavítás) [38], másrésztől a beteg lakóhelyéhez közeli szakellátási és gyógytorna-lehetőségek, valamint a beteg és környezetének részvétele az ellátásban. Az egészségügyi és szociális szakszemélyzet általános hiánya [39] jelentős probléma a stroke-betegek utókezelésében. Bár nincs konkrét adat arról, hogy hány neuropszichológus hiányzik a rendszerből, az egyértelmű, hogy a szakemberek elérhetősége rendkívül korlátozott [40], mely felhívja a figyelmet a neuropszichológus-képzés iránti társadalmi igényre.

Mégis, az erőforráshiány ellenére a kognitív szűrés gátjának sokszor nem a beteg állapota, hanem a kórházi rendszerek, szokások bizonyultak, így erre vonatkozó helyi protokollok kidolgozása és betartása lenne kívánatos [41]. Bár a hazai egészségügyi rendszer számos kihívással néz szembe, elsődleges fontosságú a betegek szükségleteinek felismerése és lehetőség szerinti kezelése. Az ilyen lépések hozzájárulhatnak az össztársadalmi egészségnyereség eléréséhez. A kognitív szűrés helyi protokollokba való beillesztésével és a tapasztalatok megosztásával kialakíthatók olyan helyi jó gyakorlatok, amelyek más ellátóhelyek számára is példaértékűek lehetnek. A bizonyítható szükségletek megalapozhatják a későbbi szolgáltatástervezést, így lehe-

tőség nyílik a jelenlegi helyzet javítására és a stroke-ellátás minőségének fejlesztésére, nem csak az akut szakra fókuszálva.

A kognitív tesztelés lehetőségei

Bonyolult megítélni, hogy az adott betegnél milyen neuropszichológiai teszt elvégzése célszerű, hiszen ez nagyban függ a beteg jellemzőitől (nem, kor, iskolázottság), a stroke okozta tünetektől (végtaggyengeség, beszédzavar, neglekt szindróma – szimultán figyelem zavara –, mely befolyásolhatja a teljesítményét), a tesztek jellemzőitől (mit mér és mit nem) és a vizsgálat körülményeitől (helyszín, idő) [28,41]. Nehézség, hogy nincs pontos információ a beteg stroke-esemény előtti neurokognitív állapotáról [28], így a teszteredményeket nehéz viszonyítani.

A kognitív szűrésre használt eszközök közül a Mini Mental State Exam (MMSE) és a Montreal Cognitive Assessment (MoCA) a legismertebbek [28,42,43], ezek magyar nyelven is elérhetők. Ezek a demencia-szűrőtesztek nem a post-stroke betegek felmérésére hivatottak, és megbízhatóságuk ebben a csoportban megosztó [44]. A két demencia-szűrőteszt közül a MoCA bizonyult alkalmasabbnak, magas szenzitivitással, de alacsonyabb specificitással. Ezek a tesztek gyakran alulértékelik a post-stroke kognitív károsodást, egy eredeti vizsgálatban a betegpopuláció csupán 44,1%-ban észlelték károsodást a részletes neuropszichológiai tesztekkel mért 69,3% helyett [45]. Egyéb, rövid tesztek csak egy-egy kognitív domént mérnek fel (pl. trail making test, 10-word-list-recall, dual task cost), ezek inkább a részletes értékelés során használatosak.

A szűrőtesztek arra hivatottak, hogy egy gyors, általános felmérést biztosítsanak, melynek mentén további részletes neuropszichológiai vizsgálatra kerülhet sor.

Stroke-betegek számára kifejlesztett szűrőtesztek a Birmingham Cognitive Screen (BCoS), a Cognitive Assessment for Stroke Patients (CASP), a Brief Neuropsychological Screening (BNS), a mild vascular cognitive impairment assessment (MVCI), a Brief Memory and Executive Testt (BMET) és a Northwick Park Examination of Cognition (NPEC) kevésbé elterjedt, kevesebb betegen vizsgált alternatívák, melyek nem terjedtek el széles körben [43]. Jellemzően nem ingyenesen elérhetők, így kevesebb nyelven létezik validált változat – így magyarul sem állnak rendelkezésre. A BCoS és a CASP inkább kutatási keretek között használatos.

Látható, hogy nincs egyetlen, általánosan használt aranystandard teszt, így a demencia-szűrőtesztek alternatívájaként indokoltnak láttuk egy stroke-specifikus neuropszichológiai szűrőteszt bevezetését, melynek felvétele gyors, könnyen tanítható és kellően informatív.

Az Oxford Cognitive Screen

A rendelkezésre álló szakirodalmi adatok alapján a legtöbb nyelven validált, klinikai használatban levő, jó specificitási és szenzitivitási jellemzőkkel rendelkező tesztnek az Oxford Cognitive Screen (OCS) bizonyult.

Az OCS ingyenesen elérhető, kifejezetten stroke-betegek számára kifejlesztett, 15-25 perc alatt felvehető, validált és több országban standardizált kognitív szűrőteszt, amely a stroke-ra jellegzetes neurológiai tünetek (afázia, neglekt szindróma) okozta teljesítményromlástól viszonylag független [46]. A demencia-szűrőtesztekhez képest érzékenyebb a diszkrét kognitív károsodásra [44].

Az OCS napjainkban már kilenc nyelven elérhető, és több nyelvi validálása folyamatban van. Öt fő doménen belül összesen tizenkét aldomént vizsgál, a stroke-ra jellegzetes neurológiai deficit (afázia, neglekt szindróma) okozta teljesítményromlástól lehetőség szerint független [46], valamint rendelkezik A és B verzióval az ismételtetés céljából. Nem csupán neuropszichológus, hanem orvos, egészségügyi szakdolgozó, orvostanhallgató is elvégezetheti a tesztet a beteggel a vizsgálóhelyiségben vagy akár a betegágy mellett.

Fontos, hogy a kiértékelés során nem a teszten elért összpontszám a mérvadó, hanem az egyes doménekhez rendelt küszöbértékek vannak meghatározva, melyek alatti teljesítmény károsodást jelöl. Ezt egy „keréken” lehet jelölni, mely a különböző fő- és aldoméneket mutatja, illetve a vizsgáló szubjektív megjegyzéseit is oda lehet írni. Ezáltal a későbbi vizsgálat során szempillantás alatt összehasonlítható a két időpontban elért eredmény. Ez azért hasznos, mert minden teszt korlátozza a vizsgált doméneket, és mint már említettük, a kognitív funkciók hálózatban működnek együtt. Tehát egy funkció károsodása miatt több más funkció károsodása is bekövetkezhet, mely a vizsgálat során egyértelmű, de a teszten teljesítményromlást mutat, ezt a szubjektív megjegyzésekben jelölni lehet. Továbbá a stroke-tünetek (pl. látótérzavar, domináns kéz gyengesége), valamint külső tényezők (pl. szemüveg, hallókészülék hiánya) is befolyásolhatják a kognitív teszten elért teljesítményt – ezeket a tényezőket nem szabad figyelmen kívül hagyni az értékelés során.

A szűrőteszt alapján észlelt deficitet részletes neuropszichológiai vizsgálattal tovább lehet értékelni, illetve elkezdhető a kezelése. Ha a stroke-ellátás során a szubakut szakban nincs lehetőség kognitív tréningre, a teszt eredménye akkor is segítséget nyújthat. Például a későbbi rehabilitáció során látható lesz a kiindulási kognitív állapot, illetve ha a beteget a családja látja el otthonában, szemléltethető, hogy mire érdemes nagyobb figyelmet fektetni, hogyan érdemes segíteni a beteget. Egy friss tanulmány alapján az OCS korai adminisztrációjával előjelezhető a későbbi funkcionális gondolkodás, ezáltal prognosztikai eszközként is alkalmas lehet a neuropszichológiai vizsgálatok, tréning és rehabilitáció tekintetében [18]. Egy limitált betegszámú vizsgálatban azt találták, hogy a szubakut szakban elvégzett OCS önmagában is erős, korai előjelzője a hosszú távú funkcionális kimenetelnek [47]. Látható az OCS számos előnye, és bár nincs széles körű összehasonlítás egyéb tesztel, több vizsgálat ígéretes eszközként említi [42,48].

Ezek alapján úgy döntöttünk, hogy elvégezzük az OCS magyar nyelvű adaptációját és annak validálását; jelenleg a nyelvi adaptáció lezárult és a validációhoz szükséges teszt-

elés zajlik két budapesti centrumban. A validálási folyamat eredményeit másik közleményben fogjuk megjelentetni, így ezt követően a magyar nyelvű OCS ingyenesen elérhető alternatíva lesz a stroke-betegek kognitív szűrésére.

A kognitív szűrés beillesztése a betegútba

A stroke-ot követő kognitív károsodás meghökkentő gyakoriságára egyre nagyobb figyelem irányul [9,49]. Az értékelés paramétereitől függően a tanulmányok 20% és 80% közöttire becsülik a prevalenciáját, a friss közleményekben 49-83% körülre teszik a mértékét [9,10,45].

Nincs arra vonatkozó magas szintű evidencia, hogy mely betegeket és mikor érdemes alávetni neuropszichológiai tesztelésnek. Egyrésztől kívánatos az esetleges károsodás korai felismerése, mely meghatározza a további betegutat, interdiszciplináris kezelési stratégiát, valamint indokolhatja a rehabilitációt akkor is, ha egyéb stroke-tünet nem. Azonban a másik oldalról veszély lehet a költség-, eszköz- és humán erőforrás-igény, a pszichés stressz, amely az esetleges rossz szubjektív teljesítménnyel jár, a fokozott betegségteher, a téves pozitív vagy negatív eredmények (amelyek fölösleges vagy elmaradt vizsgálatokhoz vezetnek), a beteg külső megítélésén eső csorba, mely akár szocioökonomiai hatásokkal is járhat, mint a jogosítvány vagy a munkahely elvesztése. Ez utóbbi veszély akkor kerül igazán reflektorfénybe, amikor kiderül a károsodás, de nincs meg a bejáratott betegút annak kezelésére – hiszen az intézményi rehabilitáció küszöbét nem éri el a beteg kumulált funkcióvesztése, azonban ambuláns kognitív tréning csak részlegesen (esetleg csak magánellátásban) áll rendelkezésre a humán erőforrás szűkössége miatt.

Bizonyos faktorok, mint az idős életkor, alacsonyabb iskolázottság, kiterjedt territoriális stroke, illetve a laesio lokalizáció meghatározó tényezőknek bizonyultak a kognitív deficit súlyosságát illetően [50]. Ezek a tényezők a stroke-esemény megerősítését követően, annak pontos etiológiájának tisztázása előtt rendelkezésre állnak.

Alapinformációk, mint a beteg alap klinikai adatai, legfőbb rizikófaktorai és a stroke lokalizációja már az akut szakban is ismertek, ezek alapján a becsülhető a kognitív károsodás kockázata és elvégezhető a kognitív szűrőteszt az akut-szubakut szakban. Az egészségügyi személyzet túlterheltsége, túlhajszoltsága elsősorban az adminisztrációs teherből adódik, mely többnyire nem szakmai feladat. Az OCS bevezetése, mely kb. 15-20 perc és minimális képzés után elvégezhető, saját tapasztalat alapján inkább motiválja az egészségügyi dolgozót, mert növeli a jelentősségtudatot és az elhivatottságot. A tesztelés során mind a betegek, mind a kontroll-személyek pozitív visszajelzéseket adtak, és a tesztelési folyamat összességében jó hangulatban zajlott. Bár néhány kontrollszemély kezdetben szkeptikus volt, bizonyos feladatok nehézséget okoztak számukra. A betegek többsége enyhe stroke-tüneteket mutatott és jól teljesített a teszt során. Azonban az OCS alkalmazása révén több esetben sikerült klinikailag nem nyilvánvaló kognitív károsodásokat azonosítani, továbbá sok esetben kimutatható és számszerűsíthető volt a klinikai gyanú. Az OCS az egyik legjobb megvalósítha-

tósági potenciállal rendelkező szűrőteszt, tekintve, hogy adminisztrációja nem igényel egészségügyi végzettséget, gyors és egyszerű. A korai, komplex felméréssel kiszűrhetők a kognitív deficitok, és specifikus rehabilitációjuk már azonnal megkezdhető. Ha nem adódik lehetőség az akut-szubakut szakban a tesztelésre, akkor a rehabilitációs osztályon is elvégezhető a szűrőteszt, mely útmutatóként szolgál a kognitív tréning tervezéséhez.

A helyi viszonyok ismeretében találjuk meg a szűrés lehetséges helyét és idejét, és ezt szabályozzuk a helyi protokollokban. Tartsuk szem előtt, hogy léteznek olyan tesztek, amelyek neuropszichológus nélkül is felvehetők és irányt mutatnak a betegút vonatkozásában, legyen szó rehabilitációról vagy otthoni ellátásról. A kognitív károsodás kezelése alapvető fontosságú a beteg általános funkcionális állapota és életminősége szempontjából. Emiatt szükséges a rehabilitációs lehetőségek rendszerszintű átgondolása és fejlesztése, különösen a jelenleg legkevésbé hozzáférhető járóbeteg-ellátás terén.

KÖVETKEZTETÉSEK

A post-stroke kognitív tünetek gyakoribbak, mint korábban gondolták. Az akut stroke-ellátás rohamosan fejlődik, de arányaiban kevés beteg részesül akut, betegségfolyást módosító kezelésben. Az ennél sokkal gyakoribb, de árnyaltabb neuropszichológiai károsodás azonban az akut szakban rejtve marad. A kognitív teljesítmény meghatározója a hosszútávú funkcionális kimenetelnek, a hangulatzavaroknak és társbetegségek kezelhetőségének, valamint a mortalitásnak. A stroke-betegút nem csak akut fázisában, hanem a teljes hosszán nagyobb teret kellene kapnia a multidiszciplináris ellátásnak, bevonva a beteget, családját, alapellátókat, járó-

és fekvőbeteg orvosi és szakdolgozói csapatokat. A kognitív szűrés beépítése a stroke-betegútba minőségfejlesztési lépés, mely felhívja a figyelmet a károsodásra, melynek kezelésével javítható a betegek kimenetele. A kognitív szűrést az akut-szubakut szakban célszerű elvégezni, valamint 3-6 hónappal a stroke-esemény után ismételni, hogy pontos képet kapjunk a beteg állapotáról és a rehabilitáció hatékonyságáról. Az OCS magyar nyelvű adaptációja lehetőséget, alternatívát nyújt egy gyors, akár ágy melletti kognitív szűrésre, mely alapja lehet további részletes vizsgálatnak és kezelésnek. Lehetővé teszi a rizikócsoporthoz tartozó stroke-betegek célzott szűrését, de teret ad a szisztematikus kognitív szűrésnek és további kutatásoknak is. A kognitív szűrés helyi protokollba illesztése elősegíti a kognitív károsodások felismerését, indokolja a célzott rehabilitációt, amely egy új, szükséges, de eddig többnyire kielégítetlen betegút megjelenését jelentheti. Célszerű lenne a rehabilitációs lehetőségek rendszerszintű átgondolása és fejlesztése, különösen a járóbeteg-ellátás terén. Ezáltal javulna a betegellátás minősége; célzott, nemcsak beszéd-, mozgás és nyelvésterápiában, hanem kognitív tréningben is részesülhetnének a betegek, amelyek hosszútávon fontos szerepe van a társadalmi reintegrációban, a komorbiditások kezelésében, a hangulatzavar és demencia megelőzésében vagy mérséklésében. Ezek a hatások kiemelkedőek társadalmi, gazdasági és egészségpolitikai szempontból.

Anyagi támogatás nyilatkozat

A szerzők semmilyen anyagi támogatásban nem részesültek.

