

A FELNŐTTEKET ELLÁTÓ HÁZIORVOSOK ÁLTAL VÉGZETT KARDIO-METABOLIKUS RIZIKÓFAKTORSZŰRÉS ÉS INFLUENZA ELLENI VAKCINÁLÁS HATÉKONYSÁGA MAGYARORSZÁGON 2014-BEN

Sándor János – Czifra Árpád

ÖSSZEFOGLALÓ

Az alapellátás preventív szolgáltatásai segítségével jelentősen csökkenthető a legnagyobb népegészségügyi súlyú betegségek okozta egészségvesztés, de ezeknek a lehetőségeknek a kiaknázására csak részben került sor. A 2014-es Európai Lakossági Egészségfelméréshez kapcsolódó magyarországi vizsgálat lehetőséget adott arra, hogy értékeljük az alapellátás szintjén nyújtható hipertónia-, cukorbetegség- és hiperkoleszterinémia-szűrés, valamint az influenza elleni vakcinálás hatékonyságát. Meghatároztuk a szakmai irányelveknek megfelelő ellátás, illetve ellátási hiány gyakoriságát, és regressziós modellek segítségével vizsgáltuk az ellátás hiányának rizikófaktorait. A hipertónia, a cukorbetegség és a hiperkoleszterinémia szűrése az egyes célcsoportokban 63–80, 45–63 és 29–68%-os gyakorisággal valósult meg. Influenza elleni védőoltást a célcsoportokba tartozók 9–23%-a kapott. Mindez 1,87 millió évente elmaradt vérnyomásmérésnek, 2,17 millió elmaradt vércukorszint-ellenőrzésnek, 3,17 millió elmaradt koleszterinszint-meghatározásnak és 3,25 millió elmaradt influenza elleni védőoltásnak felelt meg országos szinten. Összességében minden célcsoportban és mindegyik preventív szolgáltatás esetében elmaradtak az igénybevételi adatok az ajánlottaktól; a szolgáltatások hatékonyságának növelése szempontjából az általános célcsoportot a háziorvosi rendelőbe nem járó felnőttek jelentették, akik elérése érdekében az alapellátóknak aktív szervezési munkát kellene végezniük.

Tárgyszavak: egészségügyi alapellátás, preventív szolgáltatások, szakmai irányelvek, monitoring

Sándor János, Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet
E-mail: sandor.janos@sph.unideb.hu

Czifra Árpád, Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet
E-mail: czifraarpad@gmail.com

BEVEZETÉS

Az Egészségügyi Világszervezet az 1978-ban megjelent Alma-Atai Nyilatkozatában (Kishegyi – Makara 2004, World Health Organization 1978) deklarálta először, hogy az egészség mint alapvető emberi jog biztosításának legfontosabb eszköze az egészségügyi alapellátás. Ezt arra alapozták, hogy a jól szervezett alapellátásra épülő egészségügyi ellátórendszerek alacsonyabb költséggel, nagyobb felhasználói elégedettség mellett jobb eredményeket érnek el a népegészségügyi problémák kezelésében, mint a szakellátás-súlypontú rendszerek. A deklarációban arra is kitértek, hogy (1) a kormányoknak kell biztosítaniuk az erőforrásokat az alapellátásban rejlő lehetőségek kiaknázásához, beleértve ebbe a más szektorokkal való együttműködési keretek kialakítását is, mivel az egészség elérése az egyik legfontosabb társadalmi cél; (2) az alapellátás képes integrálni az orvosok, a nővérek és más egészségügyi szakemberek együttműködését; (3) a jól működő alapellátásra támaszkodva lehet hatékonyan működtetni az egészségfejlesztési, a preventív, a gyógyító és a rehabilitációs szolgáltatásokat. Az elmúlt 4 évtizedben számos vizsgálati eredmény támasztotta alá a deklaráció tételeit (World Health Organization 2008a, World Health Organization 2008b). A nemzetközi tapasztalatok szerint azonban az alapellátás fejlesztése nem követi szigorúan a deklaráció elveit, annak ellenére sem, hogy elég világosan látszik, hogy emiatt nem sikerül elérni az alapellátás fejlesztésétől egyébként várható jelentős egészségnyereséget (Scutchfield et al. 2012, Jakab 2013).

Az alapellátás szintjén nyújtható hatékony prevenció

Az Egyesült Államok Kongresszusa 1984 óta működteti a U.S. Preventive Services Task Force-ot (USPSTF), ami az alapellátás szintjén nyújtható preventív jellegű szolgáltatásokkal (szűréssel, tanácsadással, kemoprevencióval) kapcsolatos információk legmegbízhatóbb forrása (U.S. Preventive Services Task Force 2016).

Sok vizsgálat bizonyította, hogy az alapvetően nem a háziorvos, hanem a nővér tevékenységébe illesztett alapellátási eljárások révén jelentős egészségnyereség érhető el. Az eljárásokhoz kapcsolódó költségek azonban távolról sem hanyagolhatók el, azaz ezeknél a preventív szolgáltatásoknál sem igaz, hogy költséget takarítanak meg. Ebben a rendszerben az egy éven belüli koronáriakockázat 1%-os csökkenésének a közvetlen költsége 5,5 font (GBP) volt (Wonderling et al. 1996), az egy megmentett életévhez szükséges kezelési költségek pedig az alkalmazott kezelési protokolltól függően 1000 fontos nagyságrendben voltak (Field et al. 1995). Az első vizsgálatok óta eltelt évtizedekben számos nemzetközi elemzés támasztotta alá ennek a típusú preventív szolgáltatásnak a költségigényét, amelyek között sajnos nincsenek a magyarországi viszonyok közt érvényesülő költség-haszon viszonyokat leíró elemzések.

A jelentős költségek ellenére több országban vállalkoztak arra, hogy javítsák az alapellátás képességét a preventív szolgáltatások nyújtására (Daltona et al. 2011, Frieden – Berwick 2011, Harris 2009). Ezeknek a programoknak az eredményességét (az alapellátási gyakorlatban egyébként oppor­tunisztikus módon alkalmazott preventív szolgáltatások szélesebb körű alkalmazására alapozott egészségnyereség-előállító képességét) azonban még nem sikerült igazolni a kardiometabolikus betegségek okozta halálozás szintjén (Jørgensen et al. 2014, Krogsbøll et al. 2012). Az eddig negatív eredményre vezető vizsgálatok alapján sokan azt a következtetést vonták le, hogy nem érdemes támogatni az alapellátás szintű preventív szolgáltatások fejlesztését, mert az oppor­tunisztikus prevencióhoz viszonyítva ezzel nem lehet elérni szignifikáns hatást. Ugyanakkor, tekintettel a negatív vizsgálatok módszertani hibáira, nem lett általános a szervezett alapellátási prevenció támogatásának megszüntetése (NHS Health Check Expert Scientific and Clinical Advisory Panel 2014).

Az alapellátás szintű prevenció szűkebb célcsoportokra fókuszálása az egészségnyereség-előállító képességet és a költség-haszon viszonyokat is kedvező irányba befolyásolhatja, illetve feloldhatja az egyes eljárások igazolt hatásossága és a gyakorlatban nem észlelt hatékonysága között feszülő ellentmondást. A preventív beavatkozások minősítése szempontjából ennek felismerése azzal járt, hogy meg kellett változtatni a USPSTF ajánlások értékelési szempontjait: az eljárások hatásossága mellett az intervenciók populációs szintű hasznát is vizsgálni kell. A USPSTF az ajánlások erősségének kategorizálásához ehhez az igényhez igazodva változtatta meg. 2007-ig a biztosan (A kategória) és a nagy valószínűséggel (B kategória) egészségnyereséget eredményező eljárásokat ajánlotta alkalmazásra (azaz csak a hatásosságra vonatkozó bizonyíték

megalapozottságát vette figyelembe). 2007-től az elért hatás nagyságát is figyelembe veszik: a biztosan jelentős egészségnyereséget eredményező A kategória mellett a B kategóriát azokra az eljárásokra alkalmazzák, amelyek vagy nagy bizonyossággal, de kis egészségnyereséget, vagy kis bizonyossággal, de nagy egészségnyereséget eredményeznek. A fentebb felsorolt intervenciók célpontokkal kapcsolatos ajánlásokat is ebbe a két kategóriába rendezik 2007 óta. A hipertónia és a lipid-anyagcsere-zavarok szűrése kapott csak A minősítést, mutatva, hogy a többi intervencióval (például a cukorbetegség szűrésével) kapcsolatban vagy hiányoznak még az egyes kérdések tisztázásához szükséges kutatási eredmények, vagy a meglévő eredmények szerint az intervenció nem képes elérni jelentős hatást.

Preventív szolgáltatások az alapellátásban Magyarországon

Az alapellátás preventív jellegű szolgáltatásait részletekbe menően nem vizsgálták Magyarországon. Olyan monitoring rendszer sincs, amely ezen a területen a szolgáltatások (az opportunisztikus jelleggel nyújtott preventív szolgáltatások) értékelését állítaná elő.

A magyar népesség legfontosabb egészségkockázataival kapcsolatban régóta állnak rendelkezésre rendkívül kedvezőtlen halálozási elemzések. Ezek egyértelműen demonstrálják a preventív szolgáltatások általában elégtelen voltát (Sándor 2004, Sándor – Ádány 2011).

A preventív háziiorvosi szolgáltatásoktól várható halálozáscsökkenés nagyságrendjére következtethetünk az NHS (National Health Service) értékelése alapján. A preventív szolgáltatások egy átlagos angliai háziiorvosi körzetben 1000 főre számítva évente 2,589 életét mentenek meg, és potenciálisan 3,409 életét menthetnének meg (Ashworth et al. 2013). Amennyiben azt feltételezzük, hogy Magyarországon jelenleg nem jobbak az ilyen jellegű szolgáltatások, akkor – figyelembe véve a 2015. év elején regisztrált 8 311 854 magyarországi felnőtt népességet és az angliai gyakorisági adatokat – a magyar háziorvosok évente 28 335 életét menthetnének meg a preventív szolgáltatásaikkal, amelyből 21 519 életét meg is tudnak menteni minden évben (6816 életét viszont nem). Azonban vélhetően kevesebb mint 21 519 életét tudnak megmenteni (és 6816 életévnél többet nem), hiszen az EU15 országokhoz képest a magyarországi 65 év alatti kardiovaszkuláris halálozás 335%-os, az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozás 376%-os, a cerebrovaszkuláris halálozás 355%-os, a cukorbetegség okozta halálozás 370%-os volt 2015-ben. Márpedig ezeken a végpontokon

jelentkeznek elsősorban az alapellátás preventív szolgáltatásaiból származó megnyert életévek.

Az 51/1997-es Népjóléti miniszteri rendelet adja a korcsoportokhoz kötött alapellátásban folyó felnőttkori szűrővizsgálatok alapját Magyarországon. Ez meghatározza a minden biztosított számára ingyenesen elérhető szűrő jellegű vizsgálatokat, illetve az alapellátás dolgozóinak ellátási és dokumentációs kötelezettségeit. A rendeletben felsorolt módszerek alapvetően a nemzetközi ajánlásokat tükrözik, azoktól csak néhány ponton térnek el. Ennek megfelelően a magas színvonalú, alapellátásra épített szűrések jogi háttere tulajdonképpen rendezett. A rendeletet sajnos nem egészítették ki a kivitelezés részleteivel foglalkozó módszertani ajánlásokkal, illetve eljárásrendekkel, amelyek a hatékony gyakorlati megvalósítás alapfeltételei lehettek volna. Ezek az alábbiak:

- A rendelet olyan eljárásokat is előír, amelyek metodikáját nem határozza meg (pl. a háziornosnak fel kell mérnie a felnőttek daganatos kockázatát, de sem a rendeletben, sem a rendeletehöz kapcsolódó bármilyen dokumentumban nincs kifejtve, hogy mit jelent módszertanilag a daganatos megbetegedések fokozott kockázatának felderítése).
- Nem alakították ki az alapellátásban végrehajtott szűrővizsgálatok célzott finanszírozását sem, amellyel az alapellátási team tagjait motiválni lehetne a tevékenységük hatékonyságának növelésére. A háziornos per capita finanszírozása alapvetően függ tényleges teljesítménye minőségétől és mennyiségétől. Lényegében a háziornos lelkiismerete határozza meg, hogy milyen preventív szolgáltatásokat nyújt.
- Nem oldották meg a szükséges szakismeretekkel rendelkező egészségügyi szakemberek bevonását sem a rendeletben előírt vizsgálatok kivitelezésébe (pl. annak ellenére, hogy nagyon kevesen veszik igénybe az alapellátás szűréseit, nem alkalmaznak toborzást segítő kommunikációs szakembereket; a háziornostól és a mellette dolgozó ápolótól pedig azt várják el, hogy foglalkozzanak kérdőív alapú szűrési feladatokkal, miközben erre nincsenek felkészítve).
- Nem épült fel az alapellátás számára előírt szűrések végrehajtásának monitoring rendszere, a szervezett méhnyakrák- és emlőrákszűrésektől eltekintve (pl. a dohányzási szokások vagy a hiperkoleszterinémia szűrését nem ellenőrzi semmilyen rendszer).

Mindezek következményeként a magyarországi alapellátásban folyó szűrési gyakorlat mind módszertanilag, mind eredményesség szempontjából rendkívül variábilis. Széles körű egyetértés van abban, hogy számos fejlesztési lehetőség volna ezen a területen, amelyeket ki is kellene használni, mert ilyen módon

érdemben lehetne csökkenteni a krónikus, nem fertőző betegségek okozta egészségveszteséget a magyarországi felnőttek között.

Összességében sok adat áll rendelkezésünkre, amelyek jelzik a rendkívül rossz népegészségügyi helyzetet, és hogy sürgető igény volna a hatékony beavatkozásra. Ugyanakkor a részletes adatok, a problémák tényleges okait azonosító, és ezért a hatékony intervenció beavatkozási pontjait azonosító monitoring rendszer hiánya már a beavatkozások tervezését is megnehezíti (Ádány et al. 2009, Sándor 2012a, Sándor 2012b). A részletes tervezés hiányában nem lehet előkészíteni a más országokban már hatékonynak bizonyult, az egészségveszteséget csökkentő és az egészségegyenlőtlenséget mérséklő beavatkozásokat (Salmi et al. 2017, Daponte et al. 2014).

A hazai háziiorvosi rendszer európai összevetésben

A magyar alapellátás profilját az Európai Unión belül a PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor for Europe) projekt keretében mérték fel 2009–2010-ben. Ennek fényében a magyar alapellátás erőssége a szolgáltatásaihoz való hozzáférés, ami európai összehasonlításban jónak számít. A hazai rendszer átlagos a finanszírozottság, a munkaerővel való ellátottság és a nyújtott szolgáltatások folytonossága vonatkozásában. Gyengének minősítették azonban a rendszer irányítása, a szolgáltatások nyújtása során elért koordináció és a nyújtott szolgáltatások teljesszűrésége szempontjából. A magyar háziiorvosi rendszer összességében a gyenge alapellátások közé sorolható (Kringos et al. 2013).

