

**Kósa Karolina<sup>1</sup>, Katona Cintia<sup>1</sup>, Papp Magor<sup>2</sup>, Sándor János<sup>3</sup>, Fürjes Gergő<sup>3</sup>, Bíró Klára<sup>4</sup>, Ádány Róza<sup>3,5</sup>**

<sup>1</sup> Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen / *Institute of Behavioural Sciences, Faculty of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary*

<sup>2</sup> Semmelweis Egészségfejlesztési Központ, Budapest / *Semmelweis Health Promotion Center, Budapest, Hungary*

<sup>3</sup> Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészség- és Járványtani Intézet, Debrecen / *Department of Public Health and Epidemiology, Faculty of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary*

<sup>4</sup> Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Egészségügyi Menedzsment és Minőségirányítás Tanszék, Debrecen / *Department of Health Systems Management and Quality Management in Health Care, Faculty of Public Health, University of Debrecen, Debrecen, Hungary*

<sup>5</sup> Debreceni Egyetem, MTA-DE Népegészségügyi Kutatócsoport, Debrecen / *MTA-DE Public Health Research Group, University of Debrecen, Debrecen, Hungary*

DOI: <https://doi.org/10.29179/EgTud.2021.2.39-50>

## Segéd-egészségőrök működése az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram praxisközösségeiben

The role and activity of health mediators in the Primary Health Care Model Programme of praxis communities

### Összefoglalás

Magyarországon 2013-2017 között Alapellátás-fejlesztési Modellprogram működött, melynek célja az egészségügyi alapellátás szolgáltatásainak bővítése, és a lakosság, különösen annak hátrányos helyzetű csoportjai egészségi állapotának javítása volt. A Modellprogramban a családorvosok mellett más szakmákat képviselő munkatársak, valamint úgynevezett segéd-egészségőrök is dolgoztak négy praxisközösségben, amelyek hátrányos helyzetű kistérségekben jöttek létre. A segéd-egészségőrök alkalmazásának célja a helyi lakosság ellátáshoz segítése, vagyis döntően egészségügyi mediáció volt. A jelen kutatás célja a Modellprogram 47 hónapja során foglalkoztatott segéd-egészségőrök működésének vizsgálata volt, alkalmazásuk és munkavégzésük kvantitatív jellemzői alapján, amelyek a Modellprogramot irányító programirodának szolgáltatott jelentésekből származtak. A Program futamideje alatt összesen 58 segéd-egészségőr alkalmazására került sor, akik többsége fiatal-középkorú, gyermekes anya volt, döntően legfeljebb szakiskolai végzettséggel, változó időtartamú alkalmazásban és heti munkaidővel. A praxisközösségekben tevékenykedő segéd-egészségőrök munkájának összehasonlításához különféle mutatókat hoztunk létre, amelyek az ellátottak létszámára, valamint az új szolgáltatásként kínált egészségi állapotfelmérés és közösségi egészségfejlesztési programok résztvevői létszámára vetítették a mediátori munkaidőket. Az egy ellátandó személyre jutó segéd-egészségőr munkapercek száma a Borsodnádasdi PK-ban 2,45-szeres volt a Berettyóújfalui PK-éhoz képest. A négy praxisközösség segéd-egészségőreinek munkaidő-hatékonysága némileg eltért egymástól. A vizsgált mutatókat együttesen tekintve a segéd-egészségőrök munkaidő-kihasználásának mértéke az ellátottak elérésére a Berettyóújfalui PK-ban volt a legnagyobb, és a Hevesi PK-ban a legkisebb. Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram világviszonylatban is elsőként foglalkoztatott az egészségügyi alapellátásban az ellátást végző csapat teljes jogú tagjaiként

mediatori feladatokat ellátó segéd-egészségőrök tartós alkalmazásában. A segéd-egészségőrök vagy mediátorok fontos szereplői lehetnek az egészségügyi alapellátásnak, akik közvetítve az alapellátási szakemberek és a lakosság minden csoportja közt, hatékonyabbá teszik a szakemberek tevékenységét, különösen a leghátrányosabb helyzetű településeken és népességcsoportokban.

Kulcsszavak: egészségügyi alapellátás, egészségügyi mediátor, megelőzés, praxisközösség

### Abstract

A Primary Health Care Model Programme operated in Hungary between 2013-2017 aiming to improve the health status of the population by extending preventive services and equity in access to primary care. Four group practices were created from single practices that employed nonmedical health professionals as well as support workers. The latter – called health mediators – were recruited from local communities to increase the uptake of new preventive services by personal contacts in the local populace. The authors estimated the contribution of health mediators in two new services of the group practices (health status assessment and community health promoting programmes). Quantitative analysis of administrative data mandatorily reported to Programme Management during 47 months of operation was carried out. Altogether 58 health mediators had been employed during the Programme for varying duration, most of whom were young-middle-aged mothers with vocational education. In order to compare mediator work in the four GP clusters, indicators were created by relating mediator work hours (minutes) to the number of patients, and the number of participants in health assessment and community health promoting programmes. The number of health mediator work minutes per patient was 2.45 times higher in the Borsodnádásd group practice compared to the Berettyóújfalu group practice. Work-time efficiency was highest in the Berettyóújfalu and lowest in the Heves group practice. The Model Programme was globally the first to employ health mediators in long-term positions as equal members of a multidisciplinary primary care team. Health mediators are useful workers in primary care who, by mediating between professionals and all strata of the population, can improve the uptake and efficiency of care, especially in deprived areas.