Érdekeltségek

A szerzőknek nincs érdekeltisége a cikkel kapcsolatban.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R et al. Global and regional burden of stroke during 1990 and 2013; 2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2014;383(9913):245-55. doi:10.1016/S0140-6736(13)61953-4
- [2] Feigin VL, Norrving B, Mensah GA: Global Burden of Stroke. *Circ Res*. 2017;120(3):439-48. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.308413
- [3] Feigin VL, Brainin M, Norrving B et al.: World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *Int J Stroke*. 2022;17(1):18-29. doi:10.1177/17474930211065917
- [4] Vlachos G, Ihle-Hansen H, Wyller TB et al.: Factors Determining Not Returning to Full-Time Work 12 Months After Mild Ischemic Stroke. *Arch Rehabil Res Clin Transl*. 2022;5(1):100245 doi:10.1016/j.arct.2022.100245
- [5] Borne A, Lemaitre C, Bulteau C et al.: Unveiling the cognitive network organization through cognitive performance. *Sci Rep*. 2024;14(1):11645. doi:10.1038/s41598-024-62234-5
- [6] Verdelho A, Wardlaw J, Pavlovic A et al.: Cognitive impairment in patients with cerebrovascular disease: A white paper from the links between stroke ESO Dementia Committee. *Eur Stroke J*. 2021;6(1):5-17. doi:10.1177/23969873211000258
- [7] Aguiar de Sousa D, von Martial R et al.: Access to and delivery of acute ischaemic stroke treatments: A survey of national scientific societies and stroke experts in 44 European countries. *Eur Stroke J*. 2019;4(1):13-28. doi:10.1177/2396987318786023
- [8] Tatemichi TK, Desmond DW, Stern Y et al.: Cognitive impairment after stroke: frequency, patterns, and relationship to functional abilities. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1994;57(2):202-7. doi:10.1136/jnnp.57.2.202
- [9] Jokinen H, Melkas S, Ylikoski R, et al.: Post-stroke cognitive impairment is common even after successful clinical recovery. *Eur J Neurol*. 2015;22(9):1288-94. doi:10.1111/ene.12743

- [10] Nakling AE, Aarsland D, Naess H et al.: Cognitive Deficits in Chronic Stroke Patients: Neuropsychological Assessment, Depression, and Self-Reports. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2017;7(2):283-96. doi:10.1159/000478851
- [11] Kauranen T, Laari S, Turunen K et al.: The cognitive burden of stroke emerges even with an intact NIH Stroke Scale Score: a cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014;85(3):295-9. doi:10.1136/jnnp-2013-305585
- [12] Stolwyk RJ, Mihaljcic T, Wong DK et al.: Post-stroke Cognition is Associated with Stroke Survivor Quality of Life and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Neuropsychol Rev*. 2024;34(4):1235-1264. doi:10.1007/s11065-024-09635-5
- [13] Dowling NM, Johnson S, Nadareishvili Z: Poststroke Cognitive Impairment and the Risk of Recurrent Stroke and Mortality: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc*. 2024;13(18):e033807. doi:10.1161/JAHA.123.033807
- [14] van Rooij FG, Kessels RP, Richard E et al.: Cognitive Impairment in Transient Ischemic Attack Patients: A Systematic Review. *Cerebrovasc Dis*. 2016;42(1-2):1-9. doi:10.1159/000444282
- [15] Cumming TB, Marshall RS, Lazar RM: Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: still an incomplete picture. *Int J Stroke*. 2013;8(1):38-45. doi:10.1111/j.1747-4949.2012.00972.x
- [16] van Rijnsbergen MW, Mark RE, Kop W et al.: The role of objective cognitive dysfunction in subjective cognitive complaints after stroke. *Eur J Neurol*. 2017;24(3):475-82. doi:10.1111/ene.13227
- [17] Pendlebury ST, Rothwell PM: Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol*. 2009;8(11):1006-18. doi:10.1016/S1474-4422(09)70236-4
- [18] Milosevich ET, Moore MJ, Pendlebury ST, Demeyere N: Domain-specific cognitive impairment 6 months after stroke: The value of early cognitive screening. *Int J Stroke*. 2024;19(3):331-41. doi:10.1177/17474930231205787
- [19] Ji S, Sun H, Jin X et al.: Cognitive recovery in patients with post-stroke subjective cognitive complaints. *Front Neurol*. 2022;13:977641. doi:10.3389/fneur.2022.977641
- [20] Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a cerebrovasculáris betegségekről, (2008).
- [21] Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve a cerebrovasculáris betegségek ellátásáról, (2010).
- [22] Egészségügyi szakmai irányelv az akut ischaemiás stroke diagnosztikájáról és kezeléséről. *Ideggyógyászati Szemle Proceedings*. 2023;8(4):131-82
- [23] Foundation S. Clinical Guidelines for Stroke Management 2023. Available from: <https://informme.org.au/guidelines/living-clinical-guidelines-for-stroke-management>.
- [24] Heran M, Lindsay P, Gubitz G et al.: Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Acute Stroke Management, 7(th) Edition Practice Guidelines Update, 2022. *Can J Neurol Sci*. 2024;51(1):1-31. doi:10.1017/cjn.2022.344
- [25] Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T et al.: Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019;50(12):e344-e418. doi:10.1161/STR.00000000000000211
- [26] Yew KS, Cheng EM: Diagnosis of acute stroke. *Am Fam Physician*. 2015;91(8):528-36. PMID: 25884860
- [27] Duvekot MHC, Venema E, Rozeman AD et al.: Comparison of eight prehospital stroke scales to detect intracranial large-vessel occlusion in suspected stroke (PRESTO): a prospective observational study. *Lancet Neurol*. 2021;20(3):213-21. doi:10.1016/S1474-4422(20)30439-7
- [28] Quinn TJ, Elliott E, Langhorne P: Cognitive and Mood Assessment Tools for Use in Stroke. *Stroke*. 2018;49(2):483-90. doi:10.1161/STROKEAHA.117.016994
- [29] Mancuso M, Iosa M, Abbruzzese L et al.: The impact of cognitive function deficits and their recovery on functional outcome in subjects affected by ischemic subacute stroke: results from the Italian multicenter longitudinal study CogniReMo. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2023;59(3):284-93. doi:10.23736/S1973-9087.23.07716-X
- [30] Gottesman RF, Hillis AE: Predictors and assessment of cognitive dysfunction resulting from ischaemic stroke. *Lancet Neurol*. 2010;9(9):895-905. doi:10.1016/S1474-4422(10)70164-2
- [31] Godefroy O, Aarabi A, Bejot Y et al.: Are we ready to cure post-stroke cognitive impairment? Many key prerequisites can be achieved quickly and easily. *Eur Stroke J*. 2024;23969873241271651. doi:10.1177/23969873241271651
- [32] El Hussein N, Katzan IL, Rost NS et al.: Cognitive Impairment After Ischemic and Hemorrhagic Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2023;54(6):e272-e91. doi:10.1161/STR.0000000000000430
- [33] Lanctot KL, Lindsay MP, Smith EE et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue following Stroke, 6th edition update 2019. *Int J Stroke*. 2020;15(6):668-88. doi:10.1177/1747493019847334
- [34] Quinn TJ, Richard E, Teuschl Y et al.: European Stroke Organisation and European Academy of Neurology joint guidelines on post-stroke cognitive impairment. *Eur J Neurol*. 2021;28(12):3883-920. doi:10.1111/ene.15068
- [35] Lynch EA, Cadilhac DA, Luker JA, Hillier SL: Inequities in access to inpatient rehabilitation after stroke: an inter-

- national scoping review. *Top Stroke Rehabil.* 2017;24(8): 619-26. doi:10.1080/10749357.2017.1366010
- [36] Jeffares I, Rohde D, Doyle F et al.: The impact of stroke, cognitive function and post-stroke cognitive impairment (PSCI) on healthcare utilisation in Ireland: a cross-sectional nationally representative study. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):414. doi:10.1186/s12913-022-07837-2
- [37] Sivan M, Negrini S: An expanded workforce is needed to strengthen rehabilitation in health systems. *BMJ.* 2024; 384:q60. doi:10.1136/bmj.q60
- [38] Bekassy S, Cserhati P, Denes Z et al.: [Joint search of primary care and rehabilitation medicine to prevent disability and improve rehabilitation]. *Orv Hetil.* 2024;165(38): 1483-92. doi:10.1556/650.2024.33118
- [39] Cserhádi P, Kullmann L, Dénes Z: Integrált rehabilitációs ellátás I. – hazai előzmények, erősségek, gyengeségek. *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja.* 2023
- [40] egriügyek. Egyetlen agysérültekkel foglalkozó állami pszichológus sincs Heves megyében 2019 [cited 2025 1st of February]. Available from: <https://egriugyek.hu/kornyek-ugye/egyetlen-agyszerultekkel-foglalkozo-allami-pszichologus-sincs-heves-megyeben>.
- [41] Abzhandadze T, Buvarp D, Lundgren-Nilsson A, Sunnerhagen KS: Barriers to cognitive screening in acute stroke units. *Sci Rep.* 2021;11(1):19621. doi:10.1038/s41598-021-98853-5
- [42] Gangaram-Panday SG, Zhou Y, Gillebert CR: Screening for post-stroke neurocognitive disorders in diverse populations: A systematic review. *Clin Neuropsychol.* 2024; 38(3):588-611. doi:10.1080/13854046.2023.2237676
- [43] Rodrigues JC, Becker N, Beckenkamp CL et al.: Psychometric properties of cognitive screening for patients with cerebrovascular diseases A systematic review. *Dement Neuropsychol.* 2019;13(1):31-43. doi:10.1590/1980-57642018dn13-010004
- [44] Dong Y, Sharma VK, Chan BP et al.: The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of vascular cognitive impairment after acute stroke. *J Neurol Sci.* 2010;299(1-2):15-8. doi:10.1016/j.jns.2010.08.051
- [45] Gallucci L, Sperber C, Guggisberg AG et al.: Post-stroke cognitive impairment remains highly prevalent and disabling despite state-of-the-art stroke treatment. *Int J Stroke.* 2024;19(8):888-97. doi:10.1177/17474930241238637
- [46] Demeyere N, Riddoch MJ, Slavkova ED.: The Oxford Cognitive Screen (OCS): validation of a stroke-specific short cognitive screening tool. *Psychol Assess.* 2015; 27(3):883-94. doi:10.1037/pas0000082
- [47] Bisogno AL, Franco Novelletto L, Zangrossi A et al.: The Oxford cognitive screen (OCS) as an acute predictor of long-term functional outcome in a prospective sample of stroke patients. *Cortex.* 2023;166:33-42. doi:10.1016/j.cortex.2023.04.015
- [48] Murphy D, Cornford E, Higginson A et al.: Oxford cognitive screen: A critical review and independent psychometric evaluation. *J Neuropsychol.* 2023;17(3):491-504. doi:10.1111/jnp.12318
- [49] Weterings RP, Kessels RP, de Leeuw FE, Piai V: Cognitive impairment after a stroke in young adults: A systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke.* 2023;18(8):888-97. doi:10.1177/17474930231159267
- [50] Munsch F, Sagnier S, Asselineau J et al.: Stroke Location Is an Independent Predictor of Cognitive Outcome. *Stroke.* 2016;47(1):66-73. doi:10.1161/STROKEAHA.115.011242

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Takács Tímea Tünde 2017-ben végzett a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán, majd 2022-ben szerzett neurológia szakvizsgát. Fő ér-

deklődési területe a cerebrovasculáris betegségek és a stroke-betegútmenedzsmnt. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közfiziológiai Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ levelező hallgatója.



Gunda Bence neurológus, vascularis neurológus, a Semmelweis Egyetem Neurológiai Klinikájának adjunktusa, a Stroke Osztály vezetője, a Semmelweis Egyetem volt Stroke Biztosa, az Európai Stroke Társaság Oktatási Bizottságának tagja. Orvosi diplomáját 2005-ben a Semmelweis Egyetemen szerezte

Summa cum laude minősítéssel. Neurológiai szakképzését az Agyérbetegségek Országos Közfiziológiai Központjában (OPNI) kezdte, majd a Semmelweis Egyetem Neurológiai Klinikáján folytatta. Egy évet a Lausanne-i Egyetemi Klinikán töltött. Doktori fokozatát párizsi kutatásaira alapozta két Brain-prize díjazott professzor mentorálásával (Hugues Chabriot, Marie-Germaine Bousser) agyi kisérbetegségek multimodális MR-képalkotása témában. 2014-ben a londoni King's College Hospital

Neurológiai osztályán dolgozott, majd a plymouth-i Derriford Hospital Stroke osztályán lett osztályvezető főorvos. 2015-ben szerzett diplomát az Európai Stroke Társaság Master in Stroke Medicine képzésén. 2016-tól a Semmelweis Egyetem Neurológiai Klinikája az állandó munkahelye. Szakterülete az

agyérbetegségek, különösen is az akut stroke ellátás, a ritka, örökletes és fiatalkori agyérbetegségek, a vascularis fejfájások és a neurovascularis képalkotás. Hazánkban először, 2017-től foglalkozik a MI-alapú döntéstámogató rendszerekkel a stroke ellátásban.

Lengyel Livia szerzői bemutatása megtalálható az IME 2025/3. számában a 43. oldalon, az *„Élő Könyvtár” – Egy, a mentális betegeket körülvevő társadalmi falak lebontására hivatott kezdeményezés bemutatása* c. cikk végén.

„Élő Könyvtár” – Egy, a mentális betegeket körülvevő társadalmi falak lebontására hivatott kezdeményezés bemutatása

Living book at the library – A presentation of an initiative dedicated to dismantling the societal barriers faced by individuals living with mental illness

Szijj Levente¹ ✉, Lengyel Livia^{1,2}

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

²Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Mentális Egészségtudományi Tagozat

✉ szlevente1@gmail.com

Bevezetés: A társadalom szélesebb rétegei nem, vagy nem jól ismerik a mentális betegek valódi kvalitásait, nincsenek hiteles információk, tapasztalataik mindennapi életüket illetően, ami a széles körben elterjedt sztereotípiák és előítéletek továbbélését segíti. Cikkünkben egy olyan projektet mutatunk be, amelynek eszköze az „Élő könyvtár” módszere, fő célkitűzése a mentális betegek és a többségi társadalom tagjai közötti hídépítés.

Módszertan: A társadalmi érzékenyítés, a stigmatizáció ellen folytatott küzdelem nemzetközi szinten is ismert és elfogadott eszköze az „élő könyvtár” módszer, melyet projektünkben is alkalmaztunk. A helyszín egy székesfehérvári könyvtár, ahol önkéntes, valamilyen pszichiátriai diagnózissal rendelkező betegek az „élő könyvek”, az érdeklődők pedig az „olvasók”, akik előre megszervezett, személyes találkozásokon vehetnek részt.

Eredmények: A 2023. október 24. és november 11. között zajló programon négy önkéntes „Élő könyv” és 25 „Olvasó” vett részt, és összesen 37 olvasás történt. Voltak páros olvasások, illetve egy „Olvasó” több „Élő könyvet” is kölcsönözhetett.

Következtetés: Az „Élő könyv a könyvtárban” módszer a mentális betegekkel kapcsolatos társadalmi érzékenyítés fontos és hatásos eszköze lehet. Projektünk előmozdította a mentális betegekkel kapcsolatos társadalmi edukációt, hídépítést és az önstigma leküzdését is. További hasonló programokra lenne szükség a pszichiátriai betegek rehabilitációs célú segítségének érdekében.

Kulcsszavak: élő könyvtár, érzékenyítés, mentális egészség, pszichiátriai betegek, stigmatizáció

Introduction: A large part of society either does not know or misunderstands the true qualities of people living with mental illness. They lack accurate information and personal experience regarding their everyday lives, which contributes to the persistence of widespread stereotypes and prejudices. In our article, we present a project that utilises the “Living Library” method, with the primary aim of building bridges between individuals with mental illness and members of the majority society.

Methodology: The “Living Library” is an internationally recognised and accepted method for raising social awareness and combating stigmatisation, and it was

used in our project as well. The venue was a library in Székesfehérvár, where volunteers diagnosed with a psychiatric disorder acted as “Living Books,” while members of the public took part as “Readers,” engaging in pre-arranged, face-to-face encounters.

Results: The program was conducted between 24 October and 11 November 2023, and involved four volunteer “Living Books” and 25 “Readers,” resulting in a total of 37 reading sessions. There were paired readings, and individual “Readers” could borrow more than one “Living Book.”

Conclusion: The “Living Book in the Library” approach can be an important and effective method for raising public awareness of mental illness. Our program promoted social education related to mental health, built bridges within the community, and helped reducing self-stigma. More programs like this are needed to support the rehabilitation efforts for people with psychiatric conditions.

Keywords: living library concept, mental health, psychiatric patients, sensitization, stigmatisation

BEVEZETÉS

A társadalomtudományok, ezeken belül is leginkább a szociológia és a szociálpszichológia foglalkozik a stigmatizáció jelenségével, mint társadalmi folyamattal. Mint minden társadalmi jelenségnek, ennek is megvannak a maga sajátos alapjai, jellegzetességei, és persze a következményei is. A következményeknek pedig összetársadalmi szinten egyaránt vannak nyertesei és vesztesei. A további részletek előtt tisztázni kell néhány alapfogalmat, ezek a mentális egészség/betegség, pszichiátriai beteg, sztereotípiák, előítéletek, stigmatizáció. A hatályos joganyag előírásainak megfelelően pszichiátriai beteg az a beteg, akinél a kezelőorvos a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. verziója szerinti Mentális és Viselkedészavar (F00-F99), illetve szándékos önártalom (X60-X84) diagnózisát állítja fel. A WHO meghatározása szerint a mentális egészség: „a jóllét olyan foka, amelyen az egyén megvalósítja képességeit, meg tud küzdeni az élet mindennapos nehézségeivel, eredménnyel és gyümölcsözően képes dolgozni, valamint hozzá tud járulni saját közös-

ségéhez [1].” Az Európai Unió Zöld Könyve pedig így fogalmaz a mentális betegségekről: „a mentális betegségek körébe tartoznak a mentális egészségügyi problémák és veleszületett jellegek, a szorongással, tünetekkel járó csökkent működés és a diagnosztizálható mentális rendellenességek, mint amilyen a skizofrénia vagy a depresszió. Az ember mentális állapotát több összetevő, így a biológiai (genetikai, nemi), egyéni (személyes tapasztalatok), családi és szociális (társadalmi támogatás), illetve gazdasági és környezeti (társadalmi helyzet és életkörülmények) szempontok határozzák meg [2].” E két definíció alapján kijelenthető, hogy a pszichiátriai kórképek általánosságban is, természetükből adódóan együtt járnak bizonyos fokú elszigetelődéssel.

A stigmatizáció tovább ronthatja a mentális betegek helyzetét. A stigma szó jelentése testi jel, bűnösre rásütött bélyeg [3]. Az ókori eredetű, alapvetően negatív érzelmi töltetű szónak a későbbi korokban sem lett pozitív jelentéstartalma. Az utóbbi évszázadok társadalmi tendenciái aztán újra csak pejoratív tartalommal töltötték meg a stigma szót, és ma már olyan társadalmi jelenségeként tekintünk rá, amely táptalaja lehet a társadalmi kirekesztésnek, hátrányos megkülönböztetésnek. A bélyeggel felruházás, vagyis a címkézés motivációját az adja, hogy a kisebbségi csoport alsóbbrendűségét, alávetett helyzetét a többség hangsúlyozni akarja [4], ami a később megvalósuló kirekesztés magyarázatát adhatja. A stigmatizáció és a kirekesztés azonban nem feltétlenül áll egymással ok-okozati viszonyban, habár gyakran járnak együtt. Goffmann a stigmáknak három típusát különbözteti el: a testi, a jellembeli és a származási stigmák képében, amelyek ritkán jelennek meg önmagukban, jellemzően keverednek egymással, például a származási stigmák mellé könnyen jellembeliek is kapcsolódhatnak. Mondhatjuk, hogy a XX. század bővelkedett a hasonló jelenségekben, elég, ha csak a sárga csillag absztrakt és manifeszt jelentésére gondolunk [5]. A stigmajelenség értelmezéséhez szorosan kapcsolódik az előítélet és a sztereotípiák fogalma is [5]. Az előítélet és a sztereotípiák definícióját a Nemzeti Közszerkeleti Egyetem online lexikonja a következőképpen határozza meg [6]: „Negatív érzelmi viszonyulás, attitűd valamely csoport tagjaival szemben csak azért, mert a kérdéses csoport tagjai. Előítéletről akkor beszélhetünk, ha az előzetesen kialakult elképzelések még új információk hatására sem változnak meg. Az előítélet, a sztereotípiák és a diszkrimináció nem szükségszerűen, de összefügghetnek. Például a többségi csoport piszkosnak, erkölcstelennek, megbízhatatlannak tarthatja valamely kisebbség tagjait (sztereotípiák), ezért nem kíván velük érintkezni (előítélet), ennek következtében nem alkalmazza őket munkásként az irányítása alatt álló munkahelyeken (diszkrimináció).” A társadalmi stigmáról tudjuk, hogy hat dimenzióban értelmezhető, ezek: 1. elrejtethezőség, 2. lefutás, 3. esztétikumosság, 4. zavaró jelleg, 5. eredet, 6. veszélyesség [7].