A preventív szolgáltatásokkal kapcsolatos forrásigény elvileg jelentős korlátozója lehet a szolgáltatások gyakorlati megvalósításának Magyarországon. A European Observatory on Health Systems értékelése szerint viszont a magyar háziiorvosok heti munkaideje a legrövidebb az Európai Unióban. A preventív jellegű szolgáltatásokhoz szükséges háziiorvosi munkaidő tehát elvileg rendelkezésre áll. Ennek kiaknázását sok tényező hátráltatja, amelyek közül a háziiorvosi munkaerőkrízist az elsők között szokták említeni. De, a háziiorvosok magas életkora szempontjából a hazai viszonyok az európai átlagtól nem térnek el jelentősen (Kringos et al. 2015). Az elvi lehetőségek kiaknázását viszont biztosan jelentős mértékben hátráltatja, hogy a hazai háziiorvosi rendszer a közösségi orientáció szempontjából az egyik leggyengébbnek számít az Európai Unión belül (Pavlič et al. 2015).

CÉLKITŰZÉSEK

Elemzésünk során azt szeretnénk volna meghatározni, hogy a hazai alapellátás milyen hatékonysággal szervezi meg a felnőttek körében azokat a preventív jellegű szolgáltatásokat, amelyek nyújtására elvileg lehetősége van és amelyekkel kapcsolatban mind a hazai jogszabályok, mind a hazai és nemzetközi szakmai ajánlások előírásokat fogalmaznak meg, azaz az influenza elleni vakcinálást, a hipertónia-, a cukorbetegség- és a diszlipidémia-szűréseket. Ezért az ajánlásoknak megfelelő célcsoportonként megvizsgáltuk az egyes szolgáltatások igénybevételének gyakoriságát, az adott szolgáltatás igénybevételét befolyásoló faktorokat, valamint megbecsültük az elvégzett és az elmaradt preventív szolgáltatások számát az ország teljes felnőtt népességére vonatkozóan.

MÓDSZEREK

Adatok

Az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF2014) részeként Magyarországon 2014-ben kivitelezett felmérés adatbázisát használtuk az elemzések során. A felmérés részletes leírását az ELEF2014-ről szóló összefoglaló kiadványban foglalták össze (Központi Statisztikai Hivatal 2015). Rétegzett mintavételi eljárás során, a 15 évnél idősebb magyarországi népességet reprezentáló 9431 főt választották ki a felmérésben való részvételre. Kérdőbiztosok végezték az adatok felvételét. A kiválasztott felnőttek 62%-a (5826 fő) válaszolt a kérdésekre. Az ELEF2014 adatbázist a Központi Statisztikai Hivatal állította össze.

Szociodemográfiai tényezők

A nem, a lakóhely jogállása (településtípusa) és a régiók szerinti besorolás minden résztvevőnél rendelkezésre állt. Az életkor 5 éves korcsoportonként szerepelt az adatbázisban. Mivel csak a felnőttek számára nyújtott alapellátási szolgáltatásokkal kapcsolatban végeztünk elemzést, kizártuk az elemzésből a 15–19 éveseket, akik 406-an voltak.

Azok a rekordok, amelyek hiányosan tartalmazták a szociodemográfiai adatokat, vélhetően a többi adat esetében is viszonylag gyenge minőségűek voltak, ezért ezeket töröltük az adatbázisból. A családi állapot, a legmagasabb iskolai végzettség, az önértékelt anyagi helyzet, a testmagasság vagy a testsúly hiánya miatt 474 rekordot kellett törölni. Az elemzett minta 5352 felnőtt adatait tartalmazta.

Életmódbeli elemek

Az elhízás mértékét a testtömegindex (BMI) segítségével írtuk le. A számított BMI alapján az alábbi csoportokba soroltuk a résztvevőket: elhízott ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$); túlsúlyos ($30 \text{ kg/m}^2 > BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$); normális testalkatú ($25 \text{ kg/m}^2 > BMI \geq 20 \text{ kg/m}^2$); sovány ($20 \text{ kg/m}^2 > BMI$).

A zöldség- és a gyümölcsfogyasztás gyakoriságára külön-külön kérdeztek rá a felmérésben. A két válasz alapján képeztük azoknak a kategóriáját, akik vagy gyümölcsöt vagy zöldséget minden nap fogyasztanak, illetve azokat, akik ezt ritkábban, vagy egyáltalán nem teszik.

A dohányzási szokásokra adott válaszok összekapcsolása révén meg tudtuk határozni a nem cigarettázókat, illetve ezen belül külön tudtuk választani a soha nem dohányzókat és a dohányzást abbahagyókat. Az alkalmanként cigarettázókat, illetve a nem cigarettázó dohánytermék-használókat (pl. pipázók, vízipipázók, szivarozók) együttesen az „egyéb dohányzó” kategóriába soroltuk. A rendszeresen cigarettázók közt megkülönböztettük a naponta legalább 20 szálát és a 20 szálnál kevesebbet fogyasztókat.

Az adatfelvételt megelőző 12 hónap alkoholfogyasztási szokásait az ELEF2014 az alábbi kérdések segítségével mérte fel: „Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran fogyasztott Ön alkoholtartalmú italt?”; „Egy átlagos héten milyen és mennyi italt fogyaszt az egyes napokon?”; „Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran fogyasztott Ön egy alkalommal 6 vagy annál több alkoholtartalmú italt (egy ital alatt egy korsó sört vagy két dl bort vagy fél dl röviditalt értve)?”. Az alkoholfogyasztás gyakorisága és mértéke alapján az absztinenseket, a ritkán, a mérsékelten és a rendszeresen alkoholt fogyasztókat, valamint a nagyivókat különböztettük meg.

Egészséggel kapcsolatos attitűd

Az egészségügyi szolgáltatásokkal szembeni attitűd indikálására a háziorvossal való elégedettség (az alkalmazott kategóriák: nagyon elégedett; elégedett; nem elégedett, de nem is elégedetlen; elégedetlen; nagyon elégedetlen) és a saját egészséggel kapcsolatos felelősségről alkotott vélekedés (az alkalmazott kategóriák a „Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?” kérdéshez kapcsolódóan: nagyon sokat; sokat; keveset; semmit) adott lehetőséget.

Egészségi állapot

A vizsgálatban részt vevők egészségi állapotát több kérdésre adott saját válaszaik alapján lehetett leírni. A résztvevők a háziorvossal való találkozás gyakoriságának regisztrálása mellett saját általános egészségi állapotukat is minősítették, illetve nyilatkoztak arról, hogy milyen krónikus betegség(ek)ben szenvednek. A háziorvossal egy éven belül találkozókat megkülönböztettük azoktól, akik soha, illetve egy évnél régebben vették igénybe a háziorvos szolgáltatását. A válaszadók az egészségi állapotukat 5 fokozatú skálán értékelték a „Milyen az Ön egészsége általában?” kérdésre adott következő válaszokkal: nagyon jó; jó; kielégítő; rossz; nagyon rossz.

Minden résztvevő nyilatkozott arról, hogy van-e bármilyen krónikus betegsége, illetve külön-külön nyilatkozott az egyes krónikus betegségek fennállásáról is. Az alábbi, az elemzés szempontjából (a preventív szolgáltatások célcsoportjainak meghatározása miatt) fontos krónikus betegségek kerültek be a statisztikai feldolgozásokba: asztma; krónikus hörghurut, bronchitisz, tüdőtágulás; szívinfarktus vagy ennek krónikus következményei; szívkoszorúér-megbetegedés, angina; magasvérnyomás-betegség; agyvérzés vagy ennek krónikus következményei; májcirrózis, májsugor; rosszindulatú daganat; magas koleszterinszint, zsíryanycsere-zavar; szabálytalan szívverés, szívritmuszavar, pitvarfibrilláció; bármely egyéb szívbetegség. A célcsoportok meghatározásánál azokat a résztvevőket tekintettük az egyes krónikus betegségek szempontjából egészségesnek, akiket sem jelenleg, sem a múltban nem sújtott az adott betegség.

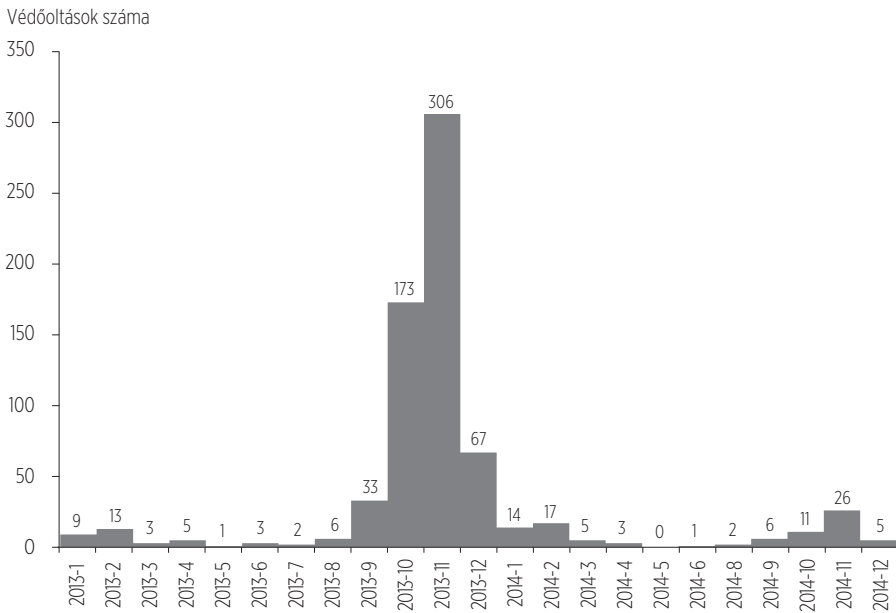
Preventív szolgáltatások igénybevétele

Az ELEF2014 során adatot gyűjtöttek arról, hogy a válaszolóknak mikor mérték meg utoljára a vérnyomását, a vércukorszintjét, a szérum-koleszterinszintjét. A válaszok alapján az 1 éven belül vizsgáltakat lehetett meghatározni. A preventív szolgáltatásokat 1 éven belül igénybe vevők részarányát tudtuk kiszámítani. A célcsoport meghatározásakor csak azokat a felnőtteket vettük figyelembe, akiknek nem volt ismert hipertóniájuk (N=3513), cukorbetegségük (N=4886) vagy diszlipidémiájuk (N=4697).

Az ELEF2014 résztvevői válaszoltak a „Kérem, adja meg az évet és a hónapot, amikor utoljára védőoltást kapott!” (válaszlehetőségek: év és hónap; tavalyi évnél régebben) kérésre, ami alapján azonosítani lehetett a megfelelően vakcináltakat, akik a 2013 októbere és 2014 márciusa közötti időszakban kaptak influenza elleni védőoltást (N=582) (1. ábra).

1. ábra: Az influenza elleni védőoltások száma havonként a 20 év feletti felnőttek körében a vizsgálati mintában (N=5352), 2013 januárja és 2014 decembere között

Number of influenza vaccination a month among adults at least 20 years old in the studied sample (N=5352) in the period of January 2013 to December 2014



Célcsoportok

A különböző nemzetközi és hazai szakmai szervezetek ajánlásokat fogalmaznak meg a hipertónia, a cukorbetegség és a diszlipidémia szűrésével, illetve a felnőttek influenza elleni védőoltásával kapcsolatban. A szűrési célcsoportok (az adott betegségtől nem szenvedő felnőttek) meghatározásakor azokat az ajánlásokat vettük figyelembe, amelyek 2014-ben voltak érvényben.

Hipertóniaszűrés

A USPSTF minden felnőtt esetében, annak egészségi állapotától függetlenül, javasolja a rendszeres vérnyomásmérést, hipertóniaszűrést (Piper et al. 2014). A szűrés gyakoriságára vonatkozóan nincs határozott állásfoglalás, de a vizsgálatok szerint még az évenként végzett vérnyomásmérésre alapozott szűrési rendszer is jelentős gyakorisággal azonosít hipertóniás betegeket. (Az évenkénti vérnyomásmérésen alapuló szűrési programban résztvevők körében 2,5%-os hipertóniaincidenciát detektálnak.)

A Magyar Hypertonia Társaság 2009-es ajánlása (Magyar Hypertonia Társaság 2009) alapján a rendszeres vérnyomás-ellenőrzés, a hipertóniaszűrés háziorvosi feladat. Az állásfoglalás szerint minden orvos-beteg találkozó alkalmával meg kell mérni a vérnyomást. (A Magyar Hypertonia Társaság később, 2015-ben kiadott szakmai irányelve már nem tesz említést a szűrésről, lásd Magyar Hypertonia Társaság Szakmai Irányelv Fejlesztő Munkabizottsága 2015).

Cukorbetegség szűrése

Az ELEF2014 idején aktuális USPSTF ajánlás szerint, a 135/80 Hgmm feletti vérnyomással rendelkező felnőttek körében ajánlott a cukorbetegség szűrése. A rendszeres szűrés gyakoriságával kapcsolatban nem foglalt állást a USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force 2008b). (A 2015-ben megújított ajánlásban a 40 és 70 év közötti, legalább túlsúlyosak körében javasolja a szűréseket. A szűrési intervallummal kapcsolatban továbbra sem foglalt állást határozottan.) (Selph et al. 2014).

A Magyar Diabetes Társaság 2009-es ajánlása szerint a 2-es típusú diabetes mellitus szűrésére akkor van szükség, ha a felnőtt kockázati profilja a betegség emelkedett kockázatát jelzi (Magyar Diabetes Társaság 2009). Ezt az ajánlást

erősítette meg a Magyar Diabetes Társaság 2011-es állásfoglalása is (Magyar Diabetes Társaság 2011), hozzátéve, hogy a szűrés kivitelezése a házi orvos feladata. (A Magyar Diabetes Társaság 2017-es – az ELEF2014 adatfelvételét követő időszakban kiadott – szakmai irányelve a veszélyeztetett egyének – 45 éves életkor feletti, pozitív családi anamnézissel rendelkezők, testsúlyfeleggel rendelkezők – szűrővizsgálatát javasolja.) (Emberi Erőforrások Minisztériuma 2017).

Zsíryanycsere-zavar szűrése

A USPSTF 2014-ben érvényben levő, 2008-ban kiadott ajánlása szerint törekedni kell a 35 év feletti férfiak és a 45 év feletti fokozott ischaemiás szívbetegség kockázatú nők 5 évenkénti lipidstátusz-vizsgálatára. A fiatalabbak körében (a 20–35 éves férfiak és a 20–45 éves nők esetében) csak emelkedett ischaemiás szívbetegség kockázata esetében javasolja a lipidstátusz ellenőrzését (U.S. Preventive Services Task Force 2008a). Az ajánlás az ELEF2014 utáni időszakban változott (U.S. Preventive Services Task Force 2016).

Ettől eltér a National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III ajánlása, amely a 20 év feletti 5 évente végzendő lipidstátusz-ellenőrzését javasolja (National Cholesterol Education Program 2001).

A szűrésre vonatkozó hazai jogszabály szerint a 21 éves korban mindenkinél elvégzendő házi orvosi vizsgálat során leírt egészségi állapot-felmérés része a lipidstátusz meghatározása, amit alacsony kardiovaszkuláris kockázatú felnőtteknél 5 évente, magasabb kockázatúaknál 2 évente kell megismételni 64 éves korig. 65 éves kor felett mindenkinél két évente kell elvégezni az ellenőrzést (Népjóléti Minisztérium 1997).

Influenza elleni védőoltás

A Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) ajánlása szerint minden felnőttnek évenként influenza elleni védőoltásban kellene részesülnie (CDC 2010). Az angol egészségügyi hatóságok (Salisbury et al. 2006) a 65 év feletti rutin-szerű oltását javasolják; a 65 év alatti korosztályokban csak kockázatonövelő betegségek, állapotok esetében ajánlják a védőoltást (krónikus légzőszervi, kardiovaszkuláris, vese-, máj-, neurológiai betegségek; cukorbetegség; immunhiányos állapotok, malignus betegségek és az elhízás, illetve a terhesség).