Keywords: primary health care, health mediator, prevention, General Practitioners' clusters

### EGÉSZSÉGTUDOMÁNY

2021;65(2): 39-50

### HEALTH SCIENCE

Közlésre érkezett: 2021. április 10.

Submitted: 10 April 2021

Elfogadva: 2021. április 20.

Accepted: 20 April 2021

#### Levellezési cím/Correspondence:

Dr. Kósa Karolina

DE ÁOK Magatartástudományi Intézet  
4032 Debrecen, Móricz Zsigmond krt. 22.

E-mail: kosa.karolina@med.unideb.hu

## Bevezetés

### Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram

„Az egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával” (a továbbiakban: Modellprogram) nevű program a hazai egészségügyi alapellátás működésének átalakítását és szolgáltatásainak bővítését, valamint a magyar lakosság egészségi állapotának javítását és a lakosság különböző rétegei közt fennálló egészségi egyenlőtlenségek csökkentését célzó legnagyobb szabású, négy és fél évig működött program volt<sup>1</sup>.

A Program egy kilenc intézményes tagból álló konzorcium irányításával, a feladatokat 9 munkacsoportra osztva, 2013 októbere és 2017 májusa közt valósult meg négy megye hátrányos helyzetű kistérségeiben. Berettyóújfalu, Borsodnádásd, Heves és Jászapáti tér-

ségében 14 település összesen 24 háziorvosi praxisa szerveződött négy praxisközösséggé, amelyek a körzeti és iskolai védőnőkkel, valamint a térségben dolgozó iskolaorvosokkal is együttműködtek.

A Program pénzügyi háttérét a Svájci-Magyar Együttműködési Program biztosította. Az Európai Bizottság és Svájc közt 2006-ban létrejött megállapodás alapján Svájc 10 újonnan csatlakozott EU tagország részére egyszeri, vissza nem térítendő támogatást folyósított öt éven keresztül (Svájci Hozzájárulás). Ebből Magyarország több mint 130 millió svájci frank támogatást kapott, amelyet egy kétoldalú keretmegállapodás<sup>2</sup> értelmében öt prioritási területen kidolgozott, a végrehajtást meghatározó rendelet<sup>3</sup> szerint nyílt pályázat során kiválasztott 39 programnak ítélték oda. Ebből az egyik program volt az SH/8/1 kódú Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, 13 millió svájci frank költségvetéssel.

A Modellprogramban létrejött négy praxisközösség (PK) mindegyikét hat háziorvosi praxis alkotta. A PK-k egyéb egészségügyi szakembereket is alkalmaztak,

akik közreműködésével a hagyományosan nyújtott akut betegellátás és krónikus gondozás mellett új szolgáltatásokat is lehetett nyújtani az ellátottaknak, úgymint 1) egészségi állapotfelmérés (EÁF), minden ellátott személyenkénti behívásával és vizsgálatával, előre meghatározott protokoll szerint; 2) orvosi kockázatbecslés az EÁF adatai alapján; 3) életmód-tanácsadás, általános és személyre szabott preventív szolgáltatásokkal; 4) helyi közösségeknek nyújtott egészségfejlesztési programok<sup>4</sup>.

Az egyéb egészségügyi szakemberek (praxisközösségenként egy népegészségügyi koordinátor, egy gyógytornász, egy dietetikus, egy népegészségügyi szakember, egy pszichológus, egy praxisközösségi nővér) felsőfokú végzettséggel rendelkeztek, és főállású alkalmazásukra volt lehetőség. A praxisközösségek ezen túlmenően 12 (összesen 48) többségében legfeljebb szakiskolai végzettséggel rendelkező, ún. segéd-egészségőrt is alkalmazhattak félállásban, akiket a helyi közösségekből toboroztak<sup>5</sup> (1. ábra).



1. ábra: A praxisközösségek munkatársai

### **Segéd-egészségőrök (egészségügyi mediátorok) az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban**

A segéd-egészségőrök elsődleges feladata az volt, hogy a Program kiemelt célcsoportja, a hátrányos helyzetű, ezen belül is a roma lakosság körében segítsék a praxisközösségek által kínált új szolgáltatások igénybevételét, illetve általában az ellátáshoz való hozzáférést.

