

Opponensi vélemény

Dr. Sándor János: „*A felnőtteket ellátó háziorvosi alapellátás preventív szolgáltatásainak értékelése Magyarországon*” című
MTA doktori értekezéséről

Egy ország/régió lakossága, illetve annak egyes csoportjai egészségi állapotának fenntartása, megbetegedéseik megelőzésének biztosítása szempontjából az alapellátás működésének színvonala, a rendelkezésre álló prevenciós lehetőségek kihasználásának mértéke egyértelműen meghatározó tényező. A disszertáció témája, amely részletekbe menően, különböző szempontok alapján elemzi a hazai alapellátás megelőző célzatú tevékenységét, annak jelenlegi pozitív és negatív sajátosságait, és ennek kapcsán számos megoldandó feladatot jelöl ki, egyértelműen fontosnak, megközelítésének komplexitása következtében pedig újszerűnek is tekinthető.

Formai megjegyzések:

A disszertáció bekötött példánya 198 gépelt oldalból áll; ezen belül 4 oldal a Tartalomjegyzék, 1 oldal a Rövidítések jegyzéke, 160 oldal a tényleges szöveg, további 8 oldal a Tézisek, 4 oldal a munka alapját képező Saját közlemények listája, 1 oldal a Köszönetnyilvánítás, 18 oldalnyi terjedelmű a 403 tételből álló, számozott Irodalomjegyzék. A disszertáció 41 ábrát és 52 táblázatot tartalmaz.

Az értekezés formailag egyértelműen igényes kiállítású, jól átgondolt tördelése következtében kellően áttekinthető. Ennek ellenére áttanulmányozása során az opponensnek egy tényleges problémával kellett szembe néznie. Nyilvánvaló, hogy a feldolgozandó résztémák száma, azok adatainak mennyisége, valamint a megíráskor rendelkezésre álló oldalszám teljes volumene ellentétben állt egymással. Ennek tudomásul vételével is meg kell jegyezni, hogy az olvasó (opponens) számára nehezen követhető volt a 10-es vagy kisebb betűmérettel printelt szöveg (pl. 97. oldal), az esetenként oldalnyi terjedelmű táblázatok adatai, amelyek általában 8-as méretű számokat tartalmaznak, egyes ábrákban pedig 6-osak vagy még kisebbek, sőt, helyenként, alsó/felső indexekben, illetve egyes ábrákban még apróbbak is előfordulnak (15, 25. oldal; IX/1., XIII/1-15. ábra; stb.). Annak ellenére, hogy formailag törekedve volt megfelelően vizualizálni (pl. bold betűkkel) a táblázatok egyes sorait, oszlopait, az említett ok miatt sok helyen nem volt egyszerű összekapcsolni az adott szövegrészt és a hozzá tartozó, táblázatbeli numerikus adatokat. Problémát jelentett még, hogy az öt-, hat, hétjegyű számok esetében – néhány táblázatot, illetve szövegben levő előfordulást leszámítva (I/2. táblázat) –, nem történt meg azoknak a három számjegyenkénti vesszővel vagy betűközzel való felosztása. Ez helyenként, ahol a leírtakban egymás mellett jónéhány ilyen számszerű adat szerepelt, problematikusá tette azok figyelemmel kísérését.

Összességében meg kell jegyezni, hogy az említett okok miatt, dacára az igen jó minőségű printerelésnek, egy-egy alfejezet áttekintése, oldalszámától függően, több órányi folyamatos, intenzív odafigyeléssel történhetett csak meg. (Annak igazolására, hogy a munka ennek ellenére valóban tételesen át lett nézve, idézem az általam talált, egyetlen nem megfelelő tartalmú mondatot: „A praxisok földrajzi elhelyezkedését megyénként aduk meg (Baranya, Bács-Kiskun, Somogy) jellemezték, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Jász-Nagykun Szolnok, Tolna, Vas, Veszprém, Zala és Budapest.” [57. oldal, 2. bekezdés].)