A magyarországi ajánlás megfelel a nemzetközi gyakorlatnak. Az Országos Epidemiológiai Központ módszertani levelében a rutinszerű oltást 60 év feletti, illetve krónikus betegségben szenvedők (idült szív-, keringési, légzőszervi, vese-, illetve anyagcsere-betegségben szenvedők, csökkent immunitásúak, a szociális otthonokban, öregek otthonában vagy egészségügyi intézményekben huzamosabb ideig ápoltak) körében javasolja (Csohán et al. 2008, Csohán et al. 2009, Országos Epidemiológiai Központ 2014). Az ajánlásnak megfelelő csoportokba tartozók ingyenes influenza elleni védőoltásra jogosultak Magyarországon.

A vizsgált célcsoportok

A fentebb említett legfontosabb szakmai irányelvek, ajánlások és állásfoglalások alapján az alábbi célcsoportokat definiáltuk – figyelembe véve, hogy az ELEF2014 nem gyűjtött minden adatot –, a nagyon pontos hazai és nemzetközi ajánlásokban meghatározott célcsoportokon belül végeztük a preventív szolgáltatások igénybevételének elemzését. A teljes adatbázisból leszűrtük a preventív szolgáltatás célcsoportjába tartozó felnőttek rekordjait, és az így kapott részadatbázisban végeztük el az elemzéseket.

1. Hipertónia szűrése:
 - a. Az összes nem hipertóniás 20 év feletti felnőtt.
 - b. Az összes nem hipertóniás 20 év feletti felnőtt, aki a háziorvosánál egy éven belül járt.
 - c. Az összes nem hipertóniás, de elhízott vagy cukorbeteg 20 év feletti felnőtt.
2. Cukorbetegség szűrése:¹
 - a. Az összes nem cukorbeteg 45 év feletti felnőtt.
 - b. Az összes nem cukorbeteg 20–44 év közötti felnőtt, aki vagy túlsúlyos, vagy szívinfarktuson esett át, vagy ischaemiás szívbeteg, vagy hipertóniás, vagy stroke-ja volt, vagy zsíryanagycsere-zavara van.

¹ A hazai ajánlásban szereplő kockázati csoportba sorolást lehetővé tevő FINDRISC-kérdőív nem minden kérdése szerepelt az ELEF2014 kérdőívein, ezért csak közelítő pontossággal tudtuk definiálni a célcsoportokat.

3. Zsíryanycsere-zavar szűrése:²
 - a. Az összes, zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges, 35 év feletti férfi.
 - b. Az összes, zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges, 20–34 év közötti férfi, aki vagy cukorbeteg, vagy dohányzik, vagy elhízott vagy hipertóniás.
 - c. Az összes, zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges, 20 év feletti nő, aki vagy cukorbeteg, vagy dohányzik, vagy elhízott vagy hipertóniás.
4. Influenza elleni védőoltás:³
 - a. Az összes 60 év feletti felnőtt.
 - b. Az összes 20–59 év közti felnőtt, aki az alábbi krónikus betegségek valamelyikében szenved: asztma; krónikus hörghurut, bronchitisz, tüdőtágulás; szívkoszorúér-megbetegedés, angina; magasvérnyomás-betegség; cukorbetegség; májcirrózis, májzsugor; rosszindulatú daganat; magas koleszterinszint, zsíryanycsere-zavara; szívritmuszavar, pitvarfibrilláció; bármely egyéb szívbetegség; vagy átesett már szívinfarktuson, szívrohamon; vagy volt már agyvérzése, szélütése, stroke-ja, agyérögörcse.

Statisztikai feldolgozás

Az egyes célcsoportokat és a nekik megfelelő preventív szolgáltatás gyakoriságát külön-külön elemeztük. Első lépésként a célcsoportnak megfelelően leszűkítettük a teljes adatbázist, majd ebben számítottuk a szolgáltatás igénybevételének gyakoriságát.

Az egyes célcsoportokon belül megadtuk a nyers igénybevételi gyakoriságokat. A vizsgálati gyakoriságokat minden, zavaró tényezők alapján képzett strátumon belül is számítottuk.

² Az ajánlásokban szereplő lipidprofil-vizsgálat részleteiről az ELEF2014 nem gyűjtött adatot, ezért csak azt tudtuk vizsgálni, hogy az ajánlásoknak megfelelő csoportokban történt-e valamilyen lipidvizsgálat. A kockázati csoportokba sorolás sem az életkor, sem az emelkedett kardiovaszkuláris kockázat vonatkozásában nem azonos a magyarországi és a referenciaként figyelembe vett nemzetközi ajánlásokban. A célcsoportba sorolás pontosságát csökkentette, hogy az ajánlásokban szereplő besorolási szempontok közül nem mindegyikre gyűjtött adatot az ELEF2014. (A nemzetközi ajánlásban szereplő cukorbetegség, dohányozás, elhízás és hipertónia követhető az ELEF2014 adatbázisában, de a családi anamnézisére vonatkozóan nem gyűjtöttek adatot.) Az elemzésekben ezért a nemzetközi ajánlások célcsoportját csak jó közelítéssel tudtuk előállítani.

³ A foglalkozási csoportokra vonatkozóan az ELEF2014 nem gyűjtött adatokat, ezért a feldolgozásunkban sem tudtuk értékelni azt, hogy a munkakörökhöz kapcsolódó indikációk milyen hatékonyan kerültek végrehajtásra.

A felméréseket szervező Központi Statisztikai Hivatal a vizsgálatban résztvevők rekordjaihoz kapcsolta azt a súlyszámot, amely megmutatta, hogy (figyelembe véve a mintavétel folyamatát és a rétegspecifikus válaszadási arányokat) egy válaszadó hány magyarországi felnőttet reprezentált. (A 15 év feletti népesség összegzett súlya 7 811 829 fő volt. Az adathiányok alapján kizárt rekordok miatt az elemzett mintában az összegzett súly 7 637 031-re, az eredeti érték 97,8%-ára csökkent.) A résztvevők reprezentációs súlyai segítségével megbecsültük az országosan elvégzett és el nem végzett beavatkozások számát célcsoportonként.

A szolgáltatások igénybevételére ható befolyásoló tényezőket többváltozós logisztikus regressziós modellek segítségével azonosítottuk. Az eredményeket esélyhányadosokkal és a nekik megfelelő p-értékekkel, szignifikanciaszintű eredményeivel adtuk meg.

EREDMÉNYEK

Hipertónia szűrése

Az összes, nem hipertóniás 20 év feletti felnőtt

A vizsgált mintában 3509 felnőtt volt, akiknek nem volt magasvérnyomás-betegségük. Közülük 2209 főnek mérték meg a vérnyomását egy éven belül, és 1300 fő esetében nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 63,0%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján a külön élő házaspár (EH=0,51; p=0,038) és a nőtlen/hajadon családi állapot (EH=0,76; p=0,026), a sovány testalkat státusz (EH=0,73; p=0,045) és az egy évnél régebbi találkozás a háziorvossal státusz (EH=0,08; p<0,001). A szűrővizsgálat kivitelezésének valószínűsége magasabb volt az idősebbek (EH₄₀₋₄₄=1,80; p=0,040; EH₈₀₋₈₄=2,90; p=0,024), a mérsekelt (EH=1,56; p=0,003) és a rendszeres alkoholfogyasztók (EH=1,64; p=0,017), a nagyon rossz önértékelt egészségi állapotúak (EH=2,69; p=0,032) és a krónikus betegségben szenvedők (EH=1,49; p=0,001) között. (Az egyéb gazdasági aktivitású csoport statisztikailag szignifikáns eredményét a csoport heterogenitása miatt nem lehet interpretálni.) (lásd a mellékletben: *M1. táblázat*).

Az ország teljes 20 év feletti népességén belül az egy éven belül nem hipertóniások körében elvégzett szűrő jellegű vérnyomásmérés becsült száma 3 188 770, az elmaradt vizsgálatok becsült száma pedig 1 866 619 volt.

Nem hipertóniás 20 év feletti felnőttek, akik egy éven belül jártak házi orvosuknál

A vizsgált mintában 2390 felnőtt volt, akiknek nem volt magasvérnyomás-betegségük, és egy éven belül voltak a házi orvosuknál. Közülük 1919 főnek mérték meg egy éven belül a vérnyomását, és 471 főnél nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 80,3%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján az észak-magyarországi (EH=0,61; p=0,042) és a nyugat-dunántúli lakóhely (EH=0,60; p=0,040), a külön élő házaspáros családi állapot (EH=0,43; p=0,022), a házi orvossal kapcsolatos elégedetlenség (EH=0,56; p=0,010). A szűrővizsgálat kivitelezésének valószínűsége magasabb volt az idősebbek (EH₄₀₋₄₄=2,22; p=0,002; EH₅₀₋₅₄=2,07; p=0,017; EH₅₅₋₅₉=1,89; p=0,048; EH₇₅₋₇₉=3,14; p=0,025; EH₈₀₋₈₄=5,66; p=0,008), az elhízottak (EH=1,51; p=0,022), a mérsékelt (EH=1,50; p=0,034) és a rendszeres alkoholfogyasztók (EH=2,09; p=0,012), illetve a jó önértékelt egészségi állapotúak (EH=1,40; p=0,029) között (lásd a mellékletben: *M2. táblázat*).

Az egy éven belül házi orvosnál megforduló nem hipertóniás 20 év feletti népességben elvégzett szűrő jellegű vérnyomásmérés becsült száma 2 757 336, az elmaradt vizsgálatok becsült száma pedig 652 889 volt ebben a célcsoportban országosan.

Nem hipertóniás, de elhízott vagy cukorbeteg 20 év feletti felnőttek

A vizsgált mintában 581 olyan felnőtt volt, akiknek nem volt magasvérnyomás-betegségük, de vagy cukorbetegek vagy elhízottak voltak. Közülük 403 főnek mérték meg egy éven belül a vérnyomását, és 178-uknál nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 69,4%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján az egy évnél régebbi találkozás a házi orvossal (EH=0,04; p<0,001) és a házi orvossal való találkozás elmaradása (EH=0,04; p=0,027). A szűrővizsgálat kivitelezésének valószínűsége magasabb volt a 40–44 évesek (EH=4,32; p=0,023), az 50–54 évesek (EH=1,46; p=0,042) és a dohányzásról leszokottak (EH=3,13; p=0,002) között. (lásd a mellékletben: *M2. táblázat*)

A nem hipertóniás, de cukorbeteg vagy elhízott 20 év feletti népességben elvégzett szűrő jellegű vérnyomásmérés becsült száma 581 369, az elmaradt

vizsgálatok becsült száma pedig 249 624 volt ebben a célcsoportban országosan.

Cukorbetegség szűrése

Az összes nem cukorbeteg 45 év feletti felnőtt

A vizsgált mintában 2621 olyan felnőtt volt, akik nem voltak cukorbetegek, és legalább 45 évesek voltak. Közülük 1661 főnek mérték meg egy éven belül a vércukorszintjét, és 960 főnél nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 63,4%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján a rendszeres dohányzás ($EH_{\text{naponta, kevesebb mint 20 cigarett}}=0,65$; $p=0,002$; $EH_{\text{naponta legalább 20 cigarett}}=0,61$; $p=0,020$), a nem mindennapos zöldség- és gyümölcsfogyasztás ($EH=0,78$; $p=0,029$), ha valaki úgy érzi, semmit nem tehet az egészsége érdekében ($EH=0,55$; $p=0,023$), átlagosan elégedett a háziorvosával ($EH=0,67$; $p=0,023$), jónak ($EH=0,76$; $p<0,035$) vagy nagyon jónak ($EH=0,45$; $p<0,001$) érzi egészségi állapotát, valamint az egy évnél régebbi találkozás a háziorvossal ($EH=0,11$; $p<0,001$). A szűrővizsgálat kivitelezésének valószínűsége magasabb volt az érettségivel nem ($EH=1,43$; $p=0,014$) és az azzal rendelkező ($EH=1,78$; $p=0,001$) középfokú, illetve a felsőfokú ($EH=2,14$; $p<0,001$) végzettségűek, a túlsúlyosak ($EH=1,27$; $p=0,045$), az önbevallás alapján rossz ($EH=2,11$; $p<0,001$), illetve nagyon rossz ($EH=2,47$; $p=0,001$) egészségi állapotban levők és a krónikus betegek ($EH=2,30$; $p<0,001$) között (lásd a mellékletben: *M3. táblázat*).

Az ország teljes 45 év feletti népességében a nem cukorbetegek körében egy éven belül elvégzett szűrő jellegű vércukorszint-mérések becsült száma 2 356 834, az elmaradt vizsgálatok becsült száma pedig 1 358 038 volt.

Nem cukorbeteg 20–44 év közötti, kockázatnak kitett felnőttek

A vizsgált mintában 1016 20–44 év közötti életkorú felnőtt volt, akik nem voltak cukorbetegek, és a cukorbetegség kialakulása szempontjából (túlsúlyos, szívinfarktus, ischaemiás szívbetegség, hipertónia, stroke vagy zsíryanagcserezavar miatt) emelkedett kockázatúak voltak. Közülük 459 főnek mérték meg egy éven belül a vércukorszintjét, és 557 főnél nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 45,2%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockázatonövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján a nagyívás ($EH=0,27$; $p=0,041$) és a háziorvossal való éves találkozás elmaradása ($EH=0,14$; $p<0,001$). A szűrővizsgálat kivitelezésének valószínűsége magasabb volt az érettségi nélküli középfokú végzettséggel rendelkezők ($EH=1,98$; $p=0,013$), az idősebbek ($EH_{40-44}=2,00$; $p=0,028$) és a krónikus betegségben szenvedők ($EH=1,47$; $p=0,039$) között (lásd a mellékletben: *M3. táblázat*).

Az ország teljes, 20–44 éves, cukorbetegség kialakulása szempontjából fokozott kockázatnak kitett népességében az egy éven belül nem cukorbetegek közt elvégzett szűrő jellegű vércukorszint-mérések becsült száma 671 299, az elmaradt vizsgálatok becsült száma pedig 807 650 volt.

Influenza elleni védőoltás

60 év feletti felnőttek

A vizsgált mintában 1717, legalább 60 éves felnőtt volt. Közülük 391-en kaptak influenza elleni védőoltást a 2013–2014-es szezonális járványra való felkészülés részeként. 1326-an nem kaptak ilyen vakcinát. A védőoltás a célcsoport 22,8%-ában történt meg.

A védőoltás elmaradása szempontjából kockázatonövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján az elvált családi állapot ($EH=0,60$; $p=0,041$), az özvegyiség ($EH=0,68$; $p=0,018$), ha valaki úgy érzi, hogy keveset tehet az egészségéért ($EH=0,70$; $p=0,024$), illetve jó az egészségi állapota ($EH=0,65$; $p=0,019$), valamint a háziorvossal való éves találkozás elmaradása ($EH=0,35$; $p<0,001$). A védőoltás beadásának valószínűsége magasabb volt az idősebbek ($EH_{65-69}=1,63$; $p=0,008$; $EH_{70-74}=1,62$; $p=0,015$; $EH_{75-79}=1,78$; $p=0,009$; $EH_{80-84}=2,39$; $p<0,001$; $EH_{85+}=3,22$; $p<0,001$), a felsőfokú végzettségűek ($EH=1,70$; $p=0,005$) és a krónikus betegek ($EH=2,08$; $p<0,001$) között (lásd a mellékletben: *M4. táblázat*).