A Program kezdetén, 2013-ban 48 fő alkalmazására volt lehetőség, akik kiválasztását a házi orvosok és a kisebbségi önkormányzatok végezték. A segéd-egészségőrök többségében fiatal középkorú, családos, többségükben legfeljebb szakiskolai végzettséggel rendelkező, a helyi közösségekből toborzott, magukat romának valló nők voltak. 2013-ban és 2015-ben mindannyian 30 órás roma mediátor képzést kaptak. Ezen túlmenően azok, akiknek nem volt egészségügyi végzettségük, és vállalták a számukra ingyenes képzés feltételeit, a Program keretében munkaidőben szervezett ápolási asszisztens vagy szociális gondozó képzésben is részt vettek, és OKJ képzettséget szereztek. A Program futamideje során rendszeresen ún. „on-the-job” továbbképzésekben is részesültek, amelyek témái a közösségekkel való munkavégzés, kommunikációs és digitális eszközhasználati készségek fejlesztése, szervezési és adminisztratív ismeretek, egészségnevelési ismeretek és módszerek voltak.

A segéd-egészségőrök az EÁF-ra való toborzás mellett közreműködtek minden közösségi program szervezésében; képzésüket követően egészségnevelési tevékenységet is folytattak, és értékes segítői voltak a népegészségügyi koordinátornak, vagyis annak a PK vezetőnek, aki a nem szakorvos munkatársak, köztük a segéd-egészségőrök munkáját is felügyelte. A segéd-egészségőrök a többi munkatárshoz hasonlóan havi jelentést készítettek a munkájukról, és részt vettek a munkatársi értekezleteken. Munkavégzésük könnyítésére mindannyian kerékpárt, valamint egészségnevelési dokumentumokat és előtelepített magyar nyelvű egészségügyi applikációkat tartalmazó tablettát is kaptak, mely utóbbi használatát rövid képzés keretében sajátították el.

### **Mediáció hátrányos helyzetű csoportok és intézmények között**

A segéd-egészségőrök mediátori szerepet töltek be a Modellprogramban. Általánosságban a mediáció vagy közvetítés olyan módszer, amelynek célja, hogy egyet nem értő felek között segítse a kommunikációt és a megértést annak érdekében, hogy a felek köz-

ti vitát békés, nem jogi úton rendezni lehessen. Jogi értelemben a közvetítés a viták rendezésének alternatív módja<sup>6</sup>. Ez a módszer került alkalmazásra 1986-ban a franciaországi Marseille-ben, amely célzottan a szociális munkások és az ottani roma közösség közti konfliktusok megoldására irányult, roma mediátor segítségével<sup>7</sup>. Később a jogi keretektől kilépve, a szociális ellátásban és az oktatásban is elkezdtek működni mediátorok. Az egészségügyben először 1997-ben Romániában kezdődött el roma közvetítők alkalmazása; a példát hamarosan más országok is követték<sup>8</sup>. A roma egészségügyi mediátorok képzése és az egészségügyi ellátásba való bevonása jelentős lendületet kapott 2005-től, a Roma Integráció Évtizede (RIÉ) indulása után. Ezt a programot az Open Society Institute hirdette meg a 2005-2015 közötti évtizedben, amelyhez számos nemzetközi szervezet és 12 kelet-közép-európai ország, köztük hazánk is csatlakozott. A csatlakozó országok nemzeti programokat hoztak létre a romák integrációjának segítésére, prioritási területekként kiemelve az oktatást, foglalkoztatást, lakhatást és egészségügyi ellátást. Az egészségügyi ellátás javításában hangsúlyos szerepet kapott a roma mediátorok kiképzése és alkalmazása<sup>9</sup>. A RIÉ folyamán kiképzett és munkába állt roma mediátorok működéséről összegyűlt tapasztalatok önálló beszámolóban kerültek nyilvánosságra<sup>10</sup>.

### **Az Európa Tanács mediátorokat képző ROMED programja**

Az Európa Tanács 2010 októberében egy magas szintű romaügyi konferencián ismételten ráirányította a figyelmet a romák társadalmi és gazdasági kirekesztettségére, azonnali társadalmi, gazdasági integrációs intézkedések megtételét sürgetve. A konferencián elfogadott ún. Strasbourgi Nyilatkozatában<sup>11</sup> a Tanács – a tagállamokkal együttműködve – vállalta egy európai tréningprogram kidolgozását roma mediátorok számára, a roma mediátorok munkájának támogatása, ismertségének és elismertségének fokozása céljából, szoros együttműködésben a nemzeti kormányzatokkal és a helyi önkormányzatokkal.

Az Európa Tanács által vezetett, roma mediátorokat képző, ROMED néven ismertté vált program 15 országban indult el 2011-ben<sup>12</sup>. A képzési program feladatai közé tartozik, hogy képessé tegye a mediátorokat arra, hogy bizalmat és nyílt kommunikáción alapuló kapcsolatot alakítsanak ki a felek képviselőivel. Ez a kapcsolat teszi a mediátorokat képessé arra, hogy megértsék az adott helyzetet, tükrözzék a felek eltérő szempontjait

és véleményeik, érzéseik, attitűdjeik és cselekedeteik hátterét, illetve kapcsolatot teremtsenek a felek között hatékony kommunikáció eszköztárát felhasználva. A mediátorok nemcsak magánszemélyek egymás közti, hanem személyek (romák) és egészségügyi, oktatási és munkaügyi intézmények képviselői között is igyekeznek megkönnyíteni a kommunikációt és a kapcsolatteremtést.