A veszélyesség és az eredet dimenzióiról már tettünk említést feljebb, a zavaró jelleg kapcsán pedig meg kell jegyezni, hogy több olyan mentális betegség is létezik, amely az interperszonális kapcsolatok szintjén nehézséget okozhat.

A katatón vonásokat vagy az introverzió jellemzőit magán viselő beteg esetében a kommunikáció akadályozott, kevésbé gördülékeny lehet, mint azt az „egészséges” beszélgetőpartner megszokhatta. A mentális betegek egy bizonyos körére jellemző a túlzottan modoros viselkedés, a szegényes mimika és gesztikuláció, vagy éppen a túlmozgásos megnyilvánulás [8].

A pszichiátriai betegeket sújtó megbélyegzésről Nieradzik és Cochrane (1985) évtizedekkel ezelőtt megállapította: a tény, hogy az illető ilyen diagnózissal él, nagyobb hatással van a vele kapcsolatos attitűdre, mint maga a személy viselkedése a kórisme nélkül [9], tehát a szóban forgó személyt nem elsősorban az adott helyzetben tanúsított magatartása, hanem a betegségének ténye minősíti a tágabb társadalmi közegben. Végh a stigmajelenséget így írja le: „Ha valakinek a jellemzésében megemlíti, elfedi, kioltja az összes többi felsorolt jellemvonását, és egyedül az marad meg róla, függetlenül attól, hogy mekkora súllyal jelenik meg valójában az illető jellemében, és hogy az ő egyedi esetében az ezzel a címkével jelölni szándékozott tulajdonság pontosan hogy is értendő [10].” Gönczöl Katalin pedig arra hívja fel a figyelmet, hogy a legsúlyosabb stigmák kiosztása mindig állami monopólium, ami szaktudást és háttér szakintézményt igényel. Olyan szakismeretet és intézményrendszert, amely kódol, és bizonyos, a mindennapi életben előforduló jelenségeket is érthetlenné tesz a szélesebb rétegek számára, akiknek nincs is más lehetőségük, mint az, hogy az ilyen címkével ellátottakat az adott csoport tagjainak vélt tulajdonságaival ruházzák fel [11]. Ez a kilencvenes évekből származó megállapítás igaz a mai magyar valóságban is, hiszen a gyorsan szaporodó magánkórházi ellátók között nincs olyan, amelyik akut pszichiátriai részleget működtetne, illetve a magánrendelőben dolgozó pszichiáterek, ha a beteg „közvetlen veszélyeztető magatartást” tanúsít – vagyis elkerülhetetlen a kórházba való beszállítás –, akkor állami kórház akut részlegébe szállítatják, más választás nem lévén. Vagyis ebben a tekintetben marad az állami monopólium. A BNO szerinti F2000 paranoid skizofrénia kórisme kiváló példája a Gönczöl-féle megállapításnak, mert a paranoid és a skizofrén megnevezés egyetlen szóösszetételben elég sokféle (félre)értelmezést tesz lehetővé a hozzá nem értők körében. Adott tehát a kód és a hozzá tartozó nehezen megérthető, vagy éppen teljesen megfoghatatlan latin kifejezés. Sokszor tapasztaljuk, hogy például a többszörös személyiség és a skizofrénia fogalmait teljesen összemosódnak a köztudatban. Ezt a tapasztalatot és annak tudományosan vizsgálható alapjait írja le Mendoza tanulmánya [12].

Az értelmi fogyatékoság pedig csak tovább rontja a helyzetet azzal, hogy nem klasszikus értelemben vett betegség, amelyet meg lehet gyógyítani, hanem egy állapot, és a társadalomban mindezek nem tisztázott, mégis gyakran – helytelenül – használt fogalmak, leginkább leértékelő szövegek környezetben.

A médiumok (pl. híradók, hírműsorok, hírportálok) közlései által nagyrészt az a kép megy át a tartalomfogyasztók tudatába, hogy a pszichiátriai betegek veszélyesek önma-

gukra és másokra, kiszámíthatatlanok. Ezek a hírek, híresztelések igen egyoldalúak, leginkább a szélsőséges jellemzőket ragadják ki a valós eseményekből [13]. Gyakran előforduló sztereotípiák, hogy saját maguk tehetnek a betegségről, mert akaratgyengék, erkölcsileg megbízhatatlanok. Súlyosbítja a mentális betegek társadalmi helyzetét az is, hogy egy kutatás eredményei szerint a hazai egészségügyi szakdolgozók ismeretei igen hiányosak a pszichiátriai kórképek tekintetében, és nagy részük nem hisz a betegek lehetséges felépülésében [14]. Ez a hozzáállás pedig számos olyan rendszerszintű abúzushoz vezet, amelyet a betegnek el kell tűrnie az (állami) egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor. Az egészségügyben, a közvetlen betegellátásban jelen lévő patologizálás eredményeképp az ellátó a patologizált egyén által elmondottakat, álláspontját kérdőjelezi meg, vagyis stigmatizálja az adott pszichiátriai diagnózissal bíró egyént [15]. Ezek alapján érthető, hogy sok, egyébként segítségre szoruló, mentális tünettel bíró egyén miért idegenkedik a pszichiátriai diagnózistól. Nem csak attól tarthat, hogy mit szól a pszichiátriai diagnózisához a közvetlen környezete (barátok, család, munkahely stb.), hanem attól is, hogy innentől kezdve szélesebb körben sem fogják komolyan venni, és még ki tudja, milyen élethelyzetekben fordíthatják ellene mentális beteg státuszát.

A többségi társadalom tagjai, vagyis az „egészségesek”, vagy akár mondhatjuk: a „normálisak” pedig igencsak híján vannak a mentális betegséggel élők mindennapjaival, valós emberi kvalitásaikkal kapcsolatos releváns információknak [16,17]. A társadalmi stigmatizáció alapját sokféle tényező adja, amelyeknek csak néhány, a projektünk szempontjából relevánsnak ítélt komponenseire világítottunk rá. Ezek nagyban hátráltatják a mentális betegséggel élők társadalomba való be- és visszailleszkedését, a társadalmi integrációt. Az ilyen nehézségek pedig csak rontják a mindenkori, amúgy sem tökéletes mentális egészségi állapotot. Ebből a szempontból problémás lehet az a tény, hogy a devianciákkal kapcsolatos klasszikus szakirodalom is ide sorolja a mentális betegségeket ugyanúgy, mint például a szándékos bűnelkövetést. Mintha a kettő összemosódna, mintha bűn lenne a mentális betegség, vagy maga a mentális beteg bűnös lenne. Ezzel összefüggésben elmondható, hogy bizonyos mentális betegségek fennállása esetén valóban nagyobb az agresszív viselkedés kialakulásának valószínűsége, mint a nem betegek körében, ez az azonban nem a betegség miatt, hanem más tényezők okán van így. Ilyen lehet például a szerhasználat, a hátrányos családi helyzet, vagy a már eleve meglévő kedvezőtlen személyiségjellemzők [18].

A stigmának legalább kétféle hatásával kell számolni egyéni szinten. Létezik a nyilvános stigma, illetve az önstigma jelensége [19], amelyek kívülről és belülről hatnak az egyénre. Négy lépcsőben jönnek létre: 1. tudatosulnak a mentális betegekkel kapcsolatos általános nyilvános sztereotípiák, 2. maguk is elfogadják ezeket a sztereotípiákat, osztják a negatív tartalmú nézeteket, 3. ezeket magukra is alkalmazzzák, 4. önbecsülésük károsodik, énképük csökken. A nyilvános stigma lényege abban áll, hogy a szélesebb

társadalmi rétegek megegyeznek a kisebbségre vonatkozó sztereotípiákban és a velük kapcsolatos viselkedési elemekben. Az önstigma a stigmatizált pszichéjében létrejövő lélektani jelenség. Ez által lesz a társadalmi megbélyegzésből internalizált bélyeg, ami még nehezebb lélektani állapotot hoz létre a mentális beteg amúgy is sérülékenyebb belső világában [20]. Az önstigmának alapvetően négy típusa van: elidegenedés, sztereotípiák támogatása, diszkriminációval kapcsolatos tapasztalat és a társadalmi visszahúzóddás. Következményei közül pedig a legsúlyosabb akár az öngyilkosság is lehet [21]. Az önstigmat és a pszichiátriai betegek vonatkozó társadalmi előítéleteket dokumentarista, szociográfiai oldalról Bakonyi Péter örökölte meg fényképekkel gazdagon illusztrált interjúkötetében [22]. A szépróza eszközeivel Hajnóczy Péter adott betekintést a megbélyegzett pszichiátriai és addiktológiai betegek mindennapjaiba [23], és szintén szépirodalmi alkotás József Attila műve, a Szabad-ötletek jegyzéke [24]. Az utóbbi három szerző személyes érintettség kapcsán szerzett mélyreható tapasztalatokat a stigmatizáció és a diszkrimináció témájában. Projektünk lefolytatása során az önkénteseinket nem vizsgáltuk kvantitatív módon, hanem kötetlen beszélgetés formájában kérdeztük őket saját tapasztalataikról ezekben a kérdésekben.

Bizonyítékok támasztják alá azt az elképzelést, miszerint ha a súlyos mentális beteg mintegy átgondolja, megírja és elmondja saját betegségével való kapcsolatát és élettörténetét, majd mindezt mások előtt felvállalja, annak reá nézve pszichoterápiás hatása lehet [25]. Ha a betegség leküzdése érdekében tett sikeres erőfeszítéseket, a jó irányú változásokat helyezi saját gondolkodásának fókuszába, az hosszú távon segítheti felépülését [25]. Corrigan és Penn (1999) három alapvető antistigmatizációs hatású stratégiát ír le, amelyek a társadalmi stigma csökkentését célozzák és érthet el. Ezek a tiltakozás, az oktatás és a személyes kontaktus [26].

Tanulmányunk célja egy olyan projekt bemutatása, melylyel antistigmatizációs hatást kívántunk elérni. A projekt során egy városi könyvtárban az ún. „élő könyvtár” módszer segítségével kívántuk csökkenteni a pszichiátriai betegeket érintő társadalmi stigmatizációt. A projekt célja az információátadás (edukáció), valamint a mentális betegekkel való személyes kontaktus kialakításának lehetősége volt.

MÓDSZERTAN

Projektünk eszközeül az „élő könyvtár” módszert választottuk annak érdekében, hogy legalább három területen érvünk el pozitív irányú elmozdulást a mentális betegekkel kapcsolatos stigmatizációs tendenciák vonatkozásában: 1) edukálunk és valid információcserét hozunk létre, 2) az érintettekkel való személyes kontaktusra teremtünk lehetőséget, 3) az őszinte önfeltárás által pszichoterápiás hatást érvünk el. Továbbá hogy a társadalmi stigma három dimenziójában (zavaró jelleg, eredet, veszélyesség) edukálunk és pozitív hatást gyakoroljunk.

Az „élő könyvtár” módszerrel strukturált, jól keretezett találkozások valósulhatnak meg úgy, hogy az érdeklődő

közönség saját tapasztalatai által győződhet meg a stigmatizáltak védtelen helyzetéről. A szervezett találkozások összehozását a „living library concept” módszerével szerveztük meg Székesfehérváron. Ez az érzékenyítő célú, személyes beszélgetésen alapuló módszertan arra jó, hogy csökkentse a társadalmi diszkriminációt, és segítse az előítéletek lebontását [25–28]. Ezt az elképzelést az Európa Tanács is támogatja, felhasználja és hirdeti minden olyan államban – így hazánkban is –, amely tagja a Strasbourgban székhellyel rendelkező nemzetközi szervezetnek [27]. Az „élő könyvtár” módszer gyakorlati jelentőségét számos eredmény alátámasztja, különösen az előítéletektől, stigmáktól való megszabadulásra vonatkozóan, mind egyéni, mind társadalmi szinten [18]. Az „élő könyvtár” módszer lényege, hogy meghatározott időpontokban, a programra önként vállalkozó „Élő könyvek” a szervező intézmény/esemény látogatói számára kikölcsönözhető, vagyis kiolvashatók, ami személyes találkozást, beszélgetést jelent [31]. A gyakorlatban az érdeklődő „Olvasó” az önkéntes „Élő könyv” előre elkészített fejezeit olvashatja ki, meghatározott időkeret és szempontok segítségével. Így meg lehet akadályozni a túlságosan személyes szint elérését és az időben szétfolyó társalgást. Az „Élő könyv” tartalomjegyzéke előre rögzített, azonban teljesen egyéniek az azokat megtöltő élettörténetek. A projektünk során az „Élő könyvtárban” olvasás végén lehetőséget biztosítottunk az „Olvasóknak” egy legalább negyedórás „kérdéss-felelek” időszakra is, így téve a kommunikációt valóban kétirányúvá, ami a nyomtatott könyv olvasása esetében nem lehetséges.

Az „élő könyvtár” program a szakirodalmi leírások alapján hatékony módszer lehet a marginális helyzetű társadalmi csoportokkal kapcsolatos diszkrimináció csökkentésére [25–28]. Ezzel egyidejűleg az önstigma hatása is csökkenthető az énfeltárás és az egyéni proaktivitás fejlesztésével. Releváns szakirodalmi adatok alapján a mentális betegséggel élőket sújtó társadalmi és intrapszichés stigmatizáció csökkentésére is alkalmas metódus lehet [25–28].

Az „élő könyvtárnak” a székesfehérvári Vörösmarty Mihály Könyvtár központi könyvtárának felnőtt kölcsönző részlege adott otthont, 2023. október 24. és november 11. között. A kezdeményezés iránt érdeklődőknek személyes kapcsolódási lehetőséget biztosítottunk a mentális betegséggel élőkkel. Így az „Olvasók” saját élményeiken keresztül tapasztalhatták meg, hogy a társadalomban széles körben elfogadott sztereotípiák/előítéletek valós alap nélküliek, és a mentális betegeket milyen mértékben érinti hátrányosan a többségi társadalom által tanúsított kirekesztő gondolkodás. A módszertan támogatja stigmatizáció ellen ható törekvéseinket a következők mentén: 1) a pszichiátriai betegek problémáival kapcsolatos széles körű társadalmi érzékenyítés; 2) hídépítés a pszichiátriai diagnózissal élők és a társadalom szélesebb rétegei között; 3) a releváns szakirodalom által leírt önstigma leküzdése.

Az előzetes időpontfoglalási rendszert úgy alakítottuk ki, hogy minden olvasás egész órákor induljon lehetőség szerint, hogy az „Élő Könyv” – aki valamilyen pszichiátriai diag-

nózissal rendelkező és a programban önkéntesen részt vevő beteg – maximum 30 percen elmondhassa saját, előre megírt és begyakorolt szövegét, majd a „vége” szó elhangzása után jöhessen a kérdezz-felelek időszak, maximum 15 percen. Ennek keretében az „Olvasó” szabadon kérdezhet az „Élő könyv” által elmondottakra vonatkozóan. Fontos, hogy az önkéntesek és az „Olvasók” is tartsák a tartalomjegyzék kereteit, mert így megelőzhető a túlságosan mélyre és/vagy intim területre hatoló kérdés, amelyre az önkéntes adott esetben nem kíván válaszolni. Mindezeket figyelembe véve egy-egy olvasás maximum 45 perc lehet, illetve úgy terveztük a találkozásokat, hogy egy „Élő Könyv” egy nap maximum 2 beszélgetést folytasson. A célok elérésének érdekében úgy szerveztük a könyvtári alkalmakat, hogy egy-egy hétköznap délután és a hétvégi időszakban is legalább két önkéntes legyen jelen, és legyen tartalék is.

Az önkéntes „Élő könyvek” (n=4) mindannyian pszichiátriai betegek, akik a betegségük ellenére ellátnak magukat, otthonukban, családjuk körében élnek. A négyből hárman megváltozott munkaképességű munkavállalóként dolgoznak. Mindegyikük más-más diagnózissal él, és önként, nagy elkötelezettséggel tartottak ki a kezdeményezés megvalósítása folyamán. Az a lehetőség pedig, hogy a programban való részvétellel sorstársaik társadalmi helyzetét is javíthatják, csak fokozta elkötelezettségüket.

Az „élő könyvtár” előkészítésének pontos részleteit, a könyvtárosoknak, résztvevőknek („Élő könyvek” és „Olvasók”) szóló tájékoztatókat a tanulmány online változatban elérhető, 1. számú melléklete tartalmazza.

EREDMÉNYEK

Az első naptól az utolsóig az önkéntesek elkötelezetten és pontosan betartották az együttműködés során kimunkált kereteket. A program kivitelezése idején összesen 25 „Olvasó” jelent meg és 37 olvasás történt. Voltak páros olvasások, illetve egy „Olvasó” több „Élő könyvet” is kölcsönözhetett. Az „Olvasók” érdeklődők voltak, többé-kevésbé tartották az előzetesen megállapított kereteket, lényegi keretszegésből adódó, vagy más jellegű konfliktus nem volt. Bántó, sértő incidens egyáltalán nem történt a beszélgetések folyamán, az olvasói visszajelzések kedvezőek voltak.