Szeretném még egyszer hangsúlyozni, hogy a disszertáció formailag gondosan összeállított és kivitelezett, az említett megjegyzések nem erre, hanem az „olvashatóságra”, pontosabban az opponenstől elvárható „átbogarászásra” (elnézést!) vonatkoznak.

Az anyag megfogalmazása világos, a sok helyen felsorolásként egymás mellett levő, különböző nagyságrendű és dimenziójú numerikus adatok esetében is kellően érthető.

Tartalmi megjegyzések:

A disszertáció négy fő részből áll, az első egy, a második, a harmadik és a negyedik több alfejezetből áll. Ezeknek az alapvető szerkezete egységes, mindegyik bevezetés, célkitűzés, adatok és módszerek/módszerek, eredmények, megbeszélés, valamint konklúzió részekből áll; ez a struktúra, bár esetenként az adott rész anyagának megfelelően további, kisebb alegységekkel is kiegészül, elősegíti az egyes témakörök saját belső információ rendszerének megértését. Lényegesnek tartom, hogy valamennyi résztéma elemzését követően leírásra kerülnek az ott leírtak erősségére illetve gyengeségére vonatkozó megállapítások is. Ez az olvasó számára még elfogadhatóbbá teszi a megfogalmazott tények megalapozott voltát.

A disszertáció mintegy évtizedes időtartamú, szisztematikus vizsgálat adatait és eredményeit tartalmazza. A tizenhét alfejezet, részben egymást fedő adatbázisaik ellenére, tartalmukat és azoknak az említett szerkezet szerinti feldolgozását tekintve önálló egységeknek tekinthetők. Részletesen áttanulmányozva azokat, beleértve ebbe a probléma felvetést tartalmazó bevezetéseket, a célkitűzéseket, a módszereket és az alkalmazott statisztikai elemzéseket, az eredmények diszkusszióját, azon belül a feldolgozás erősségeit és gyengeségeit, végül a konklúziókat, egyik témakör esetében sem volt található szakmailag nem elfogadható, s ezért megkifogásolható tény, megállapítás.

A munka első, tájékoztató jellegű elolvasását követően felmerült, hogy talán előnyös lett volna a részfejezetek végén egy, a konklúziókban leírtakat összefoglaló, önálló fejezet megírása is. A részletes áttekintést követően azonban ez a hiányérzetem megszűnt. Ekkor ugyanis tételesen sorra vettem a Tézisekben szintén 18 pontban leírtakat is, amelyek összességükben megfelelnek ennek a feladatnak. Úgy vélem, szakmailag előnyös lenne, ha ezt a mintegy 8 oldalas szöveget a népegészségtan/ügy területén, az alapellátásban dolgozók, s különösen az

egészségüggyel, az alapellátással kapcsolatban döntéseket hozók közül minél többen tanulmányoznák át.

Az általam korábban szintén készített, szokásos formátumú opponensi bírálatoktól eltérően, a disszertáció anyagával kapcsolatban nem kívánok olyan tételes megjegyzés sorozatot írni, amely szerint az X-edik oldal Y szakaszában levő információval „ezért, meg ezért” nem értek egyet. Azt is meg kívánom még jegyezni, hogy a teljes anyagot, a „vizuális kényszer” miatt is, igen alaposan áttanulmányozva, a jelöltnek annak témájában, az elemzések módjának megválasztásában, a kapott eredmények szöveg-, táblázat- és ábrabeli interpretálásában, a következtetések levonásában, a gyakorlati teendők kijelölésében, a már említett erősségek és gyengeségek megállapításában olyan szintű szakmai felkészültsége nyilvánult meg, hogy emiatt „értelmes” kifogások lényegében nem voltak megfogalmazhatók. És mondvacsinált „álproblémák” kitalálását és felvetését nem csak a disszertáció színvonala, hanem a jelölt eddigi, jól ismert és elismert szakmai munkássága miatt sem tartottam volna korrektnek és tisztességesnek.