A mediátorok munkája során háromfajta megközelítés alkalmazható. A „trójai faló” az intézmény eszköze, akinek a feladata a közösség elérése azzal a céllal, hogy megváltoztassa a közösség tagjainak magatartását és hozzáállását az intézmény által preferált irányba. A közösségi aktivista a közösség képviselője, aki az intézmény ellen harcol a romák jogaiért. A valódi interkulturális mediátor ismeri a közösséget és az intézményt, és a pártatlanság elve alapján arra összpontosít, hogy javítsa a kommunikációt és az együttműködést, mindkét felet arra ösztönözve, hogy vállalják felelősségüket és aktívan vegyenek részt a változtatás folyamatában. A segéd-egészségőrök tevékenysége a harmadik megközelítés szerint értelmezendő, mivel tevékenységük lényege a valós és hatékony interkulturális kommunikáció előmozdítása volt. Mediátor-képzésüket a Partners Hungary Alapítvány végezte, amely a ROMED program hazai képzéseit is megvalósítja<sup>13</sup>.

Európában az egyenlőtlenségek és az azzal összefüggő társadalmi kirekesztés és mélyszegénység legnagyobb mértékben a romákat, Európa legnagyobb kisebbségét sújtja<sup>14</sup>. Ezt a helyzetet javítandó célozta meg az egészségi egyenlőtlenségek csökkentését, különös tekintettel a roma népességre, az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, amely az EU 2011-ben elfogadott romaintegrációs keretstratégiájához<sup>15</sup> és a magyar kormány által készített Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégiához, illetve annak intézkedési tervéhez is illeszkedett<sup>16</sup>.

A jelen közlemény célja az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban alkalmazott segéd-egészségőrök (egészségügyi mediátorok) működése kapcsán szerzett tapasztalatok összegzése általában és praxisközösségenként. A segéd-egészségőrök által összességében a Modellprogramban végzett munkáról másutt közöltünk elemzést<sup>17</sup>.

## Módszertan

### A vizsgálat típusa

Az elemzés a Modellprogram teljes futamideje során bármilyen időtartamban foglalkoztatott segéd-egészségőrök alkalmazásának és munkavégzésének kvantitatív jellemzőit vette górcső alá, és azokat nyomon követve, összesítve, praxisközösségenként mutatja be.

### Célcsoport

A vizsgálat célcsoportját a Svájci Alapellátási Modellprogramban 2013. július 1. – 2017. május 31. közt alkalmazott segéd-egészségőrök képezték. A Modellprogram megvalósítási terve szerint legfeljebb 48 fő félállásban történő alkalmazására volt lehetőség (12 fő/praxisközösség). A program futamideje alatt azonban számos változás történt mind a segéd-egészségőrök létszámában, mind a személyében (2. ábra), mind pedig a munkavégzés heti óraszámában. A Programterv szerint minden segéd-egészségőr heti 20 órában került volna alkalmazásra, de bizonyos PK-kban a létszámhiány miatt a legjobb teljesítményt nyújtóknak heti 40 órás állást ajánlott a PK vezetése. Így a Program 2. évétől kezdve heti 20 óra mellett heti 40 órában alkalmazott segéd-egészségőrök is voltak egyes PK-kban. Ezért a Modellprogramban alkalmazott segéd-egészségőrök létszáma csak adott időpontra vonatkoztatva adható meg, az általuk végzett munka kiszámításakor pedig az egyes személyek heti munkaidejét is figyelembe kell venni.



2. ábra: Segéd-egészségőrök alkalmazásának időtartama a Modellprogram teljes időtartama során (a vízszintes zöld oszlopok az egyes személyek alkalmazási időtartamát jelzik a Program hónapjai szerint meghatározva)

### Adatgyűjtés és -elemzés

A segéd-egészségőrök alkalmazására és tevékenységeire vonatkozó adatok a Modellprogramot irányító Programirodához benyújtott adminisztratív jelentésekből, valamint a roma közösségek speciális programjaiért felelős munkacsoport nyilvántartásaiból származtak. Az egyes praxisközösségekhez tartozó népességszám eltérő volta, a segéd-egészségőrök fluktuációja és eltérő heti munkaideje miatt olyan mutatókat hoztunk létre, amelyek lehetővé tették a segéd-egészségőrök által az egyes praxisközösségekben teljesített munkaórák összehasonlítását, a következők szerint. Vizsgáltuk az egy praxisközösségben meglévő segéd-egészségőr álláshelyek száma alapján a havi összes potenciális munkaórát, valamint az adott hó-

napban betöltött álláshelyek és az egyes segéd-egészségőrök munkaidejének ismeretében a ténylegesen teljesített munkaórák számát is. Így lehetővé vált a változó számú és munkaidejű segéd-egészségőrt foglalkoztató PK-kban végzett munka a tevékenységre fordított idő szerinti összehasonlítása. Az alkalmazásra és a munkavégzésre vonatkozó adatokat praxisközösségenként összesítettük.