MEGBESZÉLÉS

Dobreski és Huang (2016) tanulmányukban leírták, milyen fontos alapelve az „élő könyvtár” módszernek az egymástól való közvetlen tanulás lehetősége, és hogy valódi tudásmegosztó platform lehet az egymást nem, vagy csak hiányosan ismerő társadalmi csoportok között. Hozzáteszik azonban, hogy a módszer pontos működésének mélyebb megértése érdekében további részletes vizsgálatok szükségesek [29]. Kifejezetten mentális betegséggel élőkre vonatkozóan is voltak vizsgálatok az „élő könyvtár” technika kapcsán. Chung és Tse (2022) vizsgálatában egy skizofréniával

élő hölgy és egy bipoláris zavarban szenvedő férfi esetében vizsgálták a metódus hatásait, összehasonlítva egy másik csoport gondolkodásmódjának változásaival, akik azonos időpontban és azonos időtartamban, ám klasszikus, didaktikus oktatásban részesültek a gyakori mentális zavarokat illetően. Mindkét „Élő könyv” két órán keresztül beszélgetett az „Olvasókkal”, majd megmérték mindkét csoport gondolkodásában bekövetkezett változásokat. A vizsgálat szignifikáns változást mutatott az „Olvasók” körében, szemben a didaktikus oktatás által hozott eredményekkel, amely ebben a témában nem bizonyult hatásosnak. Így rámutattak arra, hogy az emberi (élő) könyvtár technika elősegíti a befogadást a megbélyegzés és a társadalmi távolság csökkentésével [30]. Hazánkban a Sziget fesztivál alkalmazta az „élő könyvtár” módszert több egymást követő évben is nagy sikerrel (pl.: 2001, 2002, 2003, 2004, 2005), illetve a Központi Szabó Ervin Könyvtár fennállásának 100. évfordulója alkalmából szervezett hasonló eseményt. A nagy videómegosztó portálokban számos felvétel látható, amelyeken szervezők, valamint a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok tagjai (szendélybetegek, homoszexuálisok, romák stb.) számolnak be az „élő könyvtár” programban szervezett, kizárólag pozitív tapasztalataikról.

A tanulmányunkban bemutatott „élő könyv a könyvtárban” projekt összhangban van a Nemzeti Antistigma Programban leírtakkal. A Nemzeti Antistigma Program (NAP) céljai az edukáció, a személyes megtapasztalás, valamint a láthatóvá tétel, megismerés, továbbá az intézményi destigmatizáció [32]. Projektünk az edukáció célját teljesítette, amint a szakirodalmi elemzés is mutatja, ez a tanulási forma hatékony ismeretátadásra ad lehetőséget (abszolút noninformális módon), szemben a klasszikus didaktikus oktatási módszerrel [25–28]. Ennek a technikának köszönhetően az érdeklődők a saját maguk által megszerzett tapasztalati tudásuk segítségével lesznek képesek valódi értesüléseket magukba építeni a mentális betegekkel való kapcsolatban. Megvalósítottuk továbbá a személyes megtapasztalás lehetőségét és a láthatóvá tételt is. Az intézményi destigmatizáció folyamatát nagyban elősegítette maga a városi könyvtár mint intézmény. Úgy segítette ez a szervezet a destigmatizációs erőfeszítéseinket, hogy nyitvatartási idejében az olvasók számára fenntartott terében adott lehetőséget a projekt fő tevékenységének végrehajtására. A találkozásokat a kölcsönös elfogadás, a tisztelet, az odafigyelés jellemezte, és nem a vélt vagy valós különbözőségek. Így tehát megvalósult a hídépítés, amely kiemelt prioritás volt a projekt teljes folyamata során. Ilyen vagy hasonló akció még nem volt Székesfehérváron, a maga nemében úttörő vállalkozásnak számított.

Az önkéntes „Élő könyvek” egyik nem titkolt célja az volt, hogy a projektben való részvételükkel bátorítsák sorstársaikat arra, hogy merjék felvállalni nehézségeiket, ne zárkózzanak be, mutassák meg magukat a nagyvilágnak. Beszámolóik szerint önhatékonyaság-érzésük sokat javult a felkészülés és a kivitelezés alatt. Jól érezték magukat a beszélgetések folyamán, a jövőben is szívesen részt vennének

hasonló kezdeményezésben. Mind a négy „Élő könyv” egyöntetűen úgy nyilatkozott, érdemes volt részt venni a kezdeményezésben, és érezték saját magukon a beszélgetések okozta lelki felszabadulást, gyógyulást, a pszichoterápiás hatást. A projekt kivitelezésében nagy segítséget nyújtó könyvtárosok is úgy nyilatkoztak, élvezték a programban való részvételt. A sikeres végrehajtás érdekében tett munkahelyi plusz feladatokat nem nehézségként, hanem izgalmas kihívásként élték meg. Jó kapcsolat alakult ki köztük és az önkéntesek között is. Az „Olvasók” részéről is kedvező visszajelzések érkeztek a program zárása után. Közülük számosan valóban a projekt és az „Élő könyvek” által jutottak olyan új információkhoz, amelyekkel saját vagy hozzátartozójuk helyzetét jobbá tudták tenni. Volt olyan „Olvasó”, aki azt mondta, azért jött el, hogy tőlünk tudja meg, mentális tünetekkel bíró hozzátartozóját hová viheti szakemberhez, mert fél az intézményes pszichiátriát körbevelő bizonytalan fátyoltól, hogy vajon mi lesz azokkal, akik oda bekerülnek. Maguk a betegek nyugtatták meg, hogy ott biztosan segítséget kapnak, és nem kell tartani a közbeszédben hallható negatív véleményektől, azok alaptalanok. Többször előfordult, hogy barátságok szövődtek beteg és egészséges között, az egyik „Olvasó” azóta is önkéntes segítő egy alapítványnál. A közösségépítés, az információátadás, a hídépítés és a személyes kapcsolatfelvétel lehetősége egyaránt megvalósult projektünknek köszönhetően.

Belehallgatva az olvasásokba, valamint az önkéntesek beszámolóit alapján elmondható, hogy a projekt nem várt haszna volt az is, hogy a beszélgetésre jelentkező „Olvasók” az önkéntesekhez hasonlóan bizonyos kérdésekben feltárták saját belső világukat, nehézségeiket, ezzel könnyítve saját lelkükön. Egyes esetekben maguk az önkéntesek, az „Élő könyvek” mentek át segítői pozícióba bizonyos beszélgetések alkalmával, ha az „Olvasó” aktuális szükséglete ezt kívánta. Olyan beszélgetés is zajlott, aminek keretében még nem diagnosztizált beteg hozzátartozója azért hallgatta meg az „Élő könyvet”, hogy releváns, de nem szakembertől származó információkhoz jusson a mentális betegséggel élőknél mindennapjait illetően.

Bár tanulmányunkban az objektív mérések elmaradtak, ezek alkalmazását a jövőre nézve saját projektjeinkben, illetve általánosságban is hangsúlyozzuk. Saját tapasztalataink alapján a beszélgetéseket szervező mellett kell egy olyan segítőnek jelen lenni, aki a bemeneti ponton, illetve az „Olvasók” távozásakor lekérdőzéseket végez, valamint aki mentálhigiénés segítőként az önkéntesekkel foglalkozik egy-egy beszélgetés után. A program korlátjaként említhető tehát, hogy bemeneti és kimeneti mérés nem történt. A stigmatizáció csökkentésének méréséhez legalább egy plusz fő segítőnek jelen kellene lennie a könyvtárban. Ha a beszélgetéseket szervező személy fogadja az „Olvasókat”, valamint az egyes olvasások között megkérdezi az önkénteseket a pszichés aktuális állapotukról, akkor nincs lehetőség az olvasást befejezők interjúztatására, esetleges kérdőívfelvételre.

KÖVETKEZTETÉS

Az „Élő könyv a könyvtárban” projektünk megvalósítása során azt tapasztaltuk, hogy a módszer működőképes, és a társadalmi érzékenyítés fontos és hatásos eszköze. A Lelki Egészség Világnapja, azaz minden év október 10-e jó alkalom lenne arra, hogy egy-egy ilyen esemény kapcsán a mentális betegséggel élőkre irányítsa a közvélemény figyelmét.

A projekt értékelése során több jövőbeli fejlesztési irányt azonosítottunk. Az antistigma hatás pontos méréséhez szükséges egy mérőeszköz, valamint javasolt a programra történő előzetes regisztráció. Így lehetővé válik, hogy csakis azok olvashassanak, akik előre regisztráltak, illetve a regisztráltaknál pontosan mérni lehetne a gondolkodásbeli változás mértékét. Esetünkben azonban ehhez a helyszín nem járult hozzá, ragaszkodtak a spontán beszélgetések lehetőségéhez, ami az alacsony előzetes jelentkezések ismeretében utólag jó döntésnek bizonyult. Másrészt a jövőben érdemes lenne az „Olvasók” körében életkori alsó határt húzni. Projektünkben volt olyan érdeklődő, aki 16 éves lányával együtt páros olvasást szeretett volna. A találkozást a jelenlévő mentálhigiénés szakember fokozottabb odafigyeléssel követte, végül jó élménnyel zárult a beszélgetés, minden résztvevő irányából. Harmadrészt, a beszélgetések várható következményeit illetően nem számoltunk az „Olvasók” mentálhigiénéjének lehetséges elmozdításával. Ezért a későbbiekben erre előzetesen készülni érdemes, a betegutat segítő. Szintén nem számoltunk az „Olvasók” olyan típusú igényeivel a „olvasásokat” követően, hogy önfeltárás lehetőségét kérik az „Olvasók” a jelenlévő mentálhigiénés szakembertől, vagy akár iránymutatást a

betegutak közötti eligazodásban a saját pszichés nehézségeik megoldása érdekében.

Projektünk során összességében minden résztvevő, legyen az önkéntes „Élő könyv”, „Olvasó” vagy szervező, pozitív tapasztalatokkal és élményekkel lett gazdagabb az „Élő könyvtár” programban való részvétel által. Az antistigmatizációs hatást ugyan nem mértük, azonban a téma mit sem veszített aktualitásából, össztársadalmi jelentőségéből. Mindezek miatt érdemes hasonló projektek tervezése az „Élő könyvtár” módszerrel, valamint kiterjesztése és adaptálása más betegcsoportokra.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A projekt támogatásáért és a kezdeményezés befogadásáért ezúton is köszönetet mondunk a Vörösmarty Mihály Könyvtár akkori igazgatójának, Buriánné Tarró Edit Erzsébetnek, valamint Papné Gál Gyöngyi és Kleer Ivett könyvtárosoknak. Szintén köszönet illeti az Egyensúlyunkért Alapítvány teljes munkatársi közösségét, akik az önkéntesek felkeresését végezték, és a kezdeményezésben való részvételüket bátorították. Kiemelt elismerés jár a négy fő önkéntesnek, akik minden nehézség ellenére kitartottak a kezdeményezésben való részvétel mellett. Nem félve az esetleges negatív következményektől, felvállalták személyes élettörténetüket, betegségüket, szenvedéseiket minden, számukra idegen „Olvasó” előtt. Ez óriási bátorságra mutat rá, és olyan belső szilárdságra, amely az egészséges pszichével élő egyéneknek sem feltétlenül mindennapos. Mindnyáján leküzdötték a betegségük adta korlátokat, túlléptek annak árnyékán. A projektmenedzser számára is örök emlék marad a velük való együtt munkálkodás egész folyamata.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] World Health Organization (WHO). Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> Published June 17, 2022. (Megtekintve: 2023.10.22.)
- [2] European Commission. Green Paper: Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf Published October 14, 2005. (Megtekintve: 2025.03.05.)
- [3] Katolikus Lexikon <http://lexikon.katolikus.hu/S/stigma.html> (Megtekintve: 2023.10.16.)
- [4] Löwi I. A stigmatizáció hatása a társadalmi szerepváltozásokra. *Hadtudományi Szemle*. 2018;11(1):208–224. <https://folyoirat.ludovika.hu/index.php/hsz/article/view/4766/3873> (Megtekintve: 2025.03.02.)
- [5] Goffman E. Stigma és szociális identitás. In: Erős F. (szerk.) *Megismerés, előítélet, identitás*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó; 1998:263–296.
- [6] Közzszolgálati Online Lexikon. 2025. <https://lexikon.uni-nke.hu/szocikk/eloitelet/> (Megtekintve: 2025.03.02.)
- [7] Jones EE, Farina A, Hastorf AH. et al. *Stigma: The psychology of marked relationships*. New York, NY: Freeman and Company; 1984. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137
- [8] Cohen AS, McGovern JE, Dinzeo TJ. et al. Speech deficits in serious mental illness: A cognitive resource issue?, *Schizophr Res*. 2014;160(1–3):173–179, doi:10.1016/j.schres.2014.10.032
- [9] Nieradzik K, Cochrane R. Public attitudes towards mental illness—the effects of behaviour, roles and psychiatric labels. *Int J Soc Psychiatry*. 1985;31(1):23–33. doi:10.1177/002076408503100103
- [10] Végh J. Szégyenbélyegek: Folyamatábrák a stigmatizációról a börtön szégyenbélyegétől a szégyenbélyeg börtönéig. *Mécses Szeretszolgálat Magyar Börtönpasztorációs Társaság*. 1998.
- [11] Gönczöl K. *Bűnös szegények*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Kiadó; 1991.

- [12] Mendoza MA. Schizophrenia: What it is and is not. *Psychology Today*. 2022. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/understanding-the-er/202202/schizophrenia-what-it-is-and-is-not> (Megtekintve: 2025.07.27.)
- [13] Hastall M, Röhm A, Kotarski C. et al. Exemplification and stigmatization: how news stories affect stigma-related attitudes, emotional reactions, and behavioral intentions towards students with a disability. *Front Commun*. 2024;9:1363–367. doi:10.3389/fcomm.2024.1363367
- [14] Ács A, Mészáros J, Balogh Z. Egészségügyi szakdolgozók mentális zavarokkal kapcsolatos ismereteinek és a betegekkel szembeni attitűdjének vizsgálata. *Orv Hetil*. 2020;161(2):56–66. doi:10.1556/650.2020.31577
- [15] Kovács J. Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.; 2006.
- [16] Tan GTH, Shahwan S, Goh CMJ. et al. Mental illness stigma's reasons and determinants (MISRead) among Singapore's lay public – a qualitative inquiry. *BMC Psychiatry*. 2020;20:422. doi:10.1186/s12888-020-02823-6
- [17] Huggard L, O'Connor C. How does the public understand the causes of mental disorders? An analysis of Irish news media before and during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2023;18(4):e0284095. doi:10.1371/journal.pone.0284095
- [18] Baran B, Gazdag G. A szkizofrénia és a bűnelkövetés kapcsolata. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. 2011;13(4):257–261. doi:10.5706/nph201112010
- [19] Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002;9(1):35–53. doi:10.1093/clipsy.9.1.35
- [20] Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*. 2012;57(8):464–469. doi:10.1177/070674371205700804
- [21] Ponte K. NAMI Blogs. National Alliance on Mental Illness: <https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/February-2021/The-Many-Impacts-of-Self-Stigma>. 2021. (Megtekintve: 2023.10.23.)
- [22] Bakonyi P. Téboly Terápia Stigma. Budapest: Szépirodalmi Könyvkiadó; 1983.
- [23] Hajnóczy P. A halál kilovagolt Perzsiából. Helikon Kiadó; 2020; pp.163–346.
- [24] József A. Szabad-ötletek jegyzése. Budapest: Atlantis Könyvkiadó; 1997.
- [25] Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *Am J Psychiatr Rehab*. 2010;13(2):73–93. doi:10.1080/15487761003756860
- [26] Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*. 1999; 54(9):765–776. doi:10.1037//0003-066x.54.9.765
- [27] Council of Europe. Youth. <https://www.coe.int/en/web/youth/living-library> (Megtekintve: 2023.10.22.)
- [28] Living Library. 2023. <https://livinglibrary.nl/research> (Megtekintve: 2023.10.22.)
- [29] Dobreski B, Huang Y. The joy of being a book: Benefits of participation in the human library. *Proceedings of the Association for Information Science and Technology*. 2016;53(1):1–3. doi:10.1002/pra2.2016.14505301139
- [30] Chung EYH, Tse TTO. Effect of human library intervention on mental health literacy: A multigroup pretest–post-test study. *BMC Psychiatry* 2022;22(1):73. doi:10.1186/s12888-022-03725-5
- [31] Bánki E, Horváth É, Marczali F. et al. Bevezető. Nyitott könyvek, nyitott olvasók – Kézikönyv az Iskolai Élő Könyvtár módszertanához. Budapest: Európa Tanács. 2016; pp.5–7.
- [32] Vajsz K, Horváth M, Simon L. et al. Stigmatizáció és időskori mentális betegségek. *Esély Társadalom-, és szociálpolitikai folyóirat*. 2021;32(1):3–19. doi:10.48007/esely.2021.1.1

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Szijj Levente 2016-ban a Debreceni Egyetemen okleveles rehabilitációs szakember végzettséget szerzett. Pszichiátriai rehabilitáció témában megtartott Tudományos Diákköri előadását a szakmai bírálóbizottság különdíjjal ismerte el. 2024-ben a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központban egészségügyi menedzser mesterdiplomát szerzett. 2016 szeptembere óta a székesfehérvári Ybl Miklós Szakgimnázium, Szakképző Iskola és Technikum óraadó szakoktatója az egészségügyi és szociális képzési területen.



Lengyel Livia 1998-ban közgazdász, majd 2000-ben marketingkommunikációs szakközgazdász diplomát szerzett. 2022-ben végzett a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ egészségügyi menedzser mesterképzésén. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Doktori Iskola doktorjelöltje. Közel két évtizede tevékenykedik a hazai privát egészségügyben, emellett részt vesz az SE EMK és a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság szakmai munkájában.

1. számú melléklet – Felkészítő anyagok

Az „**Élő Könyv a könyvtárban**” projekt célja a pszichiátriai betegeket sújtó társadalmi kirekesztés, megbélyegzés csökkentése. Ennek eszköze a szélesebb társadalmi rétegek első kézből való informálása, a betegekkel való érintkezési lehetőség megteremtése. Az Élő Könyvek olvasóinak saját pozitív élményeinek hatásától várjuk a megbélyegzés mértékének csökkenését.

Mi az élő könyv? Az Élő Könyv a mentális betegséggel élő ember, akit a könyvtárban ki lehet kölcsönözni. Ez azt jelenti, hogy a könyvtárba érkező személy, ha akarja, beszélgethet vele. Ez a beszélgetés történhet a betegségről, az ezzel kapcsolatos élményekről, a betegek mindennapjairól, nehézségeiről. Lényegében személyes kapcsolatfelvétel, amelynek konkrét célja a pszichiátriai betegek valódi megismerése. A könyvek és az olvasók találkozásai spontán módon és bizalmas közegben zajlanak. Az élő könyvtár a személyes találkozás és beszélgetés eszközével igyekszik mérsékelni az előítéleteket és az ezekből fakadó kirekesztést.