Az ország teljes, legalább 60 éves felnőtt népességében a 2013–2014-es szezonális járványra való felkészülés részeként beadott influenzavakcinák becsült száma 553 324, az elmaradt védőoltások becsült száma pedig 1 877 620 volt.

A 20–59 éves, krónikus betegségek miatt fokozottan védendők

A vizsgált mintában 1076 olyan, 20–59 éves felnőtt volt, akik krónikus betegségek miatt (aszma, krónikus hörghurut, szívkoszorúér-megbetegedés, magasvérnyomás- és cukorbetegség, krónikus májbetegség, rosszin-dulatú daganat, zsíryanycsere-zavar, szívritmuszavar, egyéb szívbetegség, szívinfarktus, stroke) tartoztak a védőoltásban részesítendőek célcsoportjába. Közülük 99-en kaptak influenza elleni védőoltást a 2013–2014-es szezonális járványra való felkészülés részeként. 977-en nem kaptak ilyen vakcinát. A védőoltás a célcsoport 9,2%-ában történt meg.

A védőoltás elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján a mérsékelt alkoholfogyasztás ($EH=0,33$; $p=0,014$). A védőoltás beadásának valószínűsége magasabb volt a felsőfokú végzettséggel rendelkezők ($EH=2,45$; $p=0,034$), a dohányzásról leszokottak ($EH=1,73$; $p=0,047$) és az önértékelés alapján rossz egészségi állapotúak ($EH=2,86$; $p=0,005$) között (lásd a mellékletben: *M4. táblázat*).

Az ország teljes, 20–59 éves, krónikus betegségek miatt beoltandó felnőtt népességében a 2013–2014-es szezonális járványra való felkészülés részeként beadott influenzavakcinák becsült száma 137 541, az elmaradt védőoltások becsült száma pedig 1 371 595 volt.

Zsíryanycsere-zavar szűrése

Zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges 35 év feletti férfiak

A vizsgált mintában 1538, legalább 35 éves férfi volt, akinek nem volt ismert zsíryanycsere-eltérése. Közülük 826 főnek vizsgálták egy éven belül a vérmintája lipidszintjeit laboratóriumban. 712 főnél nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 53,7%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján a nőtlen, illetve hajadon családi állapot ($EH=0,54$; $p=0,001$), az intenzív dohányzás ($EH_{naponta\ legalább\ 20\ cigarettá}=0,63$; $p=0,041$) és a házirovvossal való éves találkozás elmaradása ($EH=0,13$; $p<0,001$). A szűrővizsgálat kivitelezésének valószínűsége magasabb volt az idősek ($EH_{85+}=5,48$; $p=0,029$), az önértékelés alapján rossz ($EH=1,88$; $p=0,020$) vagy nagyon rossz egészségi állapotban levők

(EH=3,66; p=0,005) és a krónikus betegek (EH=2,65; p<0,001) között (lásd a mellékletben: *M1. táblázat*).

Az ország teljes, legalább 35 éves és zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges férfi népességében az egy éven belül elvégzett szűrő jellegű szérumlipidszint-mérések becsült száma 1 220 151, az elmaradt vizsgálatok becsült száma pedig 1 087 272 volt.

Zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges, de fokozott kockázatnak kitett 20–34 év közötti férfiak

A vizsgált mintában 334 olyan, 20–34 év közötti férfi volt, akinek nem volt ismert zsíryanycsere-eltérése, és a zsíryanycsere-zavar kialakulása szempontjából fokozott kockázatnak volt kitéve a cukorbetegsége, dohányzása, kövérsége vagy hipertóniája miatt. Közülük 99 főnek vizsgálták egy éven belül a vérmintája lipidszintjeit. 235 főnél nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 29,6%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján a háziorvossal való éves találkozás elmaradása (EH=0,14; p<0,001) (lásd a mellékletben: *M5. táblázat*).

Az ország teljes, 20–34 éves korú és zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges, de fokozott megbetegedési kockázatnak kitett férfi népességében az egy éven belül elvégzett szűrő jellegű szérumlipidszint-mérések becsült száma 135 664, az elmaradt vizsgálatok becsült száma pedig 327 242 volt.

Zsíryanycsere-zavar szempontjából egészséges, de fokozott kockázatnak kitett 20 év feletti nők

A vizsgált mintában 1388 olyan, 20 évnél idősebb nő volt, akinek nem volt ismert zsíryanycsere-eltérése, de cukorbetegsége, dohányzása, kövérsége vagy hipertóniája miatt fokozott volt a megbetegedési kockázata. Közülük 560 főnek vizsgálták egy éven belül a vérmintája lipidszintjeit laboratóriumban. 828 főnél nem végezték el a szűrővizsgálatot. A szűrés a célcsoport 59,7%-ában történt meg.

A szűrővizsgálat elmaradása szempontjából kockáztnövelő faktornak mutatkozott a többváltozós elemzések alapján a rendszeres dohányzás

($EH_{\text{naponta kevesebb, mint 20 cigaretta}}=0,62$; $p=0,008$; $EH_{\text{naponta legalább 20 cigaretta}}=0,52$; $p=0,037$), a háziorvossal való éves találkozás elmaradása ($EH=0,13$; $p<0,001$), és ha a válaszadó úgy érezte, semmit ($EH=0,48$; $p=0,042$) nem tehet a saját egészségéért. A szűrővizsgálat kivitelezésének valószínűsége magasabb volt az 50–59 évesek ($EH=2,26$; $p=0,042$), az érettségivel rendelkező középfokú ($EH=1,57$; $p=0,022$), illetve a felsőfokú végzettségűek ($EH=1,69$; $p=0,013$), a túlsúlyosak ($EH=1,42$; $p=0,043$), a rossz ($EH=1,84$; $p=0,017$) és a nagyon rossz ($EH=2,21$; $p=0,027$) önértékelt egészségi állapotban levők és a krónikus betegek ($EH=1,65$; $p=0,002$) között (lásd a mellékletben: *M5. táblázat*).

Az ország teljes, legalább 20 éves és zsíryanagcsere-zavar szempontjából egészséges, de fokozott megbetegedési kockázatnak kitett női népességében az egy éven belül elvégzett szűrő jellegű szérumlipidszint-mérések becsült száma 2 102 737, az elmaradt vizsgálatok becsült száma pedig 1 757 779 volt.

ÖSSZEFOGLALÁS

Elemzéseink alapján összességében az volt megállapítható, hogy 2014-ben Magyarországon minden vizsgált célcsoportban és mindegyik preventív szolgáltatás esetében messze elmaradtak az igénybevételi adatok a nemzetközi ajánlások és a hazai jogszabályok, illetve szakmai ajánlások által meghatározott gyakoriságtól.

A hipertónia szűrése az egyes célcsoportokban 63–80%-os lefedettséggel valósult meg. A cukorbetegség esetén 45–63% volt a szűrések gyakorisága. A zsíryanagcsere-zavar szűrése az egyes célcsoportokba tartozók 29–59%-a esetében került sor. Influenza elleni védőoltást a célcsoportokba tartozók 9–23%-a kapott. Az elmaradt egy éven belüli vizsgálatok/védőoltások száma minden célcsoportban legalább százezres nagyságrendű volt (*1. táblázat*).

Azaz, a háziorvosi rendszer segítségével elérhető egészségnyereség megszerzése terén nagyok a hazai tartalékok. A kardiometabolikus betegségek okozta halálozás terén elérendő jelentős javulás érdekében kiaknázható potenciál még nagy ezen a területen.

Az 1,87 millió évente elmaradt vérnyomásmérés, a 2,17 millió elmaradt vércukorszint-ellenőrzés, a 3,17 millió elmaradt lipidszint-meghatározás és a 3,25 millió elmaradt influenza elleni védőoltás biztosan hozzájárul ahhoz, hogy Magyarország a kardiometabolikus betegségek európai mortalitási és morbiditási statisztikáinak az élén helyezkedik el.

1. táblázat: Az igénybevételt befolyásoló (x-szel jelölt) tényezők az egyes preventív szolgáltatások célcsoportjaiban

Factors influencing the use of services (marked with x in the table) in the target groups of the studied preventive interventions

Befolyásoló tényezők	Hipertónia szűrése			Cukorbetegség szűrése		Zsírsanyagcsere-zavar szűrése			Influenza elleni védőoltás	
	Minden felnőtt	1 éven belül háziorvosnál jártak	Rizikócsoportba tartozók	45 év alatti rizikócsoportba tartozók	45 év felettek	35 év feletti férfiak	Rizikócsoportba tartozó nők	35 év alatti rizikócsoportba tartozó férfiak	Rizikócsoportba tartozó 60 év alattiak	60 év felettek
Nem						n.e.	n.e.	n.e.		
Életkor	x	x	x			x	x			x
Régió		x								
Településtípus										
Családi állapot	x	x				x				x
Iskolai végzettség				x	x		x		x	x
Önértékelt anyagi helyzet										
Alkoholfogyasztás	x	x		x					x	
Dohányzási szokások			x		x	x	x		x	
Elhízás	x	x			x		x			
Zöldség- és gyümölcsfogyasztás					x					
Saját egészségért érzett felelősség					x					x
Vélemény a háziorvosról		x			x					
Háziorvoshoz fordulás gyakorisága	x	n.e.	x	x	x	x	x	x		x
Önértékelt egészségi állapot	x	x			x	x	x		x	x
Krónikus betegség	x			x	x	x	x			x

Megjegyzés: n.e.: nem elemezhető szempont, mert a célcsoport-meghatározás egyik eleme volt a befolyásoló tényező.

A különböző célcsoportokba tartozó felnőttek esetében azt lehetett megállapítani, hogy a nem egyáltalán nincs befolyással a szolgáltatások megvalósulására. Az életkor több célcsoporton belül is meghatározó jelentőségű volt, eltekintve a cukorbetegség szűrésétől.

Az életmódbeli elemek közül a dohányzás és az alkoholfogyasztás mértéke, illetve az elhízás mutatott kapcsolatot több célcsoportban is a preventív szolgáltatások igénybevételével. A zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakorisága csak a 45 éven felüliek körében végzett cukorbetegség-szűrés szempontjából játszott meghatározó szerepet.

Az iskolai végzettség és a családi állapot több célcsoportban is befolyásolta a preventív szolgáltatások igénybevételét, az önértékelt vagyoni helyzet viszont nem befolyásolta azt.

A lakóhely régiója és a településtípus alig mutatott kapcsolatot a szolgáltatás igénybevételének gyakoriságával.

A saját egészségért érzett felelősség és a háziorvossal kapcsolatos általános elégedettség több szolgáltatás esetén mutatkozott meghatározó jelentőségűnek. A rossz önértékelt egészségi állapot, illetve a krónikus betegségek jelenléte majdnem minden szolgáltatás és majdnem mindegyik célcsoport esetében javította a részvételi arányokat.

Csak a 60 év alatti rizikócsoportba tartozók influenza elleni védőoltása esetében nem volt befolyásoló tényező a háziorvoshoz fordulás gyakorisága. Minden más célcsoportnál szignifikáns hatású volt ez a tényező, szolgáltatás. Ez nem meglepő abból a szempontból, hogy a háziorvos által nyújtott szolgáltatás igénybevételének elemi feltétele a háziorvos és az ellátást igénybe vevő találkozási pontja. Ugyanakkor arra is utal ez a tény, hogy a háziorvos által nem látott felnőttek körében maradnak el leginkább a szűrő jellegű vizsgálatok és az influenza elleni védőoltás. Tehát, a preventív szolgáltatások nyújtása szempontjából kulcskérdés, hogy az egyébként háziorvoshoz nem járók körében a jövőben hogyan sikerül megszervezni a szűréseket és védőoltásokat, annak érdekében, hogy a betegségek korai stádiumban, jól kezelhető fázisban kerüljenek felismerésre, illetve, hogy az influenza szövődményei ne, vagy csak enyhe formában alakuljanak ki. Azaz, a háziorvossal való találkozás konzekvens szerepe felhívja a figyelmet arra, hogy az alapellátás szintjén is szervezni kell a szűréseket (aktívan kell kialakítani azokat az ellátási formákat, amelyek révén az egyébként háziorvoshoz nem járó felnőttek is részesülnek a preventív szolgáltatásokból), nem elég az opportunisztikus jellegű intervenciókra (a rendelőkben egyéb okból megjelenők körében elvégzett beavatkozásokra) alapozni a preventív jellegű háziorvosi szolgáltatást. Az alapellátóknak aktívan kellene törekedniük arra, hogy a háziorvos preventív szolgáltatásai eljussanak a felnőttekhez (2. táblázat).

2. táblázat: A preventív szolgáltatások igénybevétele és a megvalósult, illetve elmaradt évenkénti intervenciók becsült száma az egyes szolgáltatások célcsoportjaiban

The use of preventive services with the estimated numbers of implemented and missed interventions a year in target groups of services

Beavatkozás	Célcsoport	A vizsgált mintában				Az országban	
		elmaradt	megvalósult	elmaradt és megvalósult	a lefedettség, %	elmaradt	megvalósult
		beavatkozások száma				beavatkozások száma	
Hiper-tóniaszűrés	Felnőttek	1 300	2 209	3 509	63,0	1 866 619	3 188 770
	1 éven belül házi-orvosnál járt felnőttek	471	1 919	2 390	80,3	652 889	2 757 336
	Kockázatnak kitett felnőttek	178	403	581	69,4	249 624	581 369
Cukor-betegség szűrése	45 év feletti felnőttek	960	1 661	2 621	63,4	1 358 038	2 356 834
	45 év alatti kockázatnak kitett felnőttek	459	557	1 016	45,2	807 650	671 299
Zsírsanyag-csere-zavarok szűrése	35 év feletti férfiak	712	826	1 538	53,7	1 087 272	1 220 151
	Kockázatnak kitett felnőtt nők	828	560	1 388	59,7	1 757 779	2 102 737
	35 év alatti kockázatnak kitett férfiak	235	99	324	29,6	327 242	135 664
Influenza elleni védőoltás	60 év feletti felnőttek	391	1 326	1 717	22,8	1 877 620	553 324
	60 év alatti kockázatnak kitett felnőttek	99	977	1 076	9,2	1 371 595	137 541

IRODALOM

- Ádány Róza – Boncz Imre – Dózsa Csaba – Kozmann György – Nagymajtényi László – Sándor János – Repa Imre – Tompa Anna – Kovács Attila 2009: Az egészség-monitor rendszer fejlesztésének szükségessége és lehetősége Magyarországon. *Népegészségügy*, 87(4), 284–290.
- Ashworth, Mark – Schofield, Peter – Doran, Tim – Cookson, Richard – Sutton, Matthew – Seed, Paul T. – Howe Amanda – Fleetcroft, Robert 2013: The Public Health Impact score: a new measure of public health effectiveness for general practices in England. *British Journal of General Practice*, 63(609), e291–299.
- CDC 2010: Prevention and control of influenza with vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(RR-8), 1–62.
- Csohán Ágnes – Molnár Zsuzsanna – Jelenik Zsuzsanna – Melles Márta – Pauliny Zsuzsanna – Békési Zsuzsanna 2008: Az Országos Epidemiológiai Központ Módszertani Levele a 2008. évi védőoltásokról. *Epinfo*, 15(1), 1–51.
- Csohán Ágnes – Molnár Zsuzsanna – Jelenik Zsuzsanna – Melles Márta – Pauliny Zsuzsanna – Békési Zsuzsanna 2009: Az Országos Epidemiológiai Központ Módszertani Levele a 2009. évi védőoltásokról. *Epinfo*, 16(1), 1–49.
- Dalton, Andrew R. H. – Bottle, Alex – Okoro, Cyprian – Majeed, Azeem – Millett, Christopher 2011: Implementation of the NHS Health Checks programme: baseline assessment of risk factor recording in an urban culturally diverse setting. *Family Practice*, 28(1), 34–40.
- Daponte, Antonio – Bernal, Mariola – Bolívar, Julia – Mateo, Inmaculada – Salmi, Louis-Rachid – Barsanti, Sara – Berghmans, Luc – Piznal, Ewelina – Bourgueil, Yann – Marquez, Soledad – González, Ingrid – Carriazo, Ana – Maros-Szabo, Zsuzsanna – Ménival, Solange – AIR Research Group 2014: Criteria for implementing interventions to reduce health inequalities in primary care settings in European regions. *European Journal of Public Health*, 24(6), 980–990.
- Emberi Erőforrások Minisztériuma 2017: *Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbetegség antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttekben.* http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2466/fajlok/diabetes_mellitus%20.pdf. Letöltve: 2018. 09. 16.
- Field, Kenneth A. – Thorogood, Margaret – Silagy, Chris – Normand, Charles – O'Neill, Ciaran – Muir, John 1995: Strategies for reducing coronary risk factors in primary care: which is most cost effective? *British Medical Journal*, 310(6987), 1109–1112.
- Frieden, Thomas R. – Berwick, Donald M. 2011: The 'Million Hearts' Initiative-Preventing Heart Attacks and Strokes. *New England Journal of Medicine*, 365(13), e27.
- Harris, Mark 2009: *The role of primary health care in preventing the onset of chronic disease, with a particular focus on the lifestyle risk factors of obesity, tobacco and alcohol.* Commissioned Paper for National Preventative Health Taskforce, 14/01/09. National Preventative Health Taskforce, Canberra. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.510.13&rep=rep1&type=pdf>. Letöltve: 2018. 09. 16.