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

Azt is szeretnénk volna látni, hogy tevékenység szerint elemezve a segéd-egészségőrök munkáját, hogyan viszonyulnak egymáshoz a PK-k. A mediátorok feladatai közül két olyan tevékenység volt, amellyel jelentős időt töltöttek. Az egyik az egészségi állapotfelmérésre (EÁF) való toborzás volt, amelyre személyesen hívták mindazokat, akik az orvos által küldött írásos meghívóra nem jelentkeztek. Ennek a tevékenységnek az összehasonlítása érdekében az EÁF-on összesen részt vettek létszámára vetítettük az összes segéd-egészségőr munkaidőt. A másik, viszonylag önálló tevékenység a közösségi egészségfejlesztési rendezvényekkel kapcsolatos egyszerűbb, szervezéssel kapcsolatos feladatok, illetve az azokon való közreműködés volt. Ezt a tevékenységet a segéd-egészségőrök munkaidejének az ilyen rendezvényeken részt vettek számához hasonlítva értékeltük.

A segéd-egészségőrökre vonatkozó adatok Excel-táblában kerültek rögzítésre, amelyben minden, a programban 2013. július 1. és 2017. május 31. közt eltelt 47 hónap során alkalmazott segéd-egészségőr neve, alkalmazásának kezdete és esetleges vége, havi ledolgozott munkaóráinak száma, valamint távozás esetén annak oka is szerepelt. A jelen közleményben az adatokat személyi azonosításra nem alkalmasan, összesített formában közöljük.

## Eredmények

Amint a 2. ábra mutatja, a praxisközösségekben alkalmazott segéd-egészségőrök személye és alkalmazásuk időtartama is változott a Modellprogram teljes futamideje alatt. A Modellprogram kezdetén és végén alkalmazásban állt segéd-egészségőrök adatait összesíti az 1. táblázat, amelyből látható, hogy a segéd-egészségőrök többsége fiatal középkorú, átlagosan 2 gyermeket nevelő nő volt. A Program kezdetén kevesebb mint felének, a végén több mint kétharmadának legfeljebb szakiskolai végzettsége volt. A Program szempontjából kedvezőtlenül, de összességében kedvezően, az alapfokúnál magasabb végzettségű segéd-egészségőrök jó része más, heti 40 órás munkát talált, ezért távozott a Programból annak befejezése előtt.

A Modellprogram teljes futamideje 47 hónap volt (36 hónap tervezett + 11 hónap hosszabbítás). A programban eredetileg tervezett 48, heti 20 órás foglalkoztatást biztosító segéd-egészségőri álláson a futamidő

során összesen 58 fő alkalmazására került sor. A Program egészét tekintve a segéd-egészségőrök átlagos alkalmazási időtartama a futamidő alatt 33,5 hónap volt; a Program befejezése előtt az összesen alkalmazott segéd-egészségőrök közel kétharmada (36 fő, 62%) távozott.

Minden segéd-egészségőri állást betöltöttnek véve (12 fő/praxisközösség), és minden állás esetében havi 80 óras (4 hét\*heti 20 óra) foglalkoztatást feltételezve, összesen 45 120 munkaóra volt teljesíthető a Program teljes futamidejének 47 hónapja során praxisközösségenként. A tényleges adatok alapján (összes ledolgozott munkaóra a havonta ténylegesen alkalmazásban állt segéd-egészségőrök száma és havi munkaideje figyelembevételével) számított munkaórák száma a Berettyóújfalui PK kivételével ettől eltért (3. táblázat). A lehetségesnél 10%-kal alacsonyabb volt a Hevesi, és azt 3%-kal meghaladó volt a Borsodnádasi PK esetében. Utóbbi úgy volt lehetséges, hogy a segéd-egészségőri állások betöltöttsége magasabb volt a többinél, és nagyobb arányban voltak közöttük főállásúak.

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

Az adatok alapján a Borsodnádasi PK segéd-egészségőrei teljesítették a legtöbb munkaórát, annak megfelelően, hogy ebben a PK-ban volt a legmagasabb a betöltött állások aránya a futamidő során. A fluktuáció alakulása a Jászapáti PK-ban volt a legkedvezőbb: itt volt a legalacsonyabb a futamidő vége előtt eltávoztak száma (3. táblázat).