A következő instrukciókat minden könyvtári jelenlét alkalmával szem előtt kell tartani:

- Egy kölcsönzés maximális hossza 30 perc lehet, és utána maximum 15 perc kérdezz-felek lehetőség. Fontos, hogy több érdeklődő is sorra kerülhessen, és hogy a beszélgetések minél tömörebbek, strukturáltabbak legyenek.
- Nyíltan és őszintén beszéljen, és hallgassa meg az olvasót.
- Ha túl intímek a kérdések, mondhatja, hogy nem akar válaszolni!
- Fel kell készülni arra, hogy sokszor kell ismételni magát, hiszen különböző olvasók egymás után feltehetik ugyanazokat a kérdéseket.
- Előfordulhat, hogy az olvasó tájékozatlan, vagy valamilyen oknál fogva verbálisan agresszív lesz, és/vagy az Élő Könyvet akarja felelősségre vonni különféle társadalmi problémákért. Higgadtnak és megértőnek kell maradni, miközben, ha szükséges, eltérő véleményt kifejezhet. A beszélgetést olyan irányba kell terelni, ahol biztonságban érzi magát.
- Az olvasók motivációja nagyon eltérő lehet; kíváncsiak lehetnek, vagy személyes tanácsra van szükségük. Nem szabad elfelejteni, hogy az olvasóknak maguknak kell döntést hozniuk a saját életükről, az Élő Könyv csak megoszthatja velük egyéni tapasztalatait arról, miként oldott meg problémákat vagy kezelt nehéz helyzeteket.
- A beszélgetések tartalma bizalmas.
- Elképzelhető, hogy egyszerre két személy kölcsönözi ki az Élő Könyvet. Ez érdekes lehet, hiszen így még változatosabb lesz a beszélgetés.
- Ha pihenésre van szükség, különösen egy bonyolult beszélgetést követően, kérhet szünetet.

- Ha a megfelelő szellemben közelítik meg, nagyon érdekes és gazdagító élmény lesz mind az Élő Könyvnek, mind az olvasónak, és a projekt legfőbb célkitűzése éppen ez!

Minden egyes Élő Könyvnek és olvasónak be kell tartania azt a szabályt, hogy a beszélgetés a tartalomjegyzék elemeit érintheti csak.

Az Élő Könyvek tartalomjegyzéke:

- Előszó: bemutatkozás, a betegségről röviden, egy helyzetkép, itt és most
- 1. fejezet: Miként élek együtt a diagnózissal? A sötétség: a legnehezebb korszakom
- 2. fejezet: Életutam (család, lent és fent az életben)
- 3. fejezet: Amiben kiteljesedtem, amiben igazán jónak érzem magam

(Megjegyzés: Az egyes fejezeteken belül minden élő könyv a maga igényei, érzései, szükségletei szerint töltheti meg tartalommal a tartalomjegyzéket. Így lesz egyéni, személyre szabott az „olvasnivaló”, mégis jól követhető.)

Könyvtárosok felkészítése

A könyvtárosok a könyvtár szívének jelentik, elsődleges feladatuk a kölcsönzések lebonyolítása. Ők kapcsolják össze az olvasókat az Élő Könyvekkel: velük találkozik először az olvasó. Türelmesen kell dolgozniuk és kommunikálniuk mind az Élő Könyvekkel, mind az olvasókkal az esetleges hosszadalmas fontolgatás során. Ilyen esetben bátorítsák az érdeklődőket, hiszen egy teljesen ártalmatlan, kontrollált körülmények közötti (meghatározott hely és időkorlát), kötetlen beszélgetésről van szó, amelynek legfőbb célja a kölcsönös élményszerzés.

A könyvtárosoknak fontos szerepe van a tájékoztatásban is: ők segítenek az olvasóknak abban, hogy megértsék a program koncepcióját és szabályait, és betartassák az Élő Könyvekre vonatkozó szabályokat, mindkét résztvevő tekintetében. Közvetlen kapcsolatban vannak a projektmenedzserrel is.

Olvasók felkészítése

Minden Élő Könyv tartalomjegyzéke azonos felépítésű, azonban annak szövege tökéletesen egyedi, az adott Élő Könyv által létrehozott. Amikor az Élő Könyv kimondja a „VÉGE” szót, akkor ér véget az általa elmondani kívánt szöveg. Az Élő Könyv maximum 30 percen mondja el a tartalomjegyzék egyedi szövegét, majd maximum 15 perc kérdezz-felelek beszélgetésre van lehetőség a könyv és az olvasó között. Így egy olvasás időtartama maximálisan 45 perc lehet.

ÉLŐ KÖNYVEK

AZ ELŐÍTÉLETEK ÉS A STIGMATIZÁCIÓ ELLEN

| BESZÉLGETÉS MENTÁLIS BETEGSÉGGEL ÉLŐKKEL |

2023. OKTÓBER 24. – NOVEMBER 11.

KEDDTŐL PÉNTEKIG: 15:00 - 18:00 SZOMBAT: 9:00 - 15:45

**VÖRÖSMARTY MIHÁLY KÖNYVTÁR, FELNŐTT KÖLCSÖNZŐ
(SZÉKESFEHÉRVÁR, BARTÓK BÉLA TÉR 1.)**

További információ és időpontfoglalás: Szijj Levente | szlevente1@gmail.com
Tel: 30/ 558 3924 | Hétköznapokon 8:00-15:00 között hívható



EMK
Egyenlő Esélyű
Központ

VÖRÖSMARTY
MIHÁLY
KÖNYVTÁR

EGYENSÜLYUNKÉRT
ALAPÍTVÁNY

3. számú melléklet
Az egyéni könyvborítók



Az alapellátásban alkalmazható dohányzásról leszokást támogató intervenciók hasznossága: narratív szakirodalmi áttekintés

The effectiveness of smoking cessation interventions in primary care: a narrative review

Terebessy András^{1,2} ✉, Pénzes Melinda^{2,3}

¹Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Megelőző Orvostani és Népegészségtani Intézet

²Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

³Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar Népegészségtani Intézet

✉ terebessy.andras@semmelweis.hu

Háttér: Magyarországon a dohányzás visszaszorításával jelentős egészségnyereség és egészségügyi költségmegtakarítás lenne elérhető, az éves halálesetek 21%-a köthető valamilyen módon ehhez az életmódi tényezőhöz. Az egészségügyi rendszeren belül egészségfejlesztési tevékenységek és dohányzásellenes intervenciók leginkább az alapellátásban valósíthatók meg. Az ilyen beavatkozások költséghatékonyságáról szóló részletesebb magyar nyelvű elemzés ismereteink szerint még nem jelent meg.

Módszer: Kutatásunk során a PUBMED és az EMBASE adatbázisokban 2010 és 2023 között megjelent közleményeket tekintettük át. Olyan publikációkat válogattunk be a mintánkba, amelyek alapellátásban végezhető dohányzásellenes intervenciókat mutattak be, és amelyeknek a szerzők a költséghatékonyságát elemezték.

Eredmények: A szűrési folyamat során 14 releváns tanulmányt választottunk ki a végleges mintába. A közlemények között szerepelnek modellszámítások, valamint randomizált vizsgálatok eredményére támaszkodó elemzések is. A beavatkozások között szerepel rövid intervenció, internet alapú beavatkozás, telefonos leszokás támogatás, nikotinpótló kezelés, citizin terápia. A célpopuláció többnyire általában a dohányzó személyek köre volt, de egyes tanulmányok speciális csoportokat vizsgáltak.

Következtetések: Az elemzésünkbe bevont közleményekben bemutatott beavatkozások többsége megfelel a költséghatékonyság kívánalmainak. Adaptálásuk a hazai egészségügyi rendszerre komoly munkát igényel, de jól kiválasztott intervenciókkal viszonylag kevés erőforrással, érdemi egészségnyereséget lehetne elérni.

Kulcsszavak: dohányzás, költséghatékonyság, alapellátás, intervenció

Background: In Hungary, reducing smoking could lead to significant health gains and cost savings, as 21% of deaths are linked to this lifestyle risk factor. Health promotion activities and anti-smoking interventions can be implemented in primary care within the healthcare system. To our knowledge, a detailed Hungarian analysis on the cost-effectiveness of anti-smoking interventions has not yet been published.

Method: Our research involved examining publications in the PUBMED and EMBASE databases from 2010 to 2023. We included studies that presented anti-smoking interventions in primary care and analyzed their cost-effectiveness.

Results: After the screening process, we selected 14 relevant studies for the final sample. The publications included model calculations and analyses based on the results of randomized trials. The interventions included brief interventions, internet-based interventions, quitline use, nicotine replacement therapy, and cytisine therapy. The target population was mostly smokers, but some studies examined specific groups.

Conclusions: Most of the interventions presented in our analysis meet the criteria for cost-effectiveness. Adapting them to the Hungarian healthcare system requires significant work, but with well-chosen interventions, substantial health gains could be achieved with relatively few resources.

Keywords: smoking, cost-effectiveness, primary care, intervention

BEVEZETÉS

Magyarországon a halálesetek mintegy fele az életmódbeli kockázati tényezőknek tulajdonítható [1]. Joó és mtsai (2024) tanulmányukban a munkaképes korú népesség (30–64 évesek) közvetlen és közvetett kiadásainak összegét 3425 milliárd Ft-ra becsülték, amelynek jelentős része az egészségtelen életmódból fakad [2]. A szerhasználatból járó egészségkárosító magatartásformák közül hazánkban a dohányzás és az alkoholfogyasztás legális, ebből a dohányzás az összes haláleset 21%-ért volt felelős [1]. A helyzet bármilyen mértékű, kedvező irányba történő változtatásával a magyar lakosság számára egészségnyereség érhető el. Ez utóbbit igen gyakran életminőséggel korrigált életévben (QALY, Quality-Adjusted Life Years) mérik, számítása során a várható éveket az életminőséggel súlyozzák [3].

Egy adott egészségügyi intervenció költségeinek meghatározását követően kiszámítható az inkrementális költséghatékonysági ráta (ICER, Incremental Cost-Effectiveness Ratio), mely az egyik leggyakrabban használt módszer a költ-

séghatékonyság meghatározására [4]. Az ICER megmutatja, hogy két egészségügyi technológia összehasonlítása során egy egységnyi egészségnyereség adott időtáv alatt történő elérésének mekkora a határkölsége. Az ICER számítása a következő:

$$ICER = \frac{C2 - C1}{B2 - B1}$$

A C2 az új terápia, a C1 pedig a jelenleg alkalmazott standard terápia költségeit jelöli, a B1 és a B2 pedig a standard és az új terápia hasznosságait jelöli [5]. Az ICER értékét utána az adott országban alkalmazott ún. költséghatékonysági küszöbhez viszonyítják. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO, World Health Organization) ajánlása az, hogy alapesetben az egy főre jutó bruttó hazai össztermék (GDP, gross domestic product) háromszorosa legyen a küszöbösszeg, ez Magyarországon a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) által közzétett (2023-as) adatok szerint kb. 23,5 millió forint. A publikusan elérhető adatokból ugyanakkor az olvasható ki, hogy a világ országai küszöbösszeg tekintetében nem feltétlenül követik a WHO ajánlásait, más szempontokat is figyelembe vesznek [6]. A hazai egészség-gazdaságtani irányelv is így tesz, az ICER mellett figyelembe veszi az ún. többlet-egészségnyereség mutatót (TEM). Meg kell határozni a komparátor („rég”) és a vizsgált („új”) egészségügyi technológia révén nyerhető diszkontált QALY arányát az alábbiak szerint:

$$\text{többlet-egészségnyereség mutató (TEM)} = \frac{QALY_{\text{vizsgált}} - QALY_{\text{komparátor}}}{QALY_{\text{vizsgált}}}$$

A TEM 0 és 1 közötti értéket vehet fel. Minél nagyobb az érték, annál nagyobb egészségnyereség érhető el az új technológiának köszönhetően. Amennyiben a TEM értéke 0,00–0,25 közé esik, a küszöbérték az egy főre jutó GDP másfélszerese, ha 0,25–0,60 közé esik, úgy a küszöbérték az egy főre jutó GDP kétszerese, és ha a TEM értéke 0,60–1,00 közé esik, úgy a küszöbérték az egy főre jutó GDP háromszorosa [7].

A dohányzás visszaszorításával az egészségnyereség mellett feltehetőleg komoly egészségügyi költségmegtakarítás is elérhető lenne. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) adatai szerint 2010-ben nagyságrendileg 360 milliárd forintot tettek ki a dohányzásból származó bevételek, míg a kiadási oldalon (a társadalmi terhek) pedig 441 milliárd forintos tétel állt. Egy korábbi elemzés szerint a helyzet ennél sokkal rosszabb. Gresz és munkatársai úgy számoltak, hogy Magyarországon a dohányzásból származó jövedelmek 2007-ben meghaladták a 325 milliárd forintot, a dohányzás okozta betegségek közvetlen költségei pedig 174,6 milliárd forintba kerültek az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak (OEP) [8]. Ehhez hozzászámítva a dohányzás miatt táppénzen töltött időt és a korábbi halálozás miatt kieső munkaidőre jutó GDP-veszteséget, akkor évente összesen 864,4 milliárd forint költséget kapunk. Ez utóbbi érték a 2007–2024 közötti időszak jegybanki alapkamatát figyelembe véve jelenértéken akár az 1675 milliárd forint éves költséget is elérheti.

Az egészségfejlesztő tevékenység az egészségügyön belül leginkább talán az alapellátástól lenne elvárható. A WHO „primary health care” (PHC) alatt a jelenlegi egészségügyi alapellátásnál szélesebb kört ért, úgy mint

- a) az egészségügyi rendszer alapellátását és az alapvető népegészségügyi funkciókat;
- b) multiszektoralis politikát és akciókat;
- c) önérték megvalósítására képessé tett embereket és közösségeket [9].

Már az 1978-as Alma-Atai Deklaráció [10] is az alapellátás fontosságát hangsúlyozta, illetve az 1986-os Ottawai Karta [11] lefektette az egészségfejlesztés alapelveit, kimondva, hogy szükséges az egészségügyi rendszer preventív szemléletének hangsúlyozása a gyógyító tevékenység mellett. Hazánkban a fenti dokumentumokban leírtaknak megfelelően létrejöttek az Egészségfejlesztési Irodák (EFI-k), majd az alapellátásban kialakult a praxisközlösségi rendszer. Ez utóbbi tagjainak ún. prevenciók rendelést is kell tartania, ahol a háziorvos páciensei számára egészségi állapotfelmérést, védőoltást, szűrést és egészségtanácsadást végez [12].

A prevenciók rendelésről nemrégiben szakmai irányelv is megjelent [13]. Az irányelv kimondja, hogy „a dohányzásról való leszokás költséghatékonyságára és a leszokás eredményeként az egészségügyi kiadások csökkenésére vonatkozó bizonyítékok határozottan azt mutatják, hogy a dohányzás abbahagyását célzó intézkedéseket az egész egészségügyi rendszerben végre kellene hajtani. Az egyes intézkedések kiválasztása a megvalósíthatóságtól és a finanszírozási lehetőségektől függhetnek”.

Az alapellátásban akár komplexebb tevékenységek is kivitelezhetők (pl. több alkalmas egyéni vagy csoportos leszokástámogatás), de jellemzőbb a központi programok támogatása (pl. mammográfia mozgósítás), illetve az ún. minimálintervenciók. A minimálintervenció olyan célzott, alacsony intenzitású beavatkozások alkalmazását jelenti, amelyek egyszerűek, de hatásosak. Rövid intervenció során egy egészségügyi szakember rövid, strukturált tanácsadás keretében felhívhatja a beteg figyelmét a szokásai egészségügyi következményeire, és praktikus, elérhető változtatásokat javasolhat. A beavatkozás kiegészülhet írásos anyagokkal, digitális eszközökkel, például mobilalkalmazásokkal. Mindezt az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) a praxisközlösségekben elszámolható szakmai tevékenységekként tartja nyilván [13]. A dohányzás elleni küzdelemnek hazánkban ezen a területen komoly hagyományai vannak. 2012-ben kezdte meg működését az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben az Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ. A Központ ad otthont 2012-től a mai napig aktívan működő telefonos leszokástámogató tanácsadás szolgáltatásnak. Itt történik a leszokástámogató szakemberek képzése is, ahol elméleti tudásátadás és gyakorlatorientált tréning is zajlik [14]. Bár volt erre törekvés, igazi országos hálózat a dohányzásleszokást támogató szakemberekből nem épült ki, a kiképzett szakemberek szigetszerűen, a tüdőgondozókban, háziorvosi praxisekban, illetve az EFI-kben, néhol pedig

magánellátásban tevékenykednek. A kiváló kezdeményezésnek új lendületet adhat a praxisközösségi rendszer, de ennek megtámogatásához előzetes elemzések szükségesek.

CÉLKITŰZÉS

Kutatásunkkal a nemzetközi szakirodalomban rendelkezésre álló közlemények áttekintésével az alapellátásban esetlegesen végrehajtható, dohányzásról való leszokást támogató beavatkozások költséghatékonysági elemzését próbáljuk meg előmozdítani. Tudomásunk szerint ilyen irányú, átfogó elemzés magyar nyelven még nem jelent meg.