- Jakab, Zsuzsanna 2013: Public health, primary care and the 'cluster' model. *European Journal of Public Health*, 23(4), 528.
- Jørgensen, Torben – Jacobsen, Rikke Kart – Toft, Ulla – Aadahl, Mette – Glümer, Charlotte – Pisinger, Charlotta 2014: Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial. *British Medical Journal*, 348, g3617–3628.
- Kishegyi Júlia – Makara Péter (szerk.) 2004: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai.* Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. <http://mek.oszk.hu/08100/08107/08107.pdf>. Letöltve: 2018. 09. 16.
- Központi Statisztikai Hivatal 2015: *Európai lakossági egészségfelmérés, 2014.* Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>. Letöltve: 2018. 09. 16.
- Kringos, Dionne S. – Boerma, Wienke – Bourgueil, Yann – Cartier, Thomas – Dedeu, Toni – Hasvold, Toralf – Hutchinson, Allen – Lember, Margus – Oleszczyk, Marek – Pavlic, Danica Rotar – Svab, Igor – Tedeschi, Paolo – Wilm, Stefan – Wilson, Andrew – Windak, Adam – Van der Zee, Jouke – Groenewegen Peter 2013: The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, 63(616), e742–750.
- Kringos, Dionne S. – Boerma, Wienke G. W. – Hutchinson, Allen – Saltman, Richard B. 2015: *Building primary care in a changing Europe.* Observatory Studies Series, 38. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, Geneva. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf. Letöltve: 2018. 09. 16.
- Krogsbøll, Lasse T. – Jørgensen, Karsten Juhl – Larsen, Christian Grønhøj – Gøtzsche, Peter C. 2012: General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 345, e7191–7204.
- Magyar Diabetes Társaság 2009: A diabetes mellitus kórismézése, a cukorbetegség kezelése és gondozása a felnőttkorban. *Diabetologia Hungarica*, 17, 1–67.
- Magyar Diabetes Társaság 2011: A Magyar Diabetes Társaság szakmai irányelve. *Lege Artis Medicinae*, 21, 285–289.
- Magyar Hypertonia Társaság 2009: *A hypertoniabetegség felnőttkori és gyermekkori kezelésének szakmai és szervezeti irányelvei. A Magyar Hypertonia Társaság állásfoglalása és ajánlása.* <http://www.hypertension.hu/protokollok.aspx>. Letöltve: 2018. 09. 16.
- Magyar Hypertonia Társaság Szakmai Irányelv Fejlesztő Munkabizottsága 2015: A hypertoniabetegség ellátása. (Az MHT szakmai irányelve 2015). *Hypertonia és nephrologia*, 19(1 klsz).
- National Cholesterol Education Program 2001: Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III): Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. *Journal of the American Medical Association*, 285(19), 2486–2497.

- Népjóléti Minisztérium 1997: 51/1997. NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.
- NHS Health Check Expert Scientific and Clinical Advisory Panel 2014: *Inter99 trial: a statement from the NHS Health Check Expert Scientific and Clinical Advisory Panel*. Public Health England, London. <http://www.healthcheck.nhs.uk/document.php?o=803>. Letöltve: 2018. 09. 16.
- Országos Epidemiológiai Központ 2014: Az Országos Epidemiológiai Központ módszertani levele a 2014. évi védőoltásokról. http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/1986/fajlok/OE_Kozpont_modszertani_levele_20140826.pdf. Letöltve: 2018. 09. 16.
- Pavlič, Danica Rotar – Sever, Maja – Klemenc-Ketiš, Zalika – Švab, Igor 2015: Process quality indicators in family medicine: results of an international comparison. *Biomed Central Family Practice*, 16(1), 172.
- Piper, Margaret A. – Evans, Corinne V. – Burda, Brittany U. – Margolis, Karen L. – O'Connor, Elizabeth – Smith, Ning – Webber, Elizabeth – Perdue, Leslie A. – Bigler, Keshia D. – Whitlock, Evelyn P. 2014: *Screening for High Blood Pressure in Adults: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Evidence Synthesis, No. 121. AHRQ Publication, No. 13-05194-EF-1. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville.
- Salisbury, David – Ramsay, Mary – Noakes, Karen 2006: *Immunisation against infectious disease*. Department of Health, London.
- Salmi, Louis-Rachid – Barsanti, Sara – Bourgueil, Yann – Daponte, Antonio – Piznal, Ewelina – Ménival, Solange – AIR Research Group 2017: Interventions addressing health inequalities in European regions: the AIR project. *Health Promotion International*, 32(3), 430–441.
- Sándor János 2004: A magyar lakosság halandósága. In Bakacs Márta – Vitray József (szerk.): *Népegészségügyi Jelentés 2004*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 136–202.
- Sándor János 2012a: A legfontosabb epidemiológiai adatbázisok. In Ádány Róza (szerk.): *Megelőző Orvostan és Népegészségtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 90–96.
- Sándor János 2012b: A morbiditás monitorozásának lehetőségei. In Ádány Róza (szerk.): *Megelőző Orvostan és Népegészségtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 81–90.
- Sándor János – Ádány Róza 2011: A daganatos megbetegedések incidenciája és az általuk okozott halálozás alakulása Magyarországon. In Kásler Miklós (szerk.): *Az onkológia alapjai*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 71–81.
- Scutchfield, F. Douglas – Michener, J. Lloyd – Thacker, Stephen B. 2012: Are We There Yet? Seizing the Moment to Integrate Medicine and Public Health. *American Journal of Public Health*, 102(53), S312–316.
- Selph, Shelley – Dana, Tracy – Blazina, Ian – Bougatsos, Christina – Patel, Hetal – Chou, Roger 2014: *Screening for Type 2 Diabetes Mellitus: Systematic Review to Update the 2008 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation*. Evidence Synthesis, No. 117. AHRQ Publication, No. 13-05190-EF-1. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville.

- U.S. Preventive Services Task Force 2008a: *Lipid Disorders in Adults (Cholesterol, Dyslipidemia): Screening*. U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/lipid/lipidrs.htm>. Letöltve: 2018. 09. 16.
- U.S. Preventive Services Task Force 2008b: Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 148(11), 846–854.
- U.S. Preventive Services Task Force 2016: *Recommendations for Primary Care Practice*. U.S. Preventive Services Task Force. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations>. Letöltve: 2018. 09. 16.
- U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement 2016: Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Journal of the American Medical Association*, 316(19), 1997–2007.
- Wonderling, David – McDermott, Christine – Buxton, Martin – Kinmonth, Ann-Louise – Pyke, Stephen – Thompson, Simon – Wood, David 1996: Costs and cost effectiveness of cardiovascular screening and intervention: the British family heart study. *British Medical Journal*, 312(7041), 1269–1273.
- World Health Organization 1978: *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. World Health Organization. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Letöltve: 2018. 09. 16.
- World Health Organization 2008a: *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization, Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf. Letöltve: 2018. 09. 16.
- World Health Organization 2008b: *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*. World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Letöltve: 2018. 09. 16.

MELLÉKLET

M1. táblázat: A hipertóniaszűrés igénybevétele (a) a nem hipertóniás, 20 év feletti felnőttek esetében, és (b) a zsíryanycsere-zavar szűrése a zsíryanycsere-zavar szempontjából látszólag egészséges 35 év feletti férfiak között

Use of hypertension screening (a) among non-hypertensive adults over 20 years of age; and (b) the use of dyslipidemia screening among men over 35 years of age apparently free of dyslipidemia

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Nem	nő	65,8% (1202/1826)	1,01 (0,939)	-	-
	férfi	59,8% (1007/1683)	1 (ref)	-	-
Korcsoport	20-24 év	56,1% (233/415)	1 (ref)	-	-
	25-29 év	54,9% (217/395)	0,93 (0,700)	-	-
	30-34 év	57,5% (233/405)	0,94 (0,731)	-	-
	35-39 év	61% (285/467)	1,01 (0,948)	40,4% (93/230)	1 (ref)
	40-44 év	66,2% (276/417)	1,80 (0,004)	41,9% (96/229)	1,17 (0,485)
	45-49 év	63,8% (215/337)	1,38 (0,136)	47,9% (90/188)	1,3 (0,284)
	50-54 év	64,8% (162/250)	1,32 (0,237)	50,9% (84/165)	1,12 (0,664)
	55-59 év	70,8% (148/209)	1,46 (0,141)	56,5% (96/170)	1,08 (0,775)
	60-64 év	67,1% (143/213)	1,04 (0,893)	61,4% (121/197)	0,97 (0,916)
	65-69 év	64,8% (83/128)	0,77 (0,376)	65,2% (75/115)	1,36 (0,317)
	70-74 év	69,7% (62/89)	1,27 (0,509)	66,7% (66/99)	1,15 (0,669)
	75-79 év	80,5% (66/82)	1,93 (0,095)	72,7% (48/66)	1,32 (0,492)
80-84 év	86,2% (56/65)	2,90 (0,024)	62,7% (32/51)	0,63 (0,268)	
85+ év	81,1% (30/37)	1,71 (0,335)	89,3% (25/28)	5,48 (0,029)	
Település	falu	61,3% (634/1034)	1 (ref)	48,4% (224/463)	1 (ref)
	főváros	64,5% (367/569)	1,04 (0,823)	58,4% (132/226)	1,28 (0,393)
	megyei jogú város	62,5% (425/680)	0,97 (0,819)	55,4% (160/289)	1,34 (0,127)
	város	63,9% (783/1226)	1,03 (0,777)	55,4% (310/560)	1,25 (0,162)
Régió	Közép-Magyarország	63,1% (594/941)	1 (ref)	58,1% (229/394)	1 (ref)
	Dél-Magyarország	66,3% (311/469)	1,26 (0,203)	53,6% (119/222)	0,77 (0,312)
	Dél-Dunántúl	65,5% (209/319)	1,21 (0,338)	55,6% (79/142)	1,00 (1,000)
	Észak-Magyarország	57,9% (217/375)	0,72 (0,090)	48% (86/179)	0,65 (0,116)
	Észak-Alföld	65,1% (375/576)	1,16 (0,392)	53,3% (136/255)	0,73 (0,21)
	Közép-Dunántúl	62,4% (279/447)	0,96 (0,818)	54,8% (103/188)	0,87 (0,597)
	Nyugat-Dunántúl	58,6% (224/382)	0,87 (0,477)	46,8% (74/158)	0,63 (0,104)

Megjegyzés: *(szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; - : nem értelmezhető.

M1. táblázat: A hipertóniaszűrés igénybevétele (a) a nem hipertóniás, 20 év feletti felnőttek esetében, és (b) a zsíryanycsere-zavar szűrése a zsíryanycsere-zavar szempontjából látszólag egészséges 35 év feletti férfiak között (folytatás)

Use of hypertension screening (a) among non-hypertensive adults over 20 years of age; and (b) the use of dyslipidemia screening among men over 35 years of age apparently free of dyslipidemia (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Családi állapot	házas, együtt él	69,1% (1121/1623)	1 (ref)	58,8% (568/966)	1 (ref)
	elvált	63,6% (210/330)	0,80 (0,167)	46,8% (72/154)	0,75 (0,194)
	házas, külön él	50,7% (34/67)	0,52 (0,041)	50% (14/28)	0,92 (0,862)
	nőtlen/hajadon	54,5% (691/1268)	0,76 (0,026)	37,1% (106/286)	0,54 (0,001)
	özvegy	69,2% (153/221)	0,87 (0,522)	63,5% (66/104)	0,75 (0,302)
Iskolai végzettség	legfeljebb 8 általános	62,6% (341/545)	1 (ref)	48,1% (113/235)	1 (ref)
	felsőfokú	65,5% (773/1181)	1,20 (0,252)	59% (250/424)	1,37 (0,179)
	középfokú, érettségi nélkül	59,7% (570/955)	0,81 (0,141)	50,9% (321/631)	1,06 (0,759)
	középfokú, érettségivel	63,4% (525/828)	1,21 (0,229)	57,3% (142/248)	1,47 (0,119)
Anyagi helyzet	megfelelő	64,3% (1301/2023)	1 (ref)	55,1% (482/874)	1 (ref)
	jó	61,9% (452/730)	0,95 (0,618)	54% (148/274)	1,10 (0,600)
	nagyon jó	55,2% (37/67)	0,84 (0,580)	63,9% (23/36)	1,68 (0,256)
	nagyon rossz	60,1% (98/163)	0,84 (0,423)	46,8% (44/94)	0,65 (0,154)
	rossz	61% (321/526)	0,97 (0,831)	49,6% (129/260)	0,85 (0,400)
Testalkat	normális	61,9% (928/1498)	1 (ref)	49,4% (208/421)	1 (ref)
	elhízott	66,5% (341/513)	1,21 (0,162)	58,1% (230/396)	1,10 (0,591)
	túlsúlyos	63,9% (739/1157)	1,03 (0,808)	54% (373/691)	1,20 (0,233)
	sovány	58,9% (201/341)	0,74 (0,045)	50% (15/30)	0,56 (0,195)
Zöldség- és gyümölcs-fogyasztás	naponta	65,2% (1482/2274)	1 (ref)	57,1% (557/975)	1 (ref)
	ritkábban	58,9% (727/1235)	0,90 (0,237)	47,8% (269/563)	0,98 (0,858)
Dohányzási szokások	soha nem dohányzott	63,7% (1147/1802)	1 (ref)	56,2% (356/633)	1 (ref)
	leszokott	69,4% (401/578)	1,28 (0,051)	60,7% (255/420)	0,77 (0,113)
	naponta kevesebb mint 20 cigaretta	61,1% (521/853)	1,20 (0,097)	46,9% (137/292)	0,89 (0,511)
	naponta legalább 20 cigaretta	49,6% (131/264)	0,72 (0,066)	37,7% (69/183)	0,63 (0,041)
	egyéb	83,3% (5/6)	1,78 (0,656)	87,5% (7/8)	2,36 (0,441)
	nincs adat	66,7% (4/6)	n.sz.	100% (2/2)	n.sz.