A módszertani fejezetben leírt módon számítva, az egy ellátandó személyre jutó segéd-egészségőr munkapercek száma a Borsodnádasi PK-ban csaknem két és félszerese (2,45-szeres) volt a Berettyóújfalui PK-éhoz képest, ez volt a legnagyobb különbség. A Jászapáti PK-ban dolgozók munkaperceinek egy ellátottra vetített száma 1,52-szer, a Hevesiben dolgozóké 1,32-szer volt magasabb a Berettyóújfalui PK-ra számított mutatónál (4. táblázat). E mutatók azt tükrözik, hogy a segéd-egészségőröknek fajlagosan a Berettyóújfalui PK-ban jutott a legkevesebb, és a Borsodnádasi PK-ban a legtöbb ideje az ellátandókra. A Programban dolgozott segéd-egészségőrök munkaperceinek száma a futamidő alatt a négy

PK összes ellátottjára vetítve átlagosan 186 perc volt.

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

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

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

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

2. táblázat: A segéd-egészségőrök jellemzői praxisközösségenként a futamidő alatt

Mutatók	Praxisközösség							
	Berettyóújfalui		Borsodnádásd		Heves		Jászapáti	
	2013.08.	2017.05.	2013.08.	2017.05.	2013.08.	2017.05.	2013.08.	2017.05.
Mediátorok száma (N)	11	5	14	7	12	4	11	6
Átlagéletkor (év)	35	40	41	45	40	41	44	46
Nők (%)	89	60	100	100	100	100	82	83
Egészségügyi szak-képzettségűek (%)	18	20	7	0	8	25	9	17
Érettségivel rendelkezők (%)	18	60	7	0	17	50	18	33
OKJ végzettek (%)	73	80	21	14	42	50	45	17
A Program befejezése előtt kilépettek (%)	64		56		73		54	
Átlagos foglalkoztatási időtartam (hónap)	31		34		30		39	



3. táblázat: A segéd-egészségőrök alkalmazása indikátor mutatóinak alakulása 2013. 07.01.- 2017.05.31. közt

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

4. táblázat: A segéd-egészségőrök munkavégzésének indikátorai a futamidő során

Mutatók	Praxisközösség			
	Berettyóújfalu	Borsodnádásd	Heves	Jászapáti
Egy ellátottra jutó segéd-egészségőr munkapercek száma	118	289	156	180
Egészségi állapotfelmérésen részt vettek közül egy főre jutó segéd-egészségőr-munkapercek száma	315	521	578	540
Közösségi egészségfejlesztési rendezvényen részt vettek közül egy főre jutó segéd-egészségőr-munkapercek száma	38	51	63	59

## Megbeszélés és következtetések

Az eredmények közül kiemelendő, hogy a segéd-egészségőrök munkavégzését vizsgálva, az összes tényleges munkaóra száma a Borsodnádásdi PK-ban volt a legmagasabb, és a Hevesi PK-ban volt a legalacsonyabb. Az ellátottak számát is figyelembe véve azonban a Berettyóújfalui PK-ban jutott fajlagosan a legkevesebb, és a Borsodnádásdi PK-ban a legtöbb segédegészségőr-munkaidő egy ellátottra. Az új szolgáltatások közül az egészségi állapotfelmérések és a közösségi egészségfejlesztési rendezvények résztvevőinek számát tekintve a Berettyóújfalui PK tűnik a leginkább, és a Hevesi PK a legkevésbé hatékonynak annak tekintetében,

hogy a segéd-egészségőrök mekkora munkaidő-ráfordítással tudták a célközönséget e két új szolgáltatásba bevonni. Az általunk számított mutatók természetesen nem tartalmaznak információt az elvégzett munka minőségéről. A munkaidő-ráfordítás közti különbségek bizonyosan számos tényező együttes hatását tükrözik, melyek egyike, hogy a Berettyóújfalui PK népegészségügyi koordinátora, tehát a segéd-egészségőrök munkáját közvetlenül felügyelő és irányító szakember a négy koordinátor közül a legnagyobb tapasztalattal rendelkezett.

A Modellprogram kedvező tapasztalatok összességét produkálta, elsőként bizonyítva, hogy a praxisok együttműködése a hazai alapellátásban is javítja a szol-

gáltatások minőségét és az azokhoz való hozzáférést<sup>18</sup>. Az alapellátásban dolgozók együttműködésének szükségességét az Egészségügyi Világszervezet közel fél évszázada proponálja, sőt arra konkrét modellt is kidolgozott. Az alapellátók együttműködése a humán-erőforrással való hatékonyabb gazdálkodást is segíti<sup>19</sup>, amelyre különösen szükség van a hazai egészségügyi alapellátásban.

A segéd-egészségőröknek a praxisközösségekben történt alkalmazása globálisan is példaértékű. Roma mediátorok képzésére, és projektszerű, valamint civil szervezeteken keresztül történő alkalmazására számos példa volt korábban Európában<sup>10,20,21</sup> és hazánkban is<sup>22,23</sup>, de a Modellprogramban világviszonylatban elsőként történt meg, hogy az egészségügyi ellátásban hivatásszerűen, az ellátást végző csapat teljes jogú tagjaiként roma mediátorok (a Programban: segéd-egészségőrök) tartós alkalmazására került sor.