ANYAG ÉS MÓDSZER

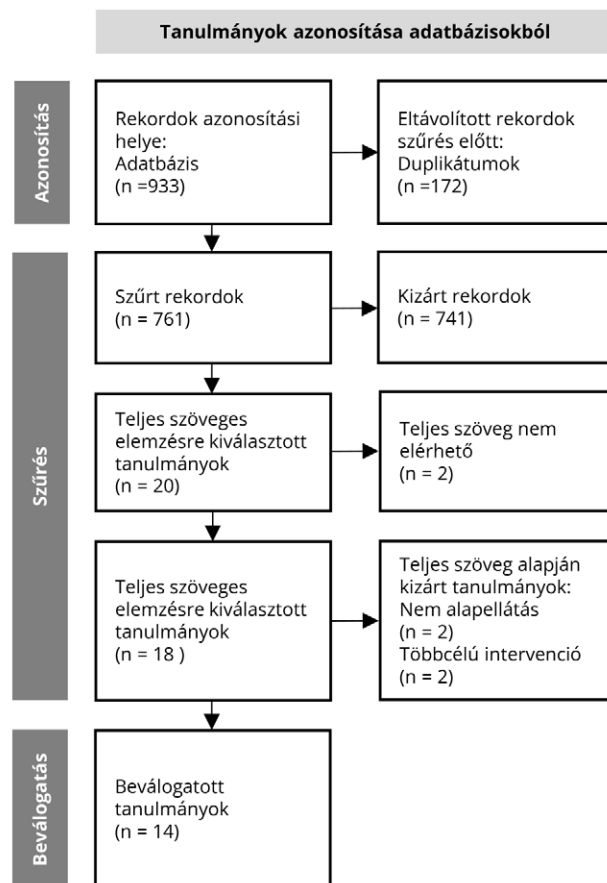
A leszokástámogató intervenciók értékelése érdekében ún. narratív szakirodalmi áttekintő elemzést (narrative review) végeztünk. A PUBMED és az EMBASE adatbázisban áttekintettük azokat a 2010 és 2023 között megjelent eredeti közleményeket, amelyek dohányzásleszokást támogató kutatásokat ismertettek. Az adatbázisokban olyan tudományos folyóiratcikkekre kerestünk, amelyeknek kulcsszavai között, absztraktjában vagy címében szerepelt a dohányzás, az alapellátás, az intervenció és a költséghatékonyság. Az adatbázisokban az alábbi keresőkulcsot használtuk: „('smoking'/exp OR 'smoking' OR 'tobacco use'/exp OR 'tobacco use' OR 'nicotine dependence'/exp OR 'nicotine dependence') AND ('intervention'/exp OR 'brief intervention' OR 'brief counseling' OR 'brief counselling' OR 'brief advice'/exp OR 'brief advice' OR 'smoking cessation'/exp OR 'smoking cessation') AND ('cost effectiveness'/exp OR 'cost effectiveness' OR 'economic evaluation'/exp OR 'economic evaluation' OR 'cost-benefit analysis'/exp OR 'cost-benefit analysis' OR 'health economics'/exp OR 'health economics') AND ('primary care'/exp OR 'primary care' OR 'primary health care'/exp OR 'primary health care' OR 'general practice'/exp OR 'general practice' OR 'family medicine'/exp OR 'family medicine') AND [2010-2023]/py”.

Azonosítás, szűrés és publikációk bevonása

A keresés során összesen 933 rekordot találtunk. A duplikátumok törlése után 761 elem maradt. A címek és az absztraktok áttekintésével kiválasztottuk a relevánsnak ítélt rekordokat. A tanulmányokat akkor vontuk be, ha: (1) 2010 és 2023 között publikálták őket szakmailag lektorált folyóiratokban; (2) eredeti kutatási eredményeket bemutató közlemények voltak; (3) kizárólag leszokástámogató intervenciók eredményével vagy lehetséges megvalósításával (modellezésével) foglalkoztak; (4) tartalmaztak költséghatékonysági elemzést és (5) az alapellátásban hajtották őket végre, vagy úgy ítéltük meg, hogy az intervenció az alapellátás szintjén is végrehajtható lett volna.

A fentiek alapján a teljes mintából 741 közlemény került kizárára. A megmaradt 20 elemből 18 tanulmány teljes szövege volt elérhető, ezek kerültek letöltésre és teljes átolvasásra. Két közleményt ezek közül azért zártunk ki, mert az

intervenció nem alapellátásban történt, kettőt pedig azért, mert nem célzott, hanem komplex (többcélú) beavatkozást mutatott be, így a költséghatékonyság összehasonlító elemzése nem lett volna értelmezhető. Végeredményként 14 tanulmány került a végleges mintába. A közlemények kiválasztásának folyamatát az 1. ábra mutatja.



1. ábra
Az elemzésbe bevont közlemények kiválasztásának folyamata (saját szerkesztés)

EREDMÉNYEK

Az áttekintésbe bevont tizennégy közlemény közül 6 cikk amerikai, 3 spanyolországi, 2-2 angliai és hollandiai, valamint egy bangladesi-pakisztáni tanulmány volt. A közlemények között szerepelnek modellszámítások, valamint randomizált vizsgálatok eredményére támaszkodó elemzések is. A beavatkozások között szerepel rövid intervenció, internet alapú beavatkozás, telefonos leszokástámogatás, nikotinpótló kezelés és citizin terápia. A célpopulációban többnyire dohányzó személyek voltak, de egyes tanulmányok speciális csoportokat vizsgáltak.

Komplex dohányzásról leszokást támogató beavatkozás (1 közlemény)

Mundt és munkatársai pragmatikus vizsgálattal egy elektronikus egészségügyi nyilvántartás rekordjait (EHR, electronic health records) elemezték. Létrehoztak egy ún. dohányos

regisztrert, amely automatizált telefonhívásokkal motiválta a résztvevőket arra, hogy keressék fel háziorvosukat vagy egy dohányzásról leszokást támogató szakembert. 10 683 páciens adatait elemezték 2017 és 2020 között. A dohányzásról leszokás aránya 1,3%-ról 8,7%-ra nőtt a beavatkozás előtti és utáni időszakban. Az ICER 628 dollár (95%CI: 568–695) volt a dohányzásról leszokó személyenként, és 905 dollár (95%CI: 822–1001) QALY-ra vetítve, ami a szerzők szerint megfelel az egészségügyi költséghatékonysági küszöbértékeknek [15].

Speciális célcsoportok támogatása (2 közlemény)

Avsar és munkatársai dohányzó kismamák várandósság alatti leszokástámogatásának lehetséges eredményeit elemezték modellvizsgálatban. A beavatkozásba beletartozott egy kezdő alkalom (minimálintervenció) a terhesgondozás során, egy tájékoztató füzet, anyagi ösztönzők és otthoni vizitek is. Arra jutottak, hogy egy ilyen jellegű beavatkozás 13 magzat elvesztését akadályozhatja meg és 43 esetben dohányzásról leszokást eredményezhet, 1000 dohányzó várandósra vetítve. Az egységnyi költség 363 angol font volt (95%CI: 29–672) 0,44 QALY nyereségre (95%CI: 0,32–0,53) [16].

Drouin és munkatársai egy passzív dohányzás elleni kezdeményezés költséghatékonyságát vizsgálták. A programban a gyermekorvosi alapellátásban szűrték a szülői dohányhasználatot, valamint leszokási segítségnyújtást kínáltak (tanácsadást, illetve szöveges üzenetküldéssel, sms-sel meg támogatott tanácsadást). A hatást két méréssel becsülték: (1) a dohányzásprevalencia változása önbevallás alapján az intervenció után 2 héttel, illetve a 2 éves nyomonkövetés során és (2) kotininvizsgálattal megerősített dohányzásról való leszokás az elmúlt 2 évben a nyomonkövetés során (a nikotin nagyobb része kotininé alakul, ami a vérben, vizeletben, nyálban és a hajban is megtalálható, ezáltal a dohányzás ténye akár egy héttel később is kimutatható). A program leszokásra jutó többletköltsége a hagyományos ellátással összehasonlítva 1132 dollár (95%CI: 653–3603) volt önbevallás, és 762 dollár (95%CI: 418–2883) a kotininall megerősített leszokástámogatás alapján [17].

Gyógyszeres beavatkozások (3 közlemény)

Chen és munkatársai leszokni vágyó dohányosok számára két héten keresztül díjmentesen biztosított nikotinpótló kezelés lehetséges eredményeit elemezték modellvizsgálatukban. A két hétig tartó nikotinpótló kezelés költsége 75 dollár volt, ami számításaik szerint 1065 dollár egészségügyi megtakarítást eredményezett. A QALY-mutatót és a várható élettartamot (életévben mérve) ugyanakkor a beavatkozás csak 0,01-dal növelte [18].

Li és munkatársai leszokási eredményességet elemezték Bangladesben és Pakisztánban olyan pácienseknél, akiknél a vizsgálat előtti 4 hétben tüdő TBC-t diagnosztizáltak és naponta dohányoztak (n=2472). Az összes résztvevő két rövid tanácsadást kapott, de a beavatkozási csoport résztve-

vői (n=1239) citizint is kaptak (25 napos kezelés), míg a kontrollcsoport tagjai (n=1233) placebo-t kaptak. Az életminőség értékelésére EQ-5D kérdőívet töltettek ki a kiinduláskor, majd a 6 hónapos és 12 hónapos utánkövetéskor a QALY-t ebből származtatták (az EQ-5D általános, azaz bármely betegség esetében alkalmazható, életminőséget mérő kérdőív). Az átlagos teljes költségek 57,74 dollárral (95%CI: 49,40–83,36) magasabbak voltak a citizin csoportban, mint a placebo csoportban, míg az átlagos QALY 0,001-el (95%CI: -0,004–0,002) alacsonyabbnak bizonyult. Nem találtak szignifikáns különbséget a két csoport között a 6 hónapos absztinencia tekintetében sem [19].

Krupski és munkatársai kvázi-kísérleti elrendezésben a leszokási arányokat elemezték a New York State Smokers' Quitline (NYSSQL)-hoz forduló, napi 1–9 cigarettát elszívó enyhe függőségű dohányosok körében. Először a leszokásvonalat hívó dohányosok (n=672) sikerességét vizsgálták, majd a második körben telefonálók (n=693) kéthetes nikotinpótló kezelést (NRT, nicotine replacement therapy) ajánlottak. Az eredménymutatók között az önbevalláson alapuló 7 és 30 napos absztinencia aránya és a leszokási költségek elemzése szerepelt. A szerzők magasabb leszokási arányokat tapasztaltak azok körében, akik NRT-t is kaptak, szemben azokkal, akik csak telefonos tanácsadásban részesültek. A különbség szignifikáns volt mind a 7 (33,0% vs. 27,2%;), mind a 30 napos (28,0% vs. 21,9%) időszakokban. A dohányzóknak nyújtott ingyenes 2 hetes nikotinpótló terápia további költsége rágógumi esetében 52, szopogatótabletta esetében 74 dollár volt [20].

Web-alapú leszokástámogatások összevetése (1 tanulmány)

Stanczyk és munkatársai két internetes, dohányzásról leszokást támogató beavatkozás (videóalapú vs. szöveg-alapú) költséghatékonyságát vizsgálták, összehasonlítva egy olyan kontrollcsoporttal, amely csak általános szöveges tanácsokat kapott. Randomizált kontrollált vizsgálatukban a válaszadókat a videóalapú csoportba (n=670), a szöveg-alapú csoportba (n=708) vagy a kontrollcsoportba (n=721) osztották be. A QALY-t ők is EQ-5D kérdőívvel mérték. Egy leszokott dohányoshoz 1500 dollár költség szükséges, 1 QALY ICER-je 60 000 dollár volt [21].

Pénzügyi ösztönzők alkalmazása (2 tanulmány)

Mundt és munkatársai randomizált kontrollált vizsgálatot elemezték a telefonos leszokástámogatást. 2013 és 2015 között az intervenció csoport résztvevői (n = 948) 30 dollárt kaptak hívásonként legfeljebb öt, dohányzásról való leszokást támogató telefonhívás felvételéért, és 40 dollárt a laboratóriumi igazolt dohányzásmentességért 6 hónap elteltével; pénzügyi ösztönzőt a kontrollcsoport résztvevői (n=952) nem kaptak. A pénzügyi ösztönzővel kiegészített támogatás magasabb absztinenciát eredményezett (21,6% vs. 13,8%; p < 0,001). Az ösztönzők alkalmazásának ICER-értéke 2316 dollár volt (95%CI: 1582–4270) egy további leszokott sze-

mélyre vetítve. QALY-t nem számoltak, de úgy vették, hogy egy leszokás 1 QALY-t eredményez [22].

Van den Brand és munkatársai randomizált kontrollált vizsgálattal egy 7 hetes munkahelyi csoportos leszokástámogató program hatásait vizsgálták. Az intervenció csoport tagjai 12 hónapos folyamatos absztinencia után 350 eurós ajándékutalványokat kaptak (a kontrollcsoport nem kapott). A 14 hónapos követési időszak (2 hónapos támogató időszak + 12 hónapos absztinencia időszak) alatt online kérdőívekkel mérték az életminőséget (EQ-5D-5L). Az intervenció csoport 41,1%-a hagyta abba a dohányzást, míg a kontrollcsoportban ez az arány 26,4% volt. Az ICER értéke 14 hónapos követési időszak mellett egy leszokásra vetítve 11 546 euró volt, ebből a munkáltatóra esett 5686 euró. QALY-ban rövid távon nem mutatkozott jelentős különbség a két csoport között. Élethosszig tartó perspektívára vetítve ugyanakkor az ICER értéke 1249 euró volt QALY-nként (95%CI: 850–2387) [23].

Rövid intervenciók (3 tanulmány)

López-Nicolas és munkatársai a dohányzásról való leszokás támogatás rövid intervenciójának költség-haszon elemzését végezték el Spanyolország Murcia régiójában. Az elemzés időhorizontja 20 év volt. Arra jutottak, hogy ha a beavatkozást 5 éven keresztül végzik, akkor az ICER 172 400 euró/QALY; 10 év esetén 30 300 euró/QALY; míg a modell által figyelembe vett maximális időhorizont esetén az ICER 7260 euró/QALY volt [24].

Castanal-Canto és munkatársai egy külvárosi alapellátó egészségügyi központ dohányzó pácienseit vonták be vizsgálatukba. 235 fő a rövid, míg 37 fő az intenzív intervenció csoportba került. A rövid beavatkozást (BI, brief intervention) más célú konzultáció keretében végezték és 1-5 percre tartott, míg az intenzív beavatkozásnál (II, intensive intervention) a konzultáció kizárólag dohányzásról szólt és 10-15 percre tartott. A hatásossági adatokat 6 év után értékelték. A költség egy leszokásra 129,83 euró volt BI esetében és 1034,99 euró II esetében. Az ICER BI esetén 235,32 euró/páciens, II esetén pedig 1232,85 euró/páciens volt. Ha a két beavatkozást egymáshoz hasonlították, az ICER (II/BI) 7772,25 euró/páciensnek adódott. Mindezek alapján a szerzők úgy vélik, hogy a dohányzás leszokását támogató beavatkozások az alapellátásban költséghatékonyak [25].

Cobos-Campos és munkatársai két intervenciót: az alapellátásban a háziorvosok és ápolók által nyújtott leszokástámogató tanácsadást, valamint a dohányosok mobiltelefonjára küldött, leszokást motiváló szöveges üzenetekkel megerősített tanácsadást hasonlították össze. Arra jutottak, hogy az üzenetek küldése – mint az egészségügyi tanácsadás támogatásának eszköze – költséghatékony, mivel a férfiak és nők esetében egy egység QALY nyeresége 7,4 euró, illetve 1,327 euró költségnövekedést eredményezett. A nagyobb költséghatékonyt férfiak esetében azzal magyarázták, hogy mivel a férfiaknak nagyobb a kockázata a dohányzással kapcsolatos megbetegedések kialakulására, a dohányzásról való leszokás előnyei nagyobb mértékben

csökkentik a dohányzással összefüggő betegségek kialakulásának kockázatát és így a költségeket is [26].

Leszokás támogató levél személyes találkozással (1 tanulmány)

Wu és munkatársai 4384 dohányzót vizsgáltak. Az intervenció itt egy személyre szabott levél volt, amelyet a háziorvos küldött, személyes meghívással és időpont-egyeztetéssel egy bemutató ülésre, ahol részletes információkat kaptak egy dohányzásról való leszokást támogató szolgáltatásról. A kontrollcsoport csak egy általános levelet kapott, amely reklámozta ugyanazt a szolgáltatást, és arra kérte a dohányosokat, hogy egyeztessenek időpontot. Az eredmények szerint a kísérleti időszak alatt a költségek korrigált átlagos különbsége 92 font volt (95%CI: –32–216 font), és a QALY-nyereségek korrigált átlagos különbsége 0,002 volt (95%CI: 0,001–0,004). Ez 59 401 font költséget jelent egy QALY nyereségre vetítve (fél év alatt), ami a szerzők szerint sem költséghatékony, ugyanakkor számításaik esetén egy év alatt a költséghatékonyt küszöb alá kerülhet a beavatkozás [27].

Telefonos leszokástámogatás (1 tanulmány)

Levy és munkatársai egy telefonos leszokástámogatási rendszer költségeit elemezték egy 2011–2013 közötti randomizált vizsgálat adatai alapján. A résztvevők először automata telefonhívást kaptak (Interactive Voice Response, IVR), amely egy tájékoztató-beleegyező nyilatkozatot ismertetett. A résztvevők ezután elmondhatták dohányzási előzményeiket, amelyeket az IVR-rendszer automatikusan frissített az elektronikus egészségügyi adatbázisban. A kontrollcsoportba tartozó betegek csak alkalmi dohányzásról való leszokási tanácsadást kaptak („rövid tanácsadás”) háziorvosuktól a rendelési látogatások során, az intervenció csoportba tartozó betegektől ugyanakkor megkérdezték, hogy szeretnének-e telefonon is beszélni egy szakemberrel. Az utóbbi szolgáltatást is igénybe vevő páciensek átlagosan 75–100 perc tanácsadást kaptak legfeljebb négy hívásban, 8–10 hetes időszak alatt. Az egy dohányosra jutó költség 33 dollár volt (95%CI: 28–40), az egy további leszokásra vetített inkrementális költség 4137 dollár volt (95%CI: 2671–8460), és az egy megmentett életévre vetített inkrementális költség 7301 dollár volt (95%CI: 4545–15 400) [28].