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); [^] korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; - : nem értelmezhető.

M1. táblázat: A hipertóniaszűrés igénybevétele (a) a nem hipertóniás, 20 év feletti felnőttek esetében, és (b) a zsíryanycsere-zavar szűrése a zsíryanycsere-zavar szempontjából látszólag egészséges 35 év feletti férfiak között (folytatás)

Use of hypertension screening (a) among non-hypertensive adults over 20 years of age; and (b) the use of dyslipidemia screening among men over 35 years of age apparently free of dyslipidemia (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Alkohol-fogyasztás	soha	62% (567/915)	1 (ref)	56,3% (157/279)	1 (ref)
	mérsékelt	65,3% (333/510)	1,56 (0,003)	57,9% (195/337)	1,30 (0,194)
	nagyivó	50% (34/68)	0,96 (0,893)	39,7% (23/58)	0,65 (0,250)
	rendszeres	66,9% (160/239)	1,64 (0,017)	51,3% (142/277)	0,92 (0,696)
	ritkán	62,8% (1111/1770)	1,23 (0,052)	52,5% (306/583)	1,05 (0,771)
	nincs adat	57,1% (4/7)	n.sz.	75% (3/4)	n.sz.
Mennyit tehet egészségéért	sokat	63,8% (1348/2112)	1 (ref)	53,8% (473/880)	1 (ref)
	keveset	67,4% (300/445)	1,03 (0,844)	58,6% (174/297)	0,95 (0,801)
	nagyon sokat	59,1% (518/876)	0,98 (0,862)	49,3% (144/292)	0,87 (0,427)
	semmit	53,6% (37/69)	0,68 (0,273)	50,8% (32/63)	0,58 (0,153)
	nincs adat	85,7% (6/7)	n.sz.	50% (3/6)	n.sz.
Elégedettség a házi- orvossal	elégedett	64,5% (1901/2947)	1 (ref)	55,3% (734/1327)	1 (ref)
	elégedetlen	57,4% (97/169)	0,77 (0,183)	50,9% (29/57)	0,81 (0,511)
	semleges	59,4% (189/318)	1,10 (0,526)	46,3% (57/123)	0,88 (0,581)
	nincs adat	29,3% (22/75)	n.sz.	19,4% (6/31)	n.sz.
Legutolsó találkozás a házi- orvossal	1 éven belül	80,3% (1919/2390)	1 (ref)	67,3% (759/1127)	1 (ref)
	1 évnél régebben	25,7% (280/1091)	0,08 (<0,001)	16,6% (66/398)	0,13 (<0,001)
	soha nem találkoztak még	37% (10/27)	0,28 (0,035)	9,1% (1/11)	n.sz.
	nincs adat	0% (0/1)	n.sz.	0% (0/2)	n.sz.
Önértékelt egészségi állapot	kielégítő	68,4% (502/734)	1 (ref)	60,6% (285/470)	1 (ref)
	jó	62,9% (1088/1729)	1,22 (0,119)	47,3% (324/685)	0,89 (0,486)
	nagyon jó	53,7% (457/851)	1,23 (0,192)	37,1% (73/197)	0,75 (0,244)
	nagyon rossz	87,5% (49/56)	2,69 (0,032)	81,8% (45/55)	3,66 (0,005)
	rossz	81,3% (113/139)	1,53 (0,123)	75,6% (99/131)	1,88 (0,020)
Krónikus betegség	nincs	57,3% (1461/2550)	1 (ref)	36,5% (296/812)	1 (ref)
	van	78% (747/958)	1,49 (0,001)	73% (529/725)	2,65 (<0,001)
	nincs adat	100% (1/1)	n.sz.	100% (1/1)	n.sz.
Mind		63% (2209/3509)	-	53,7% (826/1538)	-

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); [^] korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; - : nem értelmezhető.

M2. táblázat: A hipertóniaszűrés igénybevétele (a) az olyan, nem hipertóniás, 20 év feletti felnőttek esetében, akik egy éven belül jártak a háziorvosnál, és (b) a nem hipertóniás, de elhízott vagy cukorbeteg 20 év feletti felnőttek esetében

Use of hypertension screening (a) among non-hypertensive adults over 20 years of age who visited general practitioner within a year; and (b) among non-hypertensive but obese or diabetic adults over 20 years of age

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Nem	nő	80,2% (1075/1341)	1,01 (0,908)	73% (197/270)	1,56 (0,152)
	férfi	80,5% (844/1049)	1 (ref)	66,2% (206/311)	1 (ref)
Korcsoport	20–24 év	72,7% (197/271)	1 (ref)	64,7% (22/34)	1 (ref)
	25–29 év	73,6% (187/254)	1,07 (0,735)	57,9% (22/38)	1,16 (0,822)
	30–34 év	73,6% (198/269)	1,03 (0,887)	60,4% (32/53)	1,01 (0,982)
	35–39 év	78,8% (252/320)	1,28 (0,268)	64,2% (43/67)	1,63 (0,424)
	40–44 év	85,3% (227/266)	2,22 (0,002)	75,3% (61/81)	4,32 (0,023)
	45–49 év	82% (178/217)	1,54 (0,106)	63,2% (43/68)	2,30 (0,200)
	50–54 év	86% (141/164)	2,07 (0,017)	73,3% (33/45)	4,64 (0,042)
	55–59 év	85,4% (129/151)	1,89 (0,048)	78,3% (36/46)	3,77 (0,085)
	60–64 év	82,3% (130/158)	1,40 (0,284)	66% (33/50)	1,36 (0,671)
	65–69 év	80% (80/100)	1,21 (0,577)	72,7% (24/33)	1,00 (0,999)
	70–74 év	87,9% (58/66)	2,28 (0,075)	75% (18/24)	2,69 (0,286)
	75–79 év	91% (61/67)	3,14 (0,025)	84,2% (16/19)	5,64 (0,157)
	80–84 év	94,5% (52/55)	5,66 (0,008)	91,7% (11/12)	10,00 (0,102)
85+ év	90,6% (29/32)	2,92 (0,129)	81,8% (9/11)	3,71 (0,329)	
Település	falu	79% (556/704)	1 (ref)	66,8% (129/193)	1 (ref)
	főváros	82,3% (311/378)	0,86 (0,543)	71,4% (60/84)	0,82 (0,725)
	megyei jogú város	79,8% (367/460)	0,99 (0,945)	72,4% (76/105)	1,12 (0,773)
	város	80,8% (685/848)	1,03 (0,809)	69,3% (138/199)	1,02 (0,952)
Régió	Közép-Magyarország	83% (513/618)	1 (ref)	70,4% (100/142)	1 (ref)
	Dél-Magyarország	82,1% (266/324)	0,98 (0,941)	66,3% (57/86)	0,81 (0,678)
	Dél-Dunántúl	82,4% (187/227)	0,98 (0,927)	70,4% (38/54)	0,99 (0,992)
	Észak-Magyarország	75,6% (198/262)	0,61 (0,042)	61,7% (50/81)	0,37 (0,066)
	Észak-Alföld	79,5% (318/400)	0,79 (0,296)	73,5% (72/98)	1,12 (0,825)
	Közép-Dunántúl	79,5% (245/308)	0,71 (0,154)	70% (42/60)	0,61 (0,372)
	Nyugat-Dunántúl	76,5% (192/251)	0,60 (0,040)	73,3% (44/60)	0,63 (0,426)

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; - : nem értelmezhető.

M2. táblázat: A hipertóniaszűrés igénybevétele (a) az olyan, nem hipertóniás, 20 év feletti felnőttek esetében, akik egy éven belül jártak a háziorvosnál, és (b) a nem hipertóniás, de elhízott vagy cukorbeteg 20 év feletti felnőttek esetében (folytatás)

Use of hypertension screening (a) among non-hypertensive adults over 20 years of age who visited general practitioner within a year; and (b) among non-hypertensive but obese or diabetic adults over 20 years of age (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Családi állapot	házas, együtt él	83,3% (984/1181)	1 (ref)	73,4% (235/320)	1 (ref)
	elvált	82,5% (184/223)	0,93 (0,710)	70% (42/60)	1,13 (0,794)
	házas, külön él	70% (28/40)	0,43 (0,022)	63,6% (7/11)	1,22 (0,859)
	nőtlen/hajadon	74,5% (584/784)	0,84 (0,251)	59,6% (81/136)	1,00 (0,997)
	özvegy	85,8% (139/162)	0,85 (0,569)	70,4% (38/54)	0,47 (0,172)
Iskolai végzettség	legfeljebb 8 általános	80,9% (310/383)	1 (ref)	69,9% (86/123)	1 (ref)
	felsőfokú	80,9% (655/810)	0,94 (0,759)	69,6% (112/161)	0,74 (0,494)
	középfokú, érettségi nélkül	77,2% (501/649)	0,73 (0,083)	65,3% (115/176)	0,82 (0,620)
	középfokú, érettségivel	82,7% (453/548)	1,13 (0,521)	74,4% (90/121)	1,35 (0,500)
Anyagi helyzet	megfelelő	81,5% (1138/1397)	1 (ref)	70,2% (229/326)	1 (ref)
	jó	79,2% (380/480)	0,89 (0,398)	66,7% (74/111)	1,24 (0,520)
	nagyon jó	74,3% (26/35)	0,58 (0,189)	92,3% (12/13)	6,71 (0,135)
	nagyon rossz	77,1% (91/118)	0,91 (0,715)	67,7% (21/31)	0,70 (0,568)
	rossz	78,9% (284/360)	0,96 (0,806)	67% (67/100)	0,65 (0,244)
Testalkat	normális	78,7% (794/1009)	1 (ref)	88,5% (23/26)	1 (ref)
	elhízott	86% (301/350)	1,51 (0,022)	66,5% (341/513)	0,63 (0,530)
	túlsúlyos	81,6% (642/787)	1,09 (0,519)	92,5% (37/40)	2,11 (0,470)
	sovány	74,6% (182/244)	0,83 (0,295)	100% (2/2)	n.sz.
Zöldség- és gyümölcs-fogyasztás	naponta	81,6% (1298/1591)	1 (ref)	69,3% (271/391)	1 (ref)
	ritkábban	77,7% (621/799)	0,86 (0,192)	69,5% (132/190)	1,15 (0,616)
Dohányzási szokások	soha nem dohányzott	79,8% (1003/1257)	1 (ref)	67,4% (188/279)	1 (ref)
	leszokott	84,7% (354/418)	1,30 (0,106)	77% (104/135)	3,13 (0,002)
	naponta kevesebb mint 20 cigaretta	80,4% (442/550)	1,17 (0,264)	69,3% (79/114)	1,74 (0,130)
	naponta legalább 20 cigaretta	72% (113/157)	0,71 (0,110)	58% (29/50)	1,26 (0,648)
	egyéb	100% (5/5)	n.sz.	100% (2/2)	n.sz.
	nincs adat	66,7% (2/3)	n.sz.	100% (1/1)	n.sz.

Megjegyzés: *(szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; - : nem értelmezhető.

M2. táblázat: A hipertóniaszűrés igénybevétele (a) az olyan, nem hipertóniás, 20 év feletti felnőttek esetében, akik egy éven belül jártak a háziorvosnál, és (b) a nem hipertóniás, de elhízott vagy cukorbeteg 20 év feletti felnőttek esetében (folytatás)

Use of hypertension screening (a) among non-hypertensive adults over 20 years of age who visited general practitioner within a year; and (b) among non-hypertensive but obese or diabetic adults over 20 years of age (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH^ (p)	Átszűrtség*	EH^ (p)
Alkohol-fogyasztás	soha	77,5% (512/661)	1 (ref)	72,7% (133/183)	1 (ref)
	mérsékelt	83% (279/336)	1,50 (0,034)	70% (49/70)	1,08 (0,878)
	nagyivó	81,1% (30/37)	1,36 (0,502)	50% (5/10)	0,32 (0,320)
	rendszeres	89,2% (140/157)	2,09 (0,012)	64,3% (36/56)	0,91 (0,848)
	ritkán	79,8% (954/1195)	1,19 (0,176)	68,7% (180/262)	0,77 (0,410)
	nincs adat	100% (4/4)	n.sz.	–	–
Mennyit tehet egészségéért	sokat	80,4% (1175/1462)	1 (ref)	68,7% (239/348)	1 (ref)
	keveset	81,1% (271/334)	0,93 (0,673)	75,8% (75/99)	0,99 (0,979)
	nagyon sokat	79,2% (435/549)	0,98 (0,856)	67,2% (80/119)	0,77 (0,447)
	semmit	82,9% (34/41)	0,88 (0,781)	57,1% (8/14)	1,10 (0,932)
	nincs adat	100% (4/4)	n.sz.	100% (1/1)	n.sz.
Elégedettség a házi-orvossal	elégedett	80,7% (1687/2090)	1 (ref)	71,1% (350/492)	1 (ref)
	elégedetlen	70% (77/110)	0,56 (0,010)	62,1% (18/29)	0,93 (0,899)
	semleges	81,4% (153/188)	1,06 (0,760)	68% (34/50)	0,97 (0,946)
	nincs adat	100% (2/2)	n.sz.	10% (1/10)	n.sz.
Legutolsó találkozás a házi-orvossal	1 éven belül	–	–	87% (361/415)	1 (ref)
	1 évnél régebben	–	–	25,5% (41/161)	0,04 (<0,001)
	soha nem találkoztak még	–	–	20% (1/5)	0,04 (0,027)
	nincs adat	–	–	–	–
Önértékelt egészségi állapot	kielégítő	80,1% (460/574)	1 (ref)	74,6% (141/189)	1 (ref)
	jó	80,2% (949/1184)	1,40 (0,029)	62,6% (169/270)	0,72 (0,357)
	nagyon jó	77,9% (357/458)	1,44 (0,065)	70,1% (54/77)	2,28 (0,108)
	nagyon rossz	90,4% (47/52)	2,40 (0,084)	88,9% (8/9)	1,21 (0,878)
	rossz	86,9% (106/122)	1,50 (0,186)	86,1% (31/36)	0,69 (0,56)
Krónikus betegség	nincs	78,4% (1224/1561)	1 (ref)	59,4% (212/357)	1 (ref)
	van	83,8% (694/828)	1,30 (0,053)	85,2% (190/223)	1,37 (0,37)
	nincs adat	100% (1/1)	n.sz.	100% (1/1)	n.sz.
Mind	80,3% (1919/2390)	–	69,4% (403/581)	–	

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; –: nem értelmezhető.