Új eredményekként fogadom el az alábbi megállapításokat:

- az alapellátás szintjén a leírt ajánlásokhoz, előírásokhoz képest összességében lényegesen rosszabbak a preventív szolgáltatások; a szervezett megelőzés fokozásához célzott fejlesztésekre lenne szükség;
- míg a kardio-metabolikus megelőző alapellátási szolgáltatások igénybevételében az eltérő szocio-ökonómiai státusz nem jelentett alapvető egyenlőtlenséget, addig a roma etnikumhoz való tartozás még azonos szint meglétekor is negatív hatású volt;
- a hipertóniás és/vagy diabeteszes felnőttek esetében a megelőzésen való alacsony szintű részvételben viszont fokozott szerepe van a szocio-ökonómiai státusznak; az ellátásban tevékenykedők munkáját mérő indikátorok kialakításakor ezt a tényt figyelembe kellene venni;
- a praxisközösségekben azokban a mutatókban történt pozitív változás, amelyekre fokozott figyelem lett fordítva; ebben a vonatkozásban a roma és nem roma adatok trendjei nem mutattak eltérést;
- a megfelelően kialakított, korrigált indikátorokat használó monitoring rendszer kialakításához más, a háziorvos tevékenységéhez közvetlenül nem kapcsolódó, de az egészségvesztés folyamatában szereppel bíró, pl. környezeti adatok is felhasználhatók lehetnek;
- mivel a háziorvosi praxisok standardizált, az ellátó orvos által nem befolyásolható teljesítmény indikátorai az ellátottaknak a szocio-ökonómiai állapotát befolyásoló képzettségi szintjével, a praxis településének típusával, valamint annak a megyén belüli elhelyezkedésével mutattak összefüggést, a teljesítmény monitoringban ezeket az összefüggéseket figyelembe kellene venni;

- a háziorvosok neme a nőorvosok empatikusabb orvos-beteg kommunikációja miatt játszik szerepet egyes gondozási tevékenységekben (pl. diabetes), illetve bizonyos szűréseken (emlőrák) való részvételben;
- a nem kellő beteg adherenciát jelző, a gyógyszerkiváltásban meglévő rossz arány, a receptek harmadának ki nem váltása, a betegek szocio-ökonómiai státusza, a település jellege mellett kapcsolatban áll a preventív szolgáltatásoknak a praxis tevékenységébe való beépítettsége mértékével;
- a praxisközösségek kialakítása csak egyes indikátorok esetében mutatott javulást (pl. hipertónia korai felismerése és gondozása).

Kérdésem a védésre:

- Eredményei alapján mennyire tartja előnyösnek az alapellátás átalakítása folyamatában egyes információk alapján az egész országban előtérbe kerülő, mindenütt praxisközösségek kialakítására való törekvést?

Összességében értékelve a disszertációt, egyértelműen megállapítható, hogy az a hazai egészségügyi ellátás egy fontos szakmai területének különböző kérdéseivel foglalkozik, a témakör magas szintű, komplex elemzését tartalmazza. A jelölt felkészültségét nem csak az általam áttekintett munka minősége, hanem az annak alapját képező, jelentős szakmai autoritással rendelkező lapokban történt publikációs tevékenysége is jelzi.

A disszertációval kapcsolatban említett, kizárólag formai megjegyzéseim nem teszik megkérdőjelezhetővé annak színvonalát, írójának átfogó szakterületi tudását. Mindezek alapján a disszertációt a magam részéről elfogadom, javaslom nyilvános védésre bocsátását, valamint – annak sikeres megtörténtét követően –, a jelöltnek az MTA doktora cím odaítélését.

Szeged, 2021. január 28.

Nagymajtényi László
az MTA doktora