A tanulmányok értékelése a hazai küszöbösszeg szempontjából

A narratív áttekintésbe bevont tanulmányokból metaanalízist nem végeztünk, azonban amennyiben rendelkezésre állt, a bemutatott beavatkozások inkrementális költséghatékonyt ráta-ját életminőséggel korrigált életévre kigyűjtöttük és 2024-es jelenértékre átszámoltuk, forintban kifejezve. Feltételeztük, hogy az egészség-gazdaságtani irányelv szerint a bemutatott intervenciók többlet-egészségnyereség mutatója minden esetben 0,00–0,25 közé esik, ezért a KSH egy főre jutó GDP másfélszeresét tekintettük küszöbérték-

Szerző	Publikáció éve	Beavatkozás	QALY ICER* (eredeti)	QALY ICER HUF jelenértéken**	Hazai küszöbérték alatt / felett
Mundt és mtsai	2024***	Automata telefonos motiválás a háziorvosi ill. leszokástámogatás igénybevételére	905 USD	354 000 HUF	Alatta
Avsar és mtsai	2022	Komplex (hipotetikus). Várandósgondozás során végrehajtott intervenció	825 GBP	469 000 HUF	Alatta
Chen és mtsai	2022	Ingyenes nikotinpótló kezelés biztosítása a háziorvoshoz forduló dohányosok számára	7 500 USD	3 427 000 HUF	Alatta
Li és mtsai	2022	Citizin biztosítása frissen felismert TBC-s betegeknek	A vizsgálat során a QALY érték csökkent az intervenció hatására.	-	-
Cobos-Campos és mtsai	2021	Kiegészítő üzenetküldés az alapellátásban végzett leszokástámogatás erősítésére	7,4 EUR (férfi) 1 327 EUR (nő)	4 017 HUF (férfi) 721 000 HUF (nő)	Alatta
Drouin és mtsai	2021	Gyermekorvoshoz forduló szülők leszokástámogatása	A vizsgálatban nem számoltak QALY-t. 1 132 USD / leszokás	-	-
van denBrand és mtsai	2019	Munkahelyi csoportos leszokástámogatás	11 546 EUR / leszokás	-	-
Mundt és mtsai	2019	Telefonos tanácsadás pénzügyi ösztönzővel	2 316 USD / leszokás (amit 1 QALY-nak tekintettek)	1 588 000 HUF	Alatta
Wu és mtsai	2017	Személyre szabott levél dohányosok számára	59 401 GBP		Felette
López-Nicolas és mtsai	2016	Rövid intervenció	172 400 EUR (5 év) 30 300 EUR (10 év) 7 260 EUR (20 év)	72 353 000 HUF 15 786 000 HUF 4 375 000 HUF	Felette (5 év) Felette (10 év) Alatta (20 év)
Levy és mtsai	2015	Telefonos leszokástámogatás	7 301 USD (megmentett életév)	4 655 000 HUF	-
Stanczyk és mtsai	2014	Szöveges és videó alapú internetes leszokástámogatás	60 000 EUR	46 000 000 HUF	Felette
Krupski és mtsai	2013	Nikotinpótló kezelés telefonos leszokástámogatás mellett	QALY értékelés nem történt.		-
Castanal-Canto és mtsai	2012	Rövid és intenzív intervenció dohányosok számára az alapellátásban	235 EUR / leszokás (rövid intervenció) 1 232 EUR / leszokás (intenzív intervenció)	181 000 HUF 947 000 HUF	-

* ICER: Incremental Cost-Effectiveness Ratio, inkrementális költséghatékonysági ráta. ** Jegybanki alapkamattal jelenértékre számítva és 2025.01.31-i árfolyamon átszámítva, ezer forintra kerekítve.

*** A publikációt még 2023-ban fogadták el, de 2024-es lapszámban jelent meg.

1. táblázat
Alapellátásban alkalmazható, dohányzásról való leszokást támogató intervenciók magyar küszöbérték alapján vélemezett költséghatékonysága (saját szerkesztés)

nek, és áttekintettük, hogy a 14 tanulmányban szereplő beavatkozások hazai viszonylatban küszöbérték alattiak (azaz potenciálisan költséghatékonyak) vagy felettiék (1. táblázat).

MEGBESZÉLÉS

Tanulmányunkban célul tűztük ki, hogy az alapellátásban is elvégezhető, dohányzásról leszokást támogató beavatkozások hazai egészség-gazdaságtani elemzéseit előmozdítsuk. Az összefoglalásunkban áttekintett szerteágazó beavatkozások többsége költséghatékonynak bizonyult, azonban az már nem szisztematikus áttekintésünkben is látszik, hogy nem mindegy, milyen beavatkozások támogatása mellett dönt egy egészségügyi szolgáltató. Azt is meg kell becsülni, hogy egy új tevékenység bevezetése a rendelkezésre álló forrásokat, pl. az egészségügyi kasszát hogyan érinti, többletköltséget generál, esetleg megtakarítást eredményez. A struktúra létrehozása önmagában szintén nem elegendő, a gyakorlati megvalósítás során számos akadály merülhet fel. Az alapellátás szereplői (házi orvosok, ápolók, védőnők stb.) esetleg nem érzik magukat elég kompetensnek bizonyos tevékenységek elvégzésére, vagy az alapellátás időbeli korlátai miatt sokan az egyéni egészségfejlesztést egyszerűen megvalósíthatatlannak látják. További probléma lehet még a házi orvosok kétsége a beavatkozások hatásosságával kapcsolatban és a páciensek alacsony motivációja.

A bemutatott tanulmányok közül talán az EHR-re támaszkodó módszert lehet leginkább forradalminak tekinteni, az automatizmus vagy akár a mesterséges intelligencia integrálása a dohányzásról való leszokás támogatásába jelentős előrelépést hozhat. Ez utóbbiról már áttekintő tanulmány is készült, amelyben a szerzők arra jutottak, hogy bár ígéretes a terület, egyelőre még kevés a tudományos evidencia e téren [29]. A költséghatékonsági mutatók is kedvezőek voltak, tehát az EHR-rendszer ilyen irányú fejlesztése hosszú távon javíthatja a népegészségügyi mutatókat, miközben mérsékli az egészségügyi ellátás terheit. Magyarországon egyre többen töltik le az Egészségablak alkalmazást, amely egyelőre ilyen funkcióval nem rendelkezik, de érdemes lehet ilyen irányba bővíteni [30]. Természetesen mindennek meg kell teremteni a jogi hátterét és szem előtt kell tartani a magyar sajátosságokat (pl. megkeresés gyakorisága, automatikus üzenetek jellege).

A dohányzásról való leszokás támogatása különösen fontos olyan esetben, ahol a dohányos nemcsak saját, de (születendő) gyermeke egészségét is veszélyezteti. A szakirodalom alapján a gyermekvállalás körüli időszak az, amikor a szülők nagy valószínűséggel abbahagyják a dohányzást, erre érdemes ráerősíteni [31]. A várandós nők és a kisgyermekes szülők leszokástámogatása az idézett közleményekben költséghatékonynak bizonyult [16, 17]. Az alapellátásban kézenfekvőnek tűnik, hogy ezt a tevékenységet a védőnők végezzék, akiknek amúgy is feladatukra a várandósgondozás és a kisgyermekes családok látogatása. Az alapellátás eme nemrégiben központosított része lehetőséget adhat arra, hogy (megfelelő képzés után) a védőnők új feladatokat

kapjanak. Természetesen bekapcsolódhat ebbe a házi orvos is, ugyancsak megfelelő képzés után.

A gyógyszeres támogatások, például a nikotinpótló terápia (NRT) és a citizin alapú kezelések, régóta fontos szerepet játszanak a leszokás elősegítésében. Az elemzésbe bevont két tanulmányból az egyikben nem vizsgálták a QALY-t, de mind a másik tanulmány, mind pedig a korábbi ismeretek alapján úgy véljük, hogy az NRT költséghatékony módszer. A szóban forgó készítmények általában nem támogatottak, de felmerül, hogy ennek költségeit esetleg viselheti az ellátórendszer is. A citizin a TBC-s célcsoportban nem bizonyult költséghatékonynak, ugyanakkor úgy véljük, ez egy nagyon speciális populáció ahhoz, hogy a citizin teljesen kikerüljön a látókörből, így ennek a szűkebb tématerületnek a további elemzése szükséges.

A digitális technológiák, például a videóalapú leszokástámogatás jelentős innováció volt a dohányzás elleni küzdelemben. Az elemzésünkbe bevont tanulmány alapján ugyanakkor egyértelműen túl drágának tűnik a megnyerhető egészséghez képest. A vizsgálat azonban tíz évvel ezelőtt, a COVID-járvány előtt történt, a digitális kommunikáció (pl. Zoom) robbanásszerű elterjedése előtt. Mindez alighanem költségcsökkenést és elfogadottság-növekedést is jelentene. Egy áttekintő tanulmány szerint a már meglévő eszközök és platformok használatának köszönhetően a távgyógyászat már érdemi alapellátási szolgáltatásokat biztosíthat. Ugyanakkor a telemedicina teljes körű bevezetése az alapellátásban technikai, szervezeti és emberi kihívásokat támaszt, és a távgyógyászati szolgáltatások bővítéséhez a hátrányos helyzetű területeken komoly hozzáférés-javítás, jelentős fejlesztések szükségesek [32]. Mindezt Magyarországon is igaznak gondoljuk.

A pénzügyi jellegű kompenzáció a magyar egészségbiztosító számára sem ismeretlen, hazánkban is léteznek pénzbeni jellegű támogatások. Az egyik elemzett tanulmány szerint a telefonos tanácsadással kombinált pénzügyi ösztönzők kiemelkedő eredményeket mutattak, és a többletköltség dacára is küszöbösszeg alatt marad az egészségnyereség. A programban kb. 75 ezer forint végső összeget kaptak a sikeresen leszokók. Ennek kasszahatását mindenképpen értékelni kellene, de hazánkban is megfontolandó módszer lehet.

Az alapellátásban elérhető módszerek, mint a rövid tanácsadás, továbbra is fontos szerepet játszanak a dohányzásról való leszokás elősegítésében. A rövid tanácsadás, az elemzésünkbe bevont közlemények alapján legalábbis úgy tűnik, csak akkor költséghatékony, ha hosszú távon végzik a szolgáltatók.

Úgy véljük, tanulmányunknak komoly erősségei és ugyanakkor korlátai is vannak. A keresési stratégia és a tanulmányok kiválasztása során ugyan a szisztematikus áttekintés módszerét alkalmaztuk, de csak egy értékelő (T.A.) döntött a cikkek bevonásáról, amelyet a narratív áttekintés jellegéből adódóan tartottunk elfogadhatónak. Elemzésünk különböző típusú vizsgálatokat tartalmaz és a szintézist anélkül végeztük, hogy különbséget tettünk volna az egyes típusok között. Érdemi kvantitatív elemzést szintén nem végeztünk a mód-

szerek közötti különbségek miatt. Úgy gondoljuk ugyanakkor, hogy tanulmányunk kiindulópontként szolgálhat a döntéshozók számára és hozzájárul a figyelemfelkeltéshez.

KÖVETKEZTETÉSEK

A beavatkozások költséghatékonysága kulcsfontosságú szerepet játszik az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságában. A lakosság egészségi állapotának javításánál figyelembe kell venni, hogy az erőforrások korlátozottak, ezért törekedni kell arra, hogy minden beavatkozás a lehető legnagyobb egészségügyi hasznot nyújtsa a legkisebb költséggel. A költséghatékonyság vizsgálata segít abban, hogy az egészségügyi döntéshozók olyan beavatkozásokat támogassanak, amelyek a legjobb eredményt hozzák a rendelkezésre álló erőforrások mellett.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2024), Magyarország: Egészségügyi országprofil 2023, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5adc0e05-hu>.
- [2] Joó T, Fadgyas-Freyler P, Vitrai J, Kollányi Zs: The social cost of ill health among the working-age population in 2019 in Hungary. [Az egészségkárosodás társadalmi költségei a munkaképes korú lakosság körében 2019-ben Magyarországon.] *Orv Hetil.* 2024; 165 (3): 110–120. <https://doi.org/10.1556/650.2024.32955> [magyar]
- [3] Salomon J A: Quality Adjusted Life Years. Ed: Quah SR, International Encyclopedia of Public Health (Second Edition), Academic Press, 2017, 224-228. ISBN 9780128037089, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00368-4>.
- [4] Gafni A, Birch S: Incremental cost-effectiveness ratios (ICERs): the silence of the lambda. *Soc Sci Med.* 2006; 62, p. 2091-2100 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.023>
- [5] Szegner P: Közgazdaságtani értékelés az egészségügyben és alkalmazása (előadás). 2020. Egészségügyi Menedzserképző Központ https://semmelweis.hu/emk/files/2020/05/Rezidens_SZP_kieg.seg%C3%A9dlet.pdf Lekérve: 2025.05.11.
- [6] Pichon-Riviere A, Drummond M, Palacios A et al.: Determining the efficiency path to universal health coverage: cost-effectiveness thresholds for 174 countries based on growth in life expectancy and health expenditures. *Lancet Glob Health* 2023; 11(6), e833 – e842. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00162-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00162-6)
- [7] Egészségügyi szakmai irányelv – Az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez és értékeléséhez. <https://kollegium.aeek.hu/iranyelvek/Index> Lekérve: 2025.01.09.
- [8] Gresz M, Nagy J, Freyler P: Health related costs of smoking from the viewpoint of the Health Insurance Fund in Hungary. [A dohányzás egészségügyi hatásainak költségei az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szemével.] *Orv Hetil.* 2012; 153(9). 344-350. <https://doi.org/10.1556/oh.2012.29280> [magyar]
- [9] World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF): A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. World Health Organization. (2018). <https://iris.who.int/handle/10665/328065>. Lekérve: 2025.01.10.
- [10] World Health Organization, Regional Office for Europe: Declaration of Alma-Ata. World Health Organization. Regional Office for Europe. (1978). <https://iris.who.int/handle/10665/347879> Lekérve: 2025.01.11.
- [11] World Health Organization, Regional Office for Europe: Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. World Health Organization. Regional Office for Europe. (1986). <https://iris.who.int/handle/10665/349652> Lekérve: 2025.01.17.
- [12] Országos Kórházi Főigazgatóság Alapellátási Igazgatóság <https://alapellatas.okfo.gov.hu/praxiskozossegek-mukodeset-segito-szakmai-anyagok/> Lekérve: 2025.01.14.
- [13] Egészségügyi szakmai irányelv - A praxisközösségekben végzett, felnőtteket érintő prevenciók rendelésről <https://kollegium.aeek.hu/iranyelvek/Index> Lekérve: 2025.01.09.
- [14] Cselkó Z, Tisza J, Fényes M. The history of smoking cessation support in Hungary: A narrative review. *Tob Prev Cessat.* 2024;10:36. doi:10.18332/tpc/191141.
- [15] Mundt MP, McCarthy DE, Baker TB et al.: Cost-Effectiveness of a Comprehensive Primary Care Smoking Treatment Program. *Am J Prev Med.* 2024; 66(3) 435-443. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2023.10.011>.
- [16] Avşar TS, Jackson L, Barton P et al.: Supporting pregnant women not ready to quit smoking: an economic evaluation.

- luation. BMC Pregnancy Childbirth. 2022; 22, 865.
<https://doi.org/10.1186/s12884-022-05150-8>
- [17] Drouin O, Sato R, Drehmer JE et al.: Cost-effectiveness of a Smoking Cessation Intervention for Parents in Pediatric Primary Care. JAMA Netw Open. 2021; 4(4): e213927.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.3927>
- [18] Chen B, Silvestri GA, Dahne J et al.: The Cost-Effectiveness of Nicotine Replacement Therapy Sampling in Primary Care: a Markov Cohort Simulation Model. J Gen Intern Med. 2022; 37, 3684–3691.
<https://doi.org/10.1007/s11606-021-07335-x>
- [19] Li J, Parrott S, Keding A et al.: Cost-utility of cytisine for smoking cessation over and above behavioural support in people with newly diagnosed pulmonary tuberculosis: an economic evaluation of a multicentre randomised controlled trial. BMJ Open 2022;12:e049644.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049644>
- [20] Krupski L, Cummings KM, Hyland A et al.: Nicotine Replacement Therapy Distribution to Light Daily Smokers Calling a Quitline. Nicotine Tob Res. 2013; 15(9), 1572–1577, <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt021>
- [21] Stanczyk NE, Smit ES, Schulz DN et al.: An Economic Evaluation of a Video- and Text-Based Computer-Tailored Intervention for Smoking Cessation: A Cost-Effectiveness and Cost-Utility Analysis of a Randomized Controlled Trial. PLOS ONE. 2014; 9(10): e110117.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110117>
- [22] Mundt MP, Baker TB, Fraser DL et al.: Paying Low-Income Smokers to Quit? The Cost-Effectiveness of Incentivizing Tobacco Quit Line Engagement for Medicaid Recipients Who Smoke. Value Health. 2019; 22 (2), 177–184,
<https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.08.001>
- [23] van den Brand FA, Nagelhout GE, Winkens B et al.: Cost-effectiveness and cost-utility analysis of a workplace smoking cessation intervention with and without financial incentives. Addiction. 2020; 115: 534–545.
<https://doi.org/10.1111/add.14861>
- [24] López-Nicolás A, Trapero-Bertran M, Muñoz C: Cost-benefit of medical advice for quitting smoking in the Region of Murcia. [Coste-utilidad del consejo médico para dejar de fumar en la Región de Murcia] Atención Primaria. 2017; 49 (7) 407–416,
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.006> [spanyol]
- [25] Castañal-Canto X, Martín-Miguel MV, Hervés-Beloso C et al.: Working with our smoker patients in primary care. Analysis of cost-effectiveness. [Trabajando con nuestros pacientes fumadores en atención primaria. Un análisis de coste-efectividad.] Atención Primaria, 2012; 44(11) 659–666,
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.02.013>. [spanyol]
- [25] Cobos-Campos R, Mar J, Apiñaniz A et al.: Cost-effectiveness analysis of text messaging to support health advice for smoking cessation. Cost Eff Resour Alloc. 2021; 19, 9.
<https://doi.org/10.1186/s12962-021-00262-y>
- [27] Wu Q, Parrott S, Godfrey C et al.: Cost-Effectiveness of Computer-Tailored Smoking Cessation Advice in Primary Care: A Randomized Trial (ESCAPE). Nicotine Tob Res 2014; 16 (3), 270–278, <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt136>
- [28] Levy DE, Klinger EV, Linder JA et al.: Cost-Effectiveness of a Health System-Based Smoking Cessation Program, Nicotine Tob Res 2017; 19(12), 1508–1515,
<https://doi.org/10.1093/ntr/ntw243>
- [29] Bendotti H, Lawler S, Chan GCK et al.: Conversational artificial intelligence interventions to support smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. Digit Health. 2023; 3;9:20552076231211634.
<https://doi.org/10.1177/20552076231211634>
- [30] Egészségablak alkalmazás tájékoztató <https://e-egeszsegugy.gov.hu/adatvedelem/mobil> Lekérve: 2025.01.31.
- [31] Watt J, Pócs D, Tari G, Kelemen O: Medical support of cessation for pregnant smokers. [Dohányzó várandósok leszokásának orvosi támogatása.] Orv Hetil, 2023; 164(30), 1194–1203.
<https://doi.org/10.1556/650.2023.32771> [magyar]
- [32] Beheshti L, Kalankesh LR, Doshmangir L, Farahbakhsh M: Telehealth in Primary Health Care: A Scoping Review of the Literature. Perspect Health Inf Manag. 2022; 1;19(1):1n. PMID: 35440933; PMCID: PMC9013222.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Terebessy András 2001-ben végzett a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 2006-ban megelőző orvostan szakvizsgát, 2015-ben PhD-fokozatot és 2022-ben háziorvostan szakvizsgát szerzett. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ hallgatója. 2001

óta a Semmelweis Egyetem Megelőző Orvostani és Népegészségtani Intézetben dolgozik, jelenlegi beosztása egyetemi adjunktus, emellett 2022 óta Budapest II. kerületében családorvos. A Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájában témavezető, a megelőző orvostani egyetemi szakmai grémium elnöke. Számos alapellátási és népegészségügyi projektben dolgozott szakmai szakértőként.