M3. táblázat: A cukorbetegség szűrésének igénybevétele a nem cukorbeteg (a) 45 év feletti felnőttek és (b) 20–44 év közötti magas kockázatú (túlsúlyos, ischaemiás szívbeteg, hipertóniás vagy szívinfarktuson, illetve stroke-on átesett) felnőttek esetében

Use of diabetes screening among non-diabetic (a) adults over 45 years of age; and (b) adults at high risk (by overweight, ischemic heart disease, hypertension or heart attack or stroke) between 20 and 44 years of age

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Nem	nő	65,7% (996/1516)	1,01 (0,925)	53,2% (222/417)	1,16 (0,387)
	férfi	60,2% (665/1105)	1 (ref)	39,6% (237/599)	1 (ref)
Korcsoport	20–24 év	–	–	33,3% (32/96)	1 (ref)
	25–29 év	–	–	42,6% (69/162)	1,76 (0,072)
	30–34 év	–	–	42% (79/188)	1,31 (0,384)
	35–39 év	–	–	48,5% (132/272)	1,74 (0,071)
	40–44 év	–	–	49,3% (147/298)	2,00 (0,028)
	45–49 év	51,2% (222/434)	1 (ref)	–	–
	50–54 év	58,4% (223/382)	1,03 (0,850)	–	–
	55–59 év	64,9% (255/393)	1,16 (0,410)	–	–
	60–64 év	62,7% (271/432)	0,81 (0,232)	–	–
	65–69 év	72,4% (220/304)	1,00 (0,988)	–	–
	70–74 év	70,3% (175/249)	0,95 (0,797)	–	–
75–79 év	71,6% (131/183)	0,90 (0,682)	–	–	
80–84 év	68,2% (101/148)	0,73 (0,245)	–	–	
85+ év	65,6% (63/96)	0,62 (0,140)	–	–	
Település	falu	58,3% (463/794)	1 (ref)	41% (134/327)	1 (ref)
	főváros	69,2% (288/416)	1,09 (0,693)	51,2% (64/125)	1,17 (0,665)
	megyei jogú város	63,6% (322/506)	1,07 (0,643)	43,5% (90/207)	1,12 (0,614)
	város	65% (588/905)	1,15 (0,275)	47,9% (171/357)	1,44 (0,053)
Régió	Közép-Magyarország	68,6% (465/678)	1 (ref)	52,7% (118/224)	1 (ref)
	Dél-Magyarország	65,6% (236/360)	0,92 (0,692)	47,7% (74/155)	0,81 (0,500)
	Dél-Dunántúl	64,3% (171/266)	0,92 (0,720)	54,3% (51/94)	1,28 (0,496)
	Észak-Magyarország	55,6% (179/322)	0,68 (0,072)	42% (55/131)	0,58 (0,101)
	Észak-Alföld	62,1% (269/433)	0,69 (0,068)	41,7% (80/192)	0,61 (0,104)
	Közép-Dunántúl	59,7% (181/303)	0,74 (0,169)	39,2% (47/120)	0,55 (0,074)
	Nyugat-Dunántúl	61,8% (160/259)	0,88 (0,564)	34% (34/100)	0,53 (0,073)

Megjegyzés: *(szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; – : nem értelmezhető.

M3. táblázat: A cukorbetegség szűrésének igénybevétele a nem cukorbeteg (a) 45 év feletti felnőttek és (b) 20–44 év közötti magas kockázatú (túlsúlyos, ischaemiás szívbetegek, hipertóniás vagy szívinfarktusos, illetve stroke-on átesett) felnőttek esetében (folytatás)

Use of diabetes screening among non-diabetic (a) adults over 45 years of age; and (b) adults at high risk (by overweight, ischemic heart disease, hypertension or heart attack or stroke) between 20 and 44 years of age (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Családi állapot	házas, együtt él	63,7% (974/1530)	1 (ref)	50,6% (235/464)	1 (ref)
	elvált	62,4% (219/351)	1,20 (0,236)	46,6% (27/58)	0,75 (0,383)
	házas, külön él	58% (29/50)	1,54 (0,232)	65% (13/20)	2,21 (0,164)
	nőtlen/hajadon	49,4% (83/168)	0,67 (0,053)	38,4% (180/469)	0,81 (0,242)
	özvegy	68,2% (356/522)	1,34 (0,059)	80% (4/5)	7,46 (0,117)
Iskolai végzettség	legfeljebb 8 általános	59,1% (380/643)	1 (ref)	39,6% (57/144)	1 (ref)
	felsőfokú	69% (483/700)	2,14 (<0,001)	49,8% (159/319)	1,46 (0,170)
	középfokú, érettségi nélkül	60,9% (479/787)	1,43 (0,014)	39,2% (121/309)	0,90 (0,668)
	középfokú, érettséggel	65% (319/491)	1,78 (0,001)	50% (122/244)	1,98 (0,013)
Anyagi helyzet	megfelelő	64,5% (1037/1608)	1 (ref)	45,8% (251/548)	1 (ref)
	jó	64,2% (262/408)	1,21 (0,187)	45,3% (102/225)	0,97 (0,855)
	nagyon jó	64,7% (22/34)	2,13 (0,136)	61,1% (11/18)	1,84 (0,291)
	nagyon rossz	63,5% (94/148)	1,20 (0,449)	46,2% (24/52)	0,79 (0,506)
	rossz	58,2% (246/423)	0,86 (0,300)	41% (71/173)	0,83 (0,394)
Testalkat	normális	59,4% (486/818)	1 (ref)	51,6% (32/62)	1 (ref)
	elhízott	67,2% (445/662)	1,22 (0,144)	52% (158/304)	1,36 (0,346)
	túlsúlyos	64,5% (673/1043)	1,27 (0,045)	41% (261/636)	0,93 (0,804)
	sovány	58,2% (57/98)	0,79 (0,358)	57,1% (8/14)	0,86 (0,821)
Zöldség- és gyümölcs-fogyasztás	naponta	66,2% (1255/1895)	1 (ref)	48,9% (299/612)	1 (ref)
	ritkábban	55,9% (406/726)	0,78 (0,029)	39,6% (160/404)	0,77 (0,092)
Dohányzási szokások	soha nem dohányzott	66,6% (918/1379)	1 (ref)	46,3% (234/505)	1 (ref)
	leszokott	67,8% (406/599)	0,89 (0,387)	53% (80/151)	1,34 (0,187)
	naponta kevesebb mint 20 cigaretta	55,2% (254/460)	0,65 (0,002)	42,1% (112/266)	1,15 (0,466)
	naponta legalább 20 cigaretta	44,6% (78/175)	0,61 (0,020)	35,6% (32/90)	1,12 (0,713)
	egyéb	66,7% (4/6)	0,51 (0,474)	0% (0/1)	n.sz.
	nincs adat	50% (1/2)	n.sz.	33,3% (1/3)	n.sz.

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; - : nem értelmezhető.

M3. táblázat: A cukorbetegség szűrésének igénybevétele a nem cukorbeteg (a) 45 év feletti felnőttek és (b) 20–44 év közötti magas kockázatú (túlsúlyos, ischaemiás szívbeteg, hipertóniás vagy szívinfarktusos, illetve stroke-on átesett) felnőttek esetében (folytatás)

Use of diabetes screening among non-diabetic (a) adults over 45 years of age; and (b) adults at high risk (by overweight, ischemic heart disease, hypertension or heart attack or stroke) between 20 and 44 years of age (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Alkohol-fogyasztás	soha	65,3% (546/836)	1 (ref)	50,5% (142/281)	1 (ref)
	mérsékelt	66,3% (226/341)	1,30 (0,124)	41,6% (72/173)	0,71 (0,153)
	nagyivó	42,1% (24/57)	0,75 (0,429)	21,7% (5/23)	0,27 (0,041)
	rendszeres	60,1% (206/343)	1,10 (0,601)	29,7% (11/37)	0,53 (0,161)
	ritkán	63% (653/1037)	1,16 (0,223)	45,6% (229/502)	0,79 (0,190)
	nincs adat	85,7% (6/7)	n.sz.	–	–
Mennyit tehet egészségéért	sokat	63,5% (938/1478)	1 (ref)	46,2% (293/634)	1 (ref)
	keveset	66,8% (394/590)	0,88 (0,361)	41,1% (44/107)	0,67 (0,119)
	nagyon sokat	61,2% (262/428)	0,96 (0,760)	44,2% (114/258)	0,94 (0,755)
	semmit	54% (61/113)	0,55 (0,023)	40% (6/15)	0,82 (0,802)
	nincs adat	50% (6/12)	n.sz.	100% (2/2)	n.sz.
Elégedettség a házi-orvossal	elégedett	65,4% (1473/2253)	1 (ref)	46,8% (391/836)	1 (ref)
	elégedetlen	52,7% (68/129)	0,67 (0,064)	33,3% (18/54)	0,53 (0,056)
	semleges	54,4% (112/206)	0,67 (0,023)	45,8% (49/107)	1,08 (0,746)
	nincs adat	24,2% (8/33)	n.sz.	5,3% (1/19)	n.sz.
Legutolsó találkozás a házi-orvossal	1 éven belül	73,8% (1569/2125)	1 (ref)	57,7% (406/704)	1 (ref)
	1 évnél régebben	18,6% (90/483)	0,11 (<0,001)	17,2% (53/308)	0,14 (<0,001)
	soha nem találkoztak még	20% (2/10)	n.sz.	0% (/4)	n.sz.
	nincs adat	0% (0/3)	n.sz.	–	–
Önértékelt egészségi állapot	kielégítő	67,5% (712/1055)	1 (ref)	50,3% (97/193)	1 (ref)
	jó	56,7% (530/935)	0,76 (0,035)	46% (250/544)	1,05 (0,825)
	nagyon jó	39,4% (74/188)	0,45 (<0,001)	39,5% (100/253)	1,05 (0,855)
	nagyon rossz	77,3% (99/128)	2,47 (0,001)	100% (3/3)	n.sz.
	rossz	78,1% (246/315)	2,11 (<0,001)	39,1% (9/23)	0,44 (0,111)
Krónikus betegség	nincs	44,8% (456/1018)	1 (ref)	40,2% (296/736)	1 (ref)
	van	75,1% (1203/1601)	2,30 (<0,001)	58,2% (163/280)	1,47 (0,039)
	nincs adat	100% (2/2)	n.sz.	–	–
Mind		63,4% (1661/2621)	–	45,2% (459/1016)	–

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); [^] korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; – : nem értelmezhető.

M4. táblázat: Az influenza elleni védőoltás alkalmazása (a) a 60 év feletti felnőttek között, és (b) az olyan 20–59 év közötti felnőttek esetében, akiket asztma, krónikus hörghurut, szív koszorúér-megbetegedés, hipertónia, cukorbetegség, krónikus májbetegség, rosszindulatú daganat, zsíryanycsere-zavar, szívritmuszavar, egyéb szívbetegség sújt, vagy akik szívinfarktuson, agyvérzésen estek át
Use of influenza vaccination (a) among adults over 60 years of age; and (b) among adults aged 20–59 years with at least one of the following conditions: asthma, chronic bronchitis, coronary artery disease, hypertension, diabetes mellitus, chronic liver disease, malignant disorder, dyslipidemia, arrhythmia, other heart disease, or who have had a heart attack or stroke

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH* (p)	Átszűrtség*	EH* (p)
Nem	nő	22,5% (229/1017)	1,08 (0,617)	9,1% (52/569)	0,95 (0,838)
	férfi	23,1% (162/700)	1 (ref)	9,3% (47/507)	1 (ref)
Korcsoport	20–24 év	–	–	3,7% (2/54)	1 (ref)
	25–29 év	–	–	3,9% (2/51)	0,77 (0,805)
	30–34 év	–	–	11,1% (7/63)	2,18 (0,381)
	35–39 év	–	–	4,8% (5/104)	0,79 (0,801)
	40–44 év	–	–	9,5% (12/126)	2,10 (0,382)
	45–49 év	–	–	10,9% (19/175)	2,31 (0,319)
	50–54 év	–	–	8,2% (17/208)	1,56 (0,601)
	55–59 év	–	–	11,9% (35/295)	2,39 (0,302)
	60–64 év	15,3% (78/510)	1 (ref)	–	–
	65–69 év	24,2% (89/368)	1,63 (0,008)	–	–
	70–74 év	24,1% (77/319)	1,62 (0,015)	–	–
	75–79 év	25,5% (59/231)	1,78 (0,009)	–	–
80–84 év	28,5% (51/179)	2,39 (<0,001)	–	–	
85+ év	33,6% (37/110)	3,22 (<0,001)	–	–	
Település	falu	21,4% (107/499)	1 (ref)	9,4% (33/351)	1 (ref)
	főváros	30,2% (94/311)	1,55 (0,122)	13,2% (17/129)	2,17 (0,174)
	megyei jogú város	23,9% (81/339)	1,11 (0,583)	10,8% (23/213)	1,27 (0,480)
	város	19,2% (109/568)	0,86 (0,371)	6,8% (26/383)	0,83 (0,554)
Régió	Közép-Magyarország	25,9% (124/479)	1 (ref)	10,1% (24/238)	1 (ref)
	Dél-Magyarország	16,3% (39/240)	0,92 (0,766)	8,8% (14/159)	1,22 (0,721)
	Dél-Dunántúl	25% (40/160)	1,48 (0,188)	14,6% (18/123)	2,80 (0,055)
	Észak-Magyarország	26% (56/215)	1,71 (0,053)	8,2% (12/147)	1,39 (0,548)
	Észak-Alföld	19,4% (51/263)	1,02 (0,943)	5,6% (11/196)	0,90 (0,847)
	Közép-Dunántúl	23,9% (45/188)	1,43 (0,210)	8% (9/112)	1,36 (0,597)
	Nyugat-Dunántúl	20,9% (36/172)	1,18 (0,573)	10,9% (11/101)	1,86 (0,272)

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; – : nem értelmezhető.