A segéd-egészségőröknek nagy szerepük volt abban, hogy a Modellprogram kiemelt célcsoportjai az új szolgáltatásokat igénybe vették. Különösen jó eredménnyel zárult a Program végére az egészségi állapotfelmérés, amelyen a behívottak 80%-a megjelent. Ez messze meghaladta a Magyarországon 2000 óta végzett populációs szűrőprogramok bármelyikének átszűrési eredményeit<sup>17</sup>. Az ellátottakkal végzett munka során a segéd-egészségőrök saját egészségi állapota is javult, amint az követéses vizsgálatukból kiderült<sup>24</sup>. A Program végéig foglalkoztatott mediátorok elkötelezettsége a Program során nőtt, és annak végeztével is megmaradt. A mediátorok egybehangozón úgy vélekedtek, hogy a Programot folytatni kellene úgy, hogy a segéd-egészségőrök alkalmazása is folytatódjon<sup>25</sup>.

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

őszétől azonban kerékpárokat is kaptak, amely jelentősen csökkentette a közlekedéssel töltött időt.

A mediátorok alkalmazásával kapcsolatos nehézségek között kell említeni, hogy a Programba való bekerülés sokuknak ugyan a munkanélküliségből való kilépést jelentette, de a félállású alkalmazás nem biztosított megfelelő jövedelmet. Ezt a futamidő alatt eltávozottaknak a 3. táblázatban bemutatott magas száma is tükrözte. Tanulságos adat, hogy a Programban összesen alkalmazott segéd-egészségőröknek mindössze 17%-a volt a futamidő alatt végig alkalmazásban. Az eltávozottak csaknem mindegyike főállású alkalmazás és azzal járó magasabb bér kedvéért lépett ki a Programból, amely a saját foglalkoztatásuk szempontjából kedvező volt ugyan, de a Program működését nehezítette, és fontos tanulsággul szolgál jövőbeli hasonló programok tervezéséhez.

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

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

A mediátorok képzése azonban jelenleg is folytatódik a Partners Hungary Alapítvány munkája révén<sup>26</sup>. A kiképzettek foglalkoztatására érdekes példa a Glaxo-SmithKline gyógyszeripari vállalat társadalmi felelősségvállalás (Corporate Social Responsibility) alapján indított nemzetközi programja. Ennek keretében 2012 és 2015 közt négy országban 117 roma közösséggel vettek fel a kapcsolatot, és 87 egészségügyi mediátort képeztek ki. Magyarországon 12 mediátor foglalkoztatására került sor 9 településen, amelyeken a mediátorok akcióterv alapján dolgoztak a települések lakossága egészségügyi ellátásának javításán, és 6 mikroprojekt keretében hajtottak végre konkrét, a helyi lakosság egészségi állapotát javító beavatkozásokat<sup>23</sup>.

Eredményeink alapján megállapítható, hogy a segéd-egészségőrök (mediátorok) alkalmazásának hasznosságára meggyőző példa az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram. A segéd-egészségőrök (egészségügyi mediátorok) mint az egészségügyi alapellátás helyben dolgozó munkásai közvetíteni tudnak az alapellátási szakemberek és a lakosság minden csoportja közt, és számos olyan feladatot meg tudnak oldani, amellyel a magas képzettségű szakemberek tevékenysége hatékonyabbá tehető. A mediátorok fontos potenciális szereplői lehetnének az egészségügyi alapellátásnak, akiknek alkalmazása növelhetné az alapellátási tevékenységek hatékonyságát, különösen a leghátrányosabb helyzetű településeken és népességcsoportokban.

#### Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetüket fejezik ki Csizmadia Istvánnak, a Program menedzsment szervezet képviselőjének, dr. Margittai Barna programvezetőnek, Gutási Éva, Kúr Edina és Mikhel Kata program-asszisztenseknek, valamint Elek Ágnes, Szabóné Gombkötő Éva, Szabó Edit és Tóth Adrienn Csilla népegészségügyi koordinátoroknak az adatgyűjtésben nyújtott segítségükért. dr. Benkő Gábor, Dr. Cséki János, dr. Szabó János és dr. Völgyi István praxisközösségi koordinátoroknak a népegészségügyi koordinátorokkal együtt kiemelkedő érdemeik vannak a segéd-egészségőröknek a praxisközösségekbe történő integrálásában, és a roma közösségek speciális programjaiért felelős munkacsoporttal való együttműködésben, amelyért a szerzők ezúton is kifejezik köszönetüket.

#### Anyagi támogatás

A Modellprogramot a Svájci-Magyar Együttműködési Program finanszírozta a magyar kormánnyal egyetértésben. Az adatgyűjtés a „Népegészségügyi fókuszú alapellátás szervezési Modellprogram virtuális egészség központtal” (SH/8/1) Program keretében zajlott.

Kósa Karolina, Katona Cintia, Sándor János, Bíró Klára és Ádány Róza a GINOP-2.3.2-15-2016-00005 számú projekt támogatásában részesültek a jelen tanulmány elkészítése során. Ez a projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális Fejlesztési Alap társfinanszírozásával valósult meg. A finanszírozó szervezetnek sem a kutatá-

si terv elkészítésében, sem az adatgyűjtésben és elemzésben, sem az eredmények értelmezésében, sem pedig a kézirat benyújtására vonatkozó döntésben nem volt szerepe.