Pénzes Melinda szerzői bemutatása megtalálható az IME 2025/3. számában a 15. oldalon, az *Életmódorvoslás a krónikus betegségek megelőzésében és kezelésében: lehetőségek és kihívások a hazai egészségügyi rendszerben* c. cikk végén.

A maradékelvű finanszírozástól a jövedelmek restaurációjáig

Beszámoló a 2025. június 24-i IME Egészségpolitika és egészségügyi rendszerek konferenciáról

Az egészségügyi ágazat finanszírozásáról, a kórházi adósságokról és a paraszolvencia eltörlésének következményeiről is szó esett a nyári szünet előtti szezont záró XIX. IME Egészségpolitika és egészségügyi rendszerek konferencián, amelyet a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság (MENT) szervezett.

A maradékelvű finanszírozás helyett a szükségletekhez kellene igazítani a forrásokat – vázolta előadásában **Pogácsa Zoltán** közgazdász, aki szerint a humán tőkébe – oktatás, egészségügy, kutatás, szociális ágazat – való befektetés eredményezheti közép- és hosszú távon az ország gazdasági prosperitását. Ezzel szemben a kormányzatok gazdaságpolitikáját évtizedek óta az államháztartási hiány és az ennek eliminálására szánt megszorítások határozzák meg, ami a Soproni Egyetem docense szerint kártékony és ártalmas. A maradékelvű helyett funkcionális finanszírozásra lenne szükség, ami csökkenti a társadalmi egyenlőtlenségeket, és gyorsabb gazdasági felívelést eredményez.

„Az a baj, hogy hülyeségekre költünk” – jelentette ki a közgazdász, aki az „improduktív” költsékek közé sorolta a Budapest-Belgrád vasútvonal megépítését, a repülőtér megvásárlását, a stadionok felépítését, az MNB-alapítványokba ölt milliárdokat, vagy az M1 autópálya kiszélesítését. Mindezek mellett maradékelven részesül a költségvetés forrásaiból az egészségügy, holott az arra fordított pénzre a jövőbe való befektetésként kellene tekintenie a kormányzatoknak.

Az elmúlt évtizedek elvesztegetett lehetőségeit vette górcső alá összefoglaló előadásában **Sinkó Eszter**, a MENT elnökhelyettese, aki szerint számos ígéretes kezdeményezés hullott a semmibe, még akkor is, ha azok adatokkal igazolhatóan is hasznosnak bizonyultak a társadalom számára. Míg régebről az irányított betegellátási rendszer pilotját említette, a közelebbi múltból a Svájci-Magyar Alapellátásfejlesztési modellprogramot hozta példaként. Ez utóbbi rövid idő alatt számos, az érintett területek lakosságának egészségi állapotában is megmutatkozó eredményt hozott, ennek ellenére nem lett folytatása. Bár a praxisközösségi működés néhány elemében hajaz a modellprogramra, annak folytatása mindössze 35 milliárd forintba került volna, ma viszont 120 milliárd forintot öntünk a költségvetésből a praxisokba.

A SVÁJCI-PROJEKTTŐL A GYÓGYSZERFINANSZÍROZÁSIG

Szűk mezsgyén kell mozognia az egészségügynek – fogalmazott az elemző, aki szerint az ágazat mozgásterét nemcsak az alacsony gazdasági növekedés, vagy a kívána-

tostól elmaradó GDP-arányos részesedés, hanem az uniós források hiánya is behatárolja. Emlékeztetett arra, hogy míg 2010 és 2016 között évente átlagosan 35 milliárd forintba rúgott a kórházak adóssága, 2017-től 2024-ig ez az állomány 71,3 milliárd forintba nőtt, tavaly pedig elérte a 150 milliárd forintot. Bár idén ez az összeg havonta 12,5 milliárd forintot részletekben bekerült az egészségügy finanszírozásába, az eladósodás ütemét tekintve kevés lesz ahhoz, hogy stabilizálódjon az ágazat helyzete, „hiába pörög több száz milliárd a rendszerbe”.

Míg mindezeket összegezve Sinkó Eszter úgy vélte, újra kell gondolni a mára kialakult keret- és irányítási rendszert, és egy újfajta struktúra irányába kell ellépünk, **Karsay Ákos**, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) Ártámogatási Főosztályának vezetője azt hangsúlyozta, a NEAK az önálló gazdálkodás mellé visszakapta az önálló ellenőrzési jogokat is, ezáltal pedig mindent megtesznek a költségvetési források megfelelő felhasználásáért. A gyógyszerfinanszírozás területéről szólva kiemelte, hogy a nagyértékű gyógyszerfinanszírozás a legátláthatóbb, legprecízebb finanszírozási módszer, hiszen egészen a betegig végigkövethető a pénz útja.

Saját hatáskörben dönthet a NEAK az egyszerűsített gyógyszerbefogadásról is – javaslatot téve a finanszírozási protokollok módosítására –, a közbeszerzések során pedig tetemes árelőnyt tudnak elérni, ami által több beteg juthat ellátáshoz magasabb színvonalon.

AZ ADÓBESZEDÉS NEM AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓK FELADATA!

A jó egészségbiztosítás az, ami megfelelő védelmet nyújt szükség esetén, és megakadályozza, hogy a betegek elszegényedjenek amiatt, hogy egészségügyi ellátást vesznek igénybe – fogalmazott előadásában **Evetovits Tamás**, a WHO barcelonai irodájának vezetője, aki nemzetközi példákat is hozott arra, miként védelmezik az egyes államok a polgáraikat az elszegényítő, túl magas egészségügyi kiadásokkal szemben.

A katasztrofális mértékű egészségügyi kiadások a legszegényebbeket terhelik leginkább, közöttük is a krónikus betegeket és a nyugdíjasokat. A lakosság legszegényebb 20 százalékát a gyógyszer- és fogászati kiadások terhelik meg a leginkább, ezért gyakori, hogy anyagi okokból abbahagyják a gyógyszeres terápiát, és elhanyagolják a fogazatukat. Ezért a gyógyszer- és fogászati ellátás finanszírozásában fokozott védőmechanizmusokat kell alkalmazni a rászorulóknak számára, amire számos jó gyakorlat ismert az Európai Unióban.

Elavult és rossz gyakorlat, hogy a közellátásokhoz való hozzáférés alapja az egészségbiztosítás befizetése – hangsúlyozta a finanszírozási szakértő, aki szerint az egészségbiztosító feladata nem a jogosultság ellenőrzése, hanem a betegterhek csökkentése: „Hagyjuk az adóbeszedést az adóhatóságra, az egészségügyi rendszer az ellátással foglalkozzon!” – hangsúlyozta. Felhívta a figyelmet arra is, hogy Magyarországon az egészségügyi kiadások több mint felét nem a járulékokból, hanem a mindenki által megfizetett adóból fedezik, ezért sem lehet annak hasznáiból kihagyni egyetlen állampolgárt sem, aki az unió legmagasabb áfa-kulcsán keresztül hozzájárul a közös büdzsé fenntartásához.

TARTHATÓ AZ ELVÁRT ADÓSSÁG?

Le kell cserélni végre a „bianszékmodell” – szögezte le a konferencia második szekcióját nyitó kerekasztal-beszélgetést felvezető előadásában **Iványi Vilmos**, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ mesteroktatója. Az év végi konszolidáció helyett idén 150 milliárd forintos többlet jut az ágazat számára, az év végéig pedig 80 milliárd forintos tolerálható adósságállományt határozott meg a döntéshozó. A nagy költségvetésű irányító kórházak jellemzően kedvezően teljesítenek, azonban nyolc intézménynél olyan egyedi, külső probléma áll fenn, ami miatt a finanszírozás nagy részét már felhasználták. Jelentős az éves keret időarányos túllépése 13 szolgáltatónál.

Az igazságtalanságokat szakmafedezeti szorzókkal lehetne kiküszöbölni – vélte a kerekasztal-beszélgetés résztvevőjeként **Velkey György**, a Magyar Kórházszövetség leköszönő elnöke, bár megjegyezte, hogy ugyan egy logikus rendszer épül a teljesítményfinanszírozási elvek rögzítése és más korrekciók nyomán, az intézmények napi problémáit ezek nem kezelik. Úgy vélte, az elvárt adósságállomány keretösszegét 100 milliárd forintra kellene emelni.

Míg Dózsa Csaba egészségügyi közgazdász úgy vélte, nem eliminálható érdemben az adósság, ameddig az amortizáció költségei nem épülnek be a finanszírozásba, **Pásztélyi Zsolt**, a Medicina 2000 Magyar Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség elnöke, a ráfordítási munkacsoport vezetője szerint a HBCs megújításától nem szabad csodát várni, a korrekció sem fogja tudni lekövetni az egyedi eltéréseket. A kódkarbantartás folyamatába az orvosokat is be kell vonni – csatlakozott a hozzászólókhoz **Álmos Péter**, a Magyar Orvosi Kamara elnöke, aki szerint az is többletköltségekhez vezet, hogy nincsen karbantartott irányelvrendszer és helyi protollok.

MERRE JÁR A MAGYAR BETEG?

Az elképesztő sebességgel fejlődő mesterséges intelligencia orvosi szempontú felhasználásának lehetőségeit bemutató előadásokkal nyitotta a konferencia harmadik, a betegútszervezési kérdéseket boncolgató szekcióját **Joó Tamás** adatvezérelt egészségügyi szakértő, a MEMT elnökhelyettese és **Volek Éva** szemész szakorvos, neuro-ophthal-

mológus. Míg Joó Tamás azt hangsúlyozta, hogy a generatív mesterséges intelligenciát immár a mindennapokban is alkalmazhatják az orvosok, úgy a döntéshozatalban mint a kommunikációban, **Volek Éva** arról számolt be, hogy a szemészeti betegségek korai diagnózisa nemcsak a látás, hanem az ideg- és érrendszer állapotáról is számos információt ad. Egy skálázható, egyenlő esélyeket nyújtó szűrési modell és optimalizált betegutak bevezetésével a magasabb rizikócsoportba tartozó páciensek időben jutnának szakorvoshoz, ha a háziorvosok diagnosztikai kapuórként vennének részt a páciensek szemfenéki vizsgálatában. A központi rendszerbe befutó, MI-vel elemzett adatok összegzése nyomán a szemészeti szűrés pontossága nemcsak a megelőzés, de költségcsökkentés szempontjából is kiemelkedő jelentőségű lehet.

Hatékonyabb betegútszervezéssel elkerülhetőek lennének a kórházi kezelések, amelyek száma hazánkban kiugróan magas az unió más tagállamaihoz képest – mondta előadásában **Békássy Szabolcs**. – A definitív ellátást lehetővé tevő háziorvosi hatáskör- és kompetencianövelés, a mellévk mellett újabb kimeneteli indikátorok bevezetése, és olyan új finanszírozási technikák megjelenése, mint a köteget finanszírozás – sorolta a kollegiális háziorvosi vezető azokat az elemeket, amelyekre szükség lenne ahhoz, hogy a páciensek követhetőbb és rövidebb utat járjanak be az ellátórendszer különféle szintjein. Szólt még Krónikus Betegmenedzsment Programról is, amelybe összesen 43 ezer beteg vonható be a szoros praxisközösségben dolgozó háziorvosok által, és amelynek keretében egy praxis 100 beteget jelenthet évente. A projekt időtartama alatt betegenként 40 ezer, azaz összesen négy milliárd forintnyi többletfinanszírozáshoz juthat be egy-egy praxis.

A „dual practice” hazai térnyeréséről számolt be előadásában **Ónodi-Szűcs Zoltán**, a Debreceni Egyetem egészségügyi kancellár-helyettese, aki szerint a paraszolvencia betiltása nyomán kiesett jövedelmeiket egyre inkább a kórház falain kívül igyekeznek legálisan pótolni az orvosok. – A jövedelem restaurációja zajlik – fogalmazott a korábbi államtitkár. A kettős jogviszony bizalomvesztést okoz a közellátással szemben, növeli a várakozási időt, csökkenti az állami ellátások minőségét, és hozzájárul a területi egyenlőtlenség kialakulásához, ezért szükséges annak szabályozása például munkaidő- és jövedelemkorlátozással.

A Naszlady Attila Egészségfejlesztési Program (NAEP) célja a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése a telemedicina eszközeivel a halmazottan hátrányos helyzetű térségek településein – foglalta össze a projektet bemutató előadásában **Nagy Ferenc**, a Máltai Szeretetszolgálat egészségügyi szakterületi vezetője. A Máltaiak mobilklinikáin 40 településen 40 ezer vizsgálatot végeztek el a szakdolgozók, az ellátást online felügyelő orvos támogatásával. Bár a telemedicinális vizsgálatok nem helyettesítik az orvos-beteg találkozást, a szakterületi vezető jelezte: mindössze a páciensek harmada igényel csak további szakorvosi ellátást. Hangsúlyozta azt is, az ellátási forma nem kényelmi szolgáltatás, hanem egymillió lakos nehezített hozzáférése érdekében igyekszik változtatni.

A 256 mentőállomás mellett 209 ügyeleti telephellyel bővült az elmúlt években az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) ingatlanportfóliója, miután a 2022 nyarán indult Hajdú-Bihar megyei pilot nyomán immár országosan koordinálják az új alapellátási ügyeleti rendszert – foglalta össze **Pápai György**, az OMSZ orvosigazgatója, aki azt is elmondta, az ügyeleti pontokon 1,5 millió ellátás történt, telefonon 158 ezer beteget láttak el tanácsal, kórházba pedig 110 ezret kellett irányítani.

A betegek 9-10 százaléka telefonon jelentkezik az ügyeleti pontokon, leggyakrabban bel- és gyermekgyógyászati kórképeket kell ellátniuk a kollégáknak. A páciensek 94 százaléka feleslegesen érkezik az ügyeleti pontra, problémájukkal akár a napközbeni rendelési időben is felkereshetnék háziorvosukat. Nagyobb teher hárul az ügyeleti ellátásra azok a helyszíneken, ahol csak részben történik meg a helyettesítés a betöltetlen háziorvosi praxisokban, és megfigyelték azt is, hogy azok a háziorvosok, akik részt vesznek az ügyeletben, jellemzően más kollégák betegeivel találkoznak, ami arra utalhat, hogy ezek a páciensek kevésbé effektív ellátáshoz jutnak. Harmadára csökkent a háziorvosok által lakáson ellátott betegek száma, inkább mentőt hívnak, vagy a sürgősségi betegellátókhoz irányítják a pácienseket.

Az Egészséges Budapest Program (EBP) keretében 11 fővárosi kerületi önkormányzati fenntartású járóbeteg-intézménnyel kötött együttműködési megállapodást a főváros onkológiai betegútszervezési feladatok elvégzésére. A helyzetfeltárásról, a szervezési tevékenységről és az ellátási tapasztalatokról számolt be előadásában **Rékassy Balázs**, Budapest Főváros egészségügyi szaktanácsadója, aki arról

is beszélt, milyen kihívást jelentett a szakmai kapcsolatok kiépítése és erősítése a diagnosztikai szolgáltatókkal, az országos intézetekkel, vagy az onkológiai centrumokkal.

TAKÁCS PÉTER AZ EGÉSZSÉGÜGY JÖVŐJÉRŐL

Az európai egységes egészségügyi adattér (European Health Data Space Regulation, EHDS) bevezetésének kérdéseivel és a digitális átállás aktuális helyzetének ismertetésével nyitotta a konferenciát záró előadását **Takács Péter** egészségügyi államtitkár, kiemelve, hogy a digitalizációs igény a betegek oldaláról is fokozottan jelent meg, az EgységAblak forgalma meghaladta a négymillió belépést.

Folyamatosan monitorozzuk az adósság alakulását a Nemzetgazdasági Minisztériummal közösen, és ha szükséges, beavatkozunk – tért át a finanszírozási kérdésekre, és azt is elmondta, az Országos Kórházi Főigazgatóság feladata lesz az adósságkontroll, ezért számítani lehet a költségvetési felügyelők megjelenésére az intézményekben. Az állami intézményekben bevezették a teljesítményelőírást, de döntéshozóként azt is látni akarják látni, hol és mennyivel esett vissza az orvosi teljesítmény. – Bevezetjük a minőségi indikátorrendszert az ellátásban, és következménye lesz annak, ha valahol nem fogadják a pácienseket – ígérte.

Nem szűnnek meg az intézményi konszignációs raktárak az eszközraktározás és logisztika központosításával – szögezte le a szakpolitikus, jelezve, hogy szükség szerint lehet berendelni az ellátáshoz használt eszközöket a pátyi központból, ami álláspontjuk szerint jobban elosztható készleteket eredményezhet.

Tarcza Orsolya



Dr. Pogácsa Zoltán előadása: A magyar gazdaság adta keretek és az egészségügy



Dr. Evetovits Tamás előadása: Mi jellemzi a jól működő egészségbiztosítási rendszereket? Európai kitekintés



Dr. Joó Tamás (MEMT), Dr. Sinkó Eszter (MEMT) és Dr. Takács Péter egészségügyi államtitkár



Kerekasztal: Dr. Pásztélyi Zsolt, Dr. Dózsa Csaba, Dr. Ivády Vilmos és Dr. Velkey György



Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán előadása: Betegűtszervezés feladatai és lehetőségei a járóbetegek szakellátók nézőpontjából



Dr. Volek Éva előadása: Szemészeti AI-megoldások értékelése (egészségügyi adattudomány mesterképzés projekt munka)



Dr. Békássy Szabolcs előadása: Betegűtszervezés lehetőségei az alapellátás nézőpontjából