#### Etikai engedélyek

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

#### Érdekeltségek és egyéb információk

A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik. A kéziratot minden szerző elolvasta és jóváhagyta. Ez a kézirat más folyóirathoz nem került benyújtásra.

## Irodalomjegyzék

1. Ádány R, Kósa K, Sándor J, et al.: General practitioners' cluster: a model to reorient primary health care to public health services. *Eur. J. Pub. Health* 2013, 23 (4), 529-330. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt095>
2. 348/2007. (XII. 20.) Korm. rendelet
3. 237/2008. (IX. 26.) Korm. rendelet
4. Sándor J, Kósa K, Fürjes G, et al.: Public health services provided in the framework of general practitioners' clusters. *Eur. J. Pub. Health* 2013, 23 (4), 530-532. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt096>. PMID: 23882117.
5. Kósa K, Sándor J, Dobos É, et al.: Human resources development for the operation of general practitioners' cluster. *Eur. J. Pub. Health* 2013, 23 (4):532-533. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt097>. PMID: 23882118.

6. Mediation. [https://en.wikipedia.org/wiki/Mediation#cite\\_note-16](https://en.wikipedia.org/wiki/Mediation#cite_note-16)
7. M. Buceanu (2003): Roma Health mediators between necessity and innovation. Council of Europe. <http://www.coe.int/t/e/com/files/event-s/2003-09-roma-women/Buceanu.asp>
8. J-P. Liégeois (2005): Developments in mediation, current challenges and the role of ROMED. Training programme for Roma mediators. Council of Europe, 2013.
9. Mediating Romani health. Policy and program opportunities. Open Society Institute, New York. [https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/f2ec2de8-eda8-494a-9ce9-4e969acb2368/roma\\_health\\_mediators.pdf](https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/f2ec2de8-eda8-494a-9ce9-4e969acb2368/roma_health_mediators.pdf)
10. Roma Health Mediators (2011): Successes and challenges. Open Society Foundations. <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/roma-health-mediators-20111022.pdf>
11. "The Strasbourg Declaration on Roma". Council of Europe 2010. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1691607>
12. ROMED 1. Council of Europe <http://romed.coe-romact.org/>
13. Partners Hungary Alapítvány <https://partnershungary.hu/>
14. Az EU és a romák. Európai Bizottság- [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/hu/policy/themes/social-inclusion/roma-inclusion/](https://ec.europa.eu/regional_policy/hu/policy/themes/social-inclusion/roma-inclusion/)
15. Európai romapolitika – egyedülálló lehetőség. <https://2010-2014.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/tarsadalmi-felzarkozasert-felelos-allamtitkarsag/hirek/egyedulallo-europai-osszefogas-a-romak-felzar-koztatasaert>
16. Az EU nemzeti romaintegrációs stratégiáinak 2011-ben elfogadott keretét. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0173:FIN:HU:PDF>
17. Kósa K, Katona C, Papp M, et al. Health mediators as members of multidisciplinary group practice: lessons learned from a primary health care model programme in Hungary. BMC Fam. Pract. 2020, 21, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-1092-7>
18. Záró értékelés 2017. június. Svájci Hozzájárulás keretében támogatott - Az egészségügy forrásainak felhasználásával népegészségügyi fókuszú alapellátás-szervezési modellprogram Virtuális Ellátó Központ támogatásával című program. <https://semmelweis.hu/emk/szakertoi-tevekenyseg-projektek/lezart-projektek/svajci-magyar-alapellatas-fejlesztési-modellprogram/>
19. World Health Report 2008. Primary Health Care – Now more than ever. World Health Organization <https://www.who.int/whr/2008/en/>
20. Roma health mediation in Romania: case study. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013. (Roma Health Case Study Series, No. 1).
21. Health mediation models in the EU: Examples of good practice. IOM MHD RO Brussels, National Network of Health Mediators (NNHM) in Bulgaria 2016.
22. Mediátor képzés roma közösségi házak és információs központok munkatársai számára 2003-2004. <http://www.euromediator.hu/magyar/program02.html>
23. Roma közösségek egészségfejlesztése Kelet-Közép Európában. GSK 2013. <https://www.gsk.hu/roma-kozossegek-egeszsegfejlesztese.aspx>
24. Katona C, Bíró É, Kósa K. Segéd-egészségőrök egészségi állapotának változása az Alapellátási Modellprogramban. kézirat közlésre benyújtva
25. Katona C, Gutási É, Papp M, et al. Facilitating equal access to primary care for all: work experiences of health mediators in a primary health care model programme in Hungary. BMC Fam Pract. 2020, 21 (1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01281-z>
26. Roma integráció. Partners Hungary Alapítvány. <https://partnershungary.hu/roma-integracio/>