M4. táblázat: Az influenza elleni védőoltás alkalmazása (a) a 60 év feletti felnőttek között, és (b) az olyan 20–59 év közötti felnőttek esetében, akiket asztma, krónikus hörghurut, szívkoszorúér-megbetegedés, hipertónia, cukorbetegség, krónikus májbetegség, rosszindulatú daganat, zsíranyagcsere-zavar, szívritmuszavar, egyéb szívbetegség sújt, vagy akik szívinfarktuson, agyvérzésen estek át (folytatás)
Use of influenza vaccination (a) among adults over 60 years of age; and (b) among adults aged 20–59 years with at least one of the following conditions: asthma, chronic bronchitis, coronary artery disease, hypertension, diabetes mellitus, chronic liver disease, malignant disorder, dyslipidemia, arrhythmia, other heart disease, or who have had a heart attack or stroke (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Családi állapot	házas, együtt él	25,4% (231/910)	1 (ref)	10,2% (63/615)	1 (ref)
	elvált	15,2% (26/171)	0,60 (0,041)	6,3% (9/143)	0,53 (0,145)
	házas, külön él	20% (5/25)	1,00 (0,999)	9,5% (2/21)	1,01 (0,987)
	nőtlen/hajadon	24% (12/50)	1,00 (0,994)	8% (20/249)	1,35 (0,360)
	özvegy	20,9% (117/561)	0,68 (0,018)	10,4% (5/48)	0,89 (0,825)
Iskolai végzettség	legfeljebb 8 általános	20,6% (119/577)	1 (ref)	7% (14/199)	1 (ref)
	felsőfokú	30% (130/433)	1,7 (0,005)	13% (36/276)	2,45 (0,034)
	középfokú, érettség nélkül	19,1% (86/450)	1,04 (0,833)	7,7% (28/363)	1,15 (0,723)
	középfokú, érettségivel	21,8% (56/257)	1,13 (0,554)	8,8% (21/238)	1,82 (0,158)
	megfelelő	23,2% (253/1091)	1 (ref)	9,4% (55/583)	1 (ref)
Anyagi helyzet	jó	27,8% (75/270)	1,28 (0,153)	9,8% (15/153)	1,02 (0,951)
	nagyon jó	12,5% (3/24)	0,53 (0,339)	8,3% (1/12)	0,66 (0,717)
	nagyon rossz	16,9% (13/77)	0,97 (0,931)	6,3% (6/95)	0,86 (0,779)
	rossz	18,4% (47/255)	0,92 (0,682)	9,4% (22/233)	1,05 (0,880)
Testalkat	normális	23,5% (112/476)	1 (ref)	8% (23/289)	1 (ref)
	elhízott	25,1% (118/471)	1,12 (0,520)	11% (41/373)	1,34 (0,354)
	túlsúlyos	21,5% (153/712)	0,92 (0,602)	9,4% (34/361)	1,19 (0,586)
	sovány	13,8% (8/58)	0,57 (0,182)	1,9% (1/53)	0,24 (0,193)
Zöldség- és gyümölcs-fogyasztás	naponta	24,6% (327/1328)	1 (ref)	10,7% (75/700)	1 (ref)
	ritkábban	16,5% (64/389)	0,73 (0,059)	6,4% (24/376)	0,71 (0,208)
Dohányzási szokások	soha nem dohányzott	23,1% (233/1009)	1 (ref)	9,2% (44/478)	1 (ref)
	leszokott	25,9% (118/455)	1,10 (0,527)	14,7% (34/232)	1,73 (0,047)
	naponta kevesebb mint 20 cigaretta	15,8% (30/190)	0,76 (0,26)	6,2% (17/274)	0,71 (0,308)
	naponta legalább 20 cigaretta	16,1% (9/56)	1,09 (0,841)	4,5% (4/89)	0,62 (0,401)
	egyéb	20% (1/5)	0,87 (0,905)	0% (/2)	0,00 (0,978)
	nincs adat	0% (0/2)		0% (0/1)	n.sz.

Megjegyzés: *(szűrésen részt vettek/célcsoport); [^] korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; -: nem értelmezhető.

M4. táblázat: Az influenza elleni védőoltás alkalmazása (a) a 60 év feletti felnőttek között, és (b) az olyan 20–59 év közötti felnőttek esetében, akiket asztma, krónikus hörghurut, szívkoszorúér-megbetegedés, hipertónia, cukorbetegség, krónikus májbetegség, rosszindulatú daganat, zsíryanycsere-zavar, szívritmuszavar, egyéb szívbetegség sújt, vagy akik szívinfarktuson, agyvérzésen estek át (folytatás)
Use of influenza vaccination (a) among adults over 60 years of age; and (b) among adults aged 20–59 years with at least one of the following conditions: asthma, chronic bronchitis, coronary artery disease, hypertension, diabetes mellitus, chronic liver disease, malignant disorder, dyslipidemia, arrhythmia, other heart disease, or who have had a heart attack or stroke (continued)

Befolyásoló tényezők	a		b		
	Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)	
Alkohol-fogyasztás	soha	22,9% (155/676)	1 (ref)	10,9% (35/320)	1 (ref)
	mérsékelt	22,7% (42/185)	1,01 (0,965)	6,7% (10/149)	0,33 (0,014)
	nagyivó	12,8% (5/39)	0,51 (0,206)	4,3% (1/23)	0,38 (0,378)
	rendszeres	27,1% (72/266)	1,31 (0,177)	11% (9/82)	0,90 (0,822)
	ritkán	21% (115/548)	0,95 (0,723)	8,6% (43/498)	0,67 (0,142)
	nincs adat	66,7% (2/3)		25% (1/4)	n.sz.
Mennyit tehet egészségéért	sokat	24,8% (225/906)	1 (ref)	8,5% (52/611)	1 (ref)
	keveset	20,7% (97/469)	0,70 (0,024)	10,3% (24/233)	1,05 (0,888)
	nagyon sokat	19,7% (47/238)	0,72 (0,097)	10,1% (19/188)	1,22 (0,541)
	semmit	22,1% (21/95)	0,72 (0,267)	9,8% (4/41)	0,71 (0,606)
	nincs adat	11,1% (1/9)		0% (0/3)	n.sz.
Elégedettség a házi-orvossal	elégedett	22,6% (338/1495)	1 (ref)	10% (92/919)	1 (ref)
	elégedetlen	28% (23/82)	1,69 (0,059)	1,7% (1/60)	0,14 (0,052)
	semleges	22,4% (28/125)	0,93 (0,781)	4,4% (4/90)	0,52 (0,234)
	nincs adat	13,3% (2/15)	n.sz.	28,6% (2/7)	n.sz.
Legutolsó találkozás a házi-orvossal	1 éven belül	24,6% (371/1509)	1 (ref)	9,2% (89/969)	1 (ref)
	1 évnél régebben	9% (18/201)	0,35 (<0,001)	7,8% (8/103)	1,39 (0,447)
	soha nem találkoztak még	33,3% (2/6)	5,77 (0,182)	66,7% (2/3)	0,00 (0,985)
	nincs adat	0% (0/1)	n.sz.	0% (0/1)	n.sz.
Önértékelt egészségi állapot	kielégítő	25,2% (205/812)	1 (ref)	7,8% (32/412)	1 (ref)
	jó	16,2% (66/407)	0,65 (0,019)	8,6% (37/431)	0,97 (0,925)
	nagyon jó	18% (11/61)	1,41 (0,383)	7,2% (5/69)	0,54 (0,355)
	nagyon rossz	22,3% (33/148)	0,94 (0,813)	14% (6/43)	3,10 (0,052)
	rossz	26,3% (76/289)	1,28 (0,161)	15,7% (19/121)	2,86 (0,005)
Krónikus betegség	nincs	11,9% (48/402)	1 (ref)	8,3% (20/241)	1 (ref)
	van	26,1% (343/1314)	2,08 (<0,001)	9,5% (79/835)	0,89 (0,716)
	nincs adat	0% (0/1)	n.sz.	-	-
Mind	22,8% (391/1717)	-	9,2% (99/1076)	-	

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; - : nem értelmezhető.

M5. táblázat: A zsírsanyagcsere-zavar szűrése a zsírsanyagcsere-zavar szempontjából látszólag egészséges (a) olyan, 20–34 év közötti férfiak, valamint (b) az olyan, 20 év feletti nők esetében, akik cukorbetegnek, dohányoznak, elhízottak vagy hipertóniások

Use of dyslipidemia screening among apparently healthy (a) males between 20 and 34 years of age, and (b) among women over 20 years of age who are diabetics, smokers, obese or hypertensive

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Nem	nő	27,1% (32/118)	1 (ref)	40% (30/75)	1 (ref)
	férfi	27,9% (31/111)	1,27 (0,550)	38,9% (28/72)	1,14 (0,735)
Korcsoport	20–24 év	34,3% (36/105)	1,86 (0,132)	41,7% (35/84)	0,99 (0,984)
	25–29 év	–	–	52,9% (45/85)	1,60 (0,233)
	30–34 év	–	–	51,2% (64/125)	1,39 (0,380)
	35–39 év	–	–	53,2% (67/126)	1,49 (0,310)
	40–44 év	–	–	58,7% (74/126)	1,54 (0,268)
	45–49 év	–	–	69,5% (91/131)	2,26 (0,042)
	50–54 év	–	–	66,9% (95/142)	1,61 (0,235)
	55–59 év	–	–	74,6% (85/114)	1,75 (0,194)
	60–64 év	–	–	70,4% (81/115)	1,53 (0,321)
	65–69 év	–	–	75,6% (62/82)	2,42 (0,070)
	70–74 év	–	–	70,8% (46/65)	1,76 (0,263)
	75–79 év	–	–	54,3% (25/46)	1,14 (0,804)
	80–84 év	21,4% (22/103)	1 (ref)	55,6% (260/468)	1 (ref)
	85+ év	41,3% (19/46)	2,45 (0,164)	68,5% (126/184)	1,06 (0,845)
Település	falu	27,3% (15/55)	0,67 (0,416)	64,2% (158/246)	1,08 (0,699)
	főváros	33,1% (43/130)	1,25 (0,570)	58% (284/490)	0,93 (0,653)
	megyei jogú város	34,8% (31/89)	1 (ref)	66,1% (213/322)	1 (ref)
	város	35,3% (12/34)	1,13 (0,851)	62,7% (126/201)	0,96 (0,889)
Régió	Közép-Magyarország	31,3% (10/32)	0,97 (0,966)	57,7% (86/149)	0,86 (0,601)
	Dél-Magyarország	21,3% (10/47)	0,66 (0,514)	54,6% (100/183)	0,71 (0,218)
	Dél-Dunántúl	24,1% (13/54)	0,54 (0,298)	59,4% (149/251)	0,82 (0,454)
	Észak-Magyarország	28,6% (12/42)	0,61 (0,438)	52,3% (80/153)	0,59 (0,07)
	Észak-Alföld	30,6% (11/36)	0,92 (0,894)	57,4% (74/129)	0,69 (0,228)
	Közép-Dunántúl	59,7% (181/303)	0,74 (0,169)	39,2% (47/120)	0,55 (0,074)
	Nyugat-Dunántúl	61,8% (160/259)	0,88 (0,564)	34% (34/100)	0,53 (0,073)

Megjegyzés: *(szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; – : nem értelmezhető.

M5. táblázat: A zsíryanycsere-zavar szűrése a zsíryanycsere-zavar szempontjából látszólag egészséges (a) olyan, 20–34 év közötti férfiak, valamint (b) az olyan, 20 év feletti nők esetében, akik cukorbetegek, dohányoznak, elhízottak vagy hipertóniások (folytatás)

Use of dyslipidemia screening among apparently healthy (a) males between 20 and 34 years of age, and (b) among women over 20 years of age who are diabetics, smokers, obese or hypertensive (continued)

Befolyásoló tényezők		a		b	
		Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)
Családi állapot	házas, együtt él	42,6% (20/47)	1 (ref)	60,8% (398/655)	1 (ref)
	elvált	25% (1/4)	0,09 (0,108)	67,8% (118/174)	1,48 (0,071)
	házas, külön él	66,7% (4/6)	2,34 (0,435)	59,3% (16/27)	1,47 (0,457)
	nőtlen/hajadon	26,7% (74/277)	0,56 (0,199)	44,3% (104/235)	0,96 (0,844)
	özvegy	–	–	64,6% (192/297)	1,00 (0,995)
Iskolai végzettség	legfeljebb 8 általános	22,2% (14/63)	1 (ref)	58,6% (255/435)	1 (ref)
	felsőfokú	37,5% (27/72)	2,3 (0,106)	66% (206/312)	1,69 (0,013)
	középfokú, érettségi nélkül	29,5% (33/112)	1,61 (0,321)	53,4% (175/328)	0,96 (0,846)
	középfokú, érettségivel	28,7% (25/87)	1,99 (0,187)	61,3% (192/313)	1,57 (0,022)
Anyagi helyzet	megfelelő	32,2% (58/180)	1 (ref)	60,1% (486/809)	1 (ref)
	jó	24,2% (16/66)	0,57 (0,155)	61,8% (131/212)	1,38 (0,102)
	nagyon jó	33,3% (2/6)	2,43 (0,475)	50% (7/14)	0,83 (0,785)
	nagyon rossz	27,3% (6/22)	1,23 (0,755)	59,4% (57/96)	1,11 (0,704)
	rossz	28,3% (17/60)	0,88 (0,771)	57,2% (147/257)	1,08 (0,684)
Testalkat	normális	27,2% (41/151)	1 (ref)	51,8% (220/425)	1 (ref)
	elhízott	36,5% (23/63)	0,87 (0,793)	64,3% (311/484)	1,28 (0,151)
	túlsúlyos	28,4% (25/88)	1,03 (0,938)	63,8% (241/378)	1,42 (0,043)
	sovány	31,3% (10/32)	1,28 (0,667)	55,4% (56/101)	1,46 (0,156)
Zöldség- és gyümölcs-fogyasztás	naponta	31,2% (54/173)	1 (ref)	62,7% (612/976)	1 (ref)
	ritkábban	28% (45/161)	0,96 (0,907)	52,4% (216/412)	0,87 (0,344)
Dohányzási szokások	soha nem dohányzott	42,6% (20/47)	1 (ref)	68,1% (432/634)	1 (ref)
	leszokott	55,6% (5/9)	2,18 (0,427)	76,2% (128/168)	1,37 (0,170)
	naponta kevesebb mint 20 cigaretta	28,4% (61/215)	0,70 (0,504)	46,5% (235/505)	0,62 (0,008)
	naponta legalább 20 cigaretta	20,6% (13/63)	0,41 (0,133)	41,3% (33/80)	0,52 (0,037)
	egyéb	–	–	–	–
	nincs adat	–	–	0% (0/1)	n.sz.

Megjegyzés: * (szűrésen részt vettek/célcsoport); ^ korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; – : nem értelmezhető.

M5. táblázat: A zsíryanycsere-zavar szűrése a zsíryanycsere-zavar szempontjából látszólag egészséges (a) olyan, 20–34 év közötti férfiak, valamint (b) az olyan, 20 év feletti nők esetében, akik cukorbetegek, dohányoznak, elhízottak vagy hipertóniások (folytatás)

Use of dyslipidemia screening among apparently healthy (a) males between 20 and 34 years of age, and (b) among women over 20 years of age who are diabetics, smokers, obese or hypertensive (continued)

Befolyásoló tényezők	a		b		
	Átszűrtség*	EH [^] (p)	Átszűrtség*	EH [^] (p)	
Alkohol-fogyasztás	soha	36,2% (17/47)	1 (ref)	60,3% (367/609)	1 (ref)
	mérsékelt	27,2% (22/81)	0,91 (0,864)	52,3% (46/88)	0,78 (0,382)
	nagyivó	38,5% (5/13)	1,60 (0,576)	27,3% (3/11)	0,26 (0,091)
	rendszeres	20% (4/20)	0,33 (0,173)	77,1% (27/35)	1,77 (0,205)
	ritkán	29,8% (51/171)	0,89 (0,808)	59,7% (385/645)	1,14 (0,360)
	nincs adat	0% (0/2)	n.sz.	–	–
Mennyit tehet egészségéért	sokat	34,2% (68/199)	1 (ref)	59,1% (478/809)	1 (ref)
	keveset	21,4% (9/42)	0,44 (0,136)	64,8% (177/273)	0,83 (0,312)
	nagyon sokat	24,7% (21/85)	0,52 (0,080)	59,8% (149/249)	0,98 (0,909)
	semmit	14,3% (1/7)	0,00 (0,974)	43,4% (23/53)	0,48 (0,042)
	nincs adat	0% (0/1)	n.sz.	25% (1/4)	n.sz.
Elégedettség a házi-orvossal	elégedett	30,8% (82/266)	1 (ref)	61,6% (726/1179)	1 (ref)
	elégedetlen	28,6% (6/21)	0,51 (0,322)	45,9% (34/74)	0,83 (0,533)
	semleges	23,7% (9/38)	0,75 (0,581)	52,8% (65/123)	0,78 (0,287)
	nincs adat	22,2% (2/9)	n.sz.	25% (3/12)	n.sz.
Legutolsó találkozás a házi-orvossal	1 éven belül	42,6% (83/195)	1 (ref)	68,7% (778/1133)	1 (ref)
	1 évnél régebben	11,8% (16/136)	0,14 (<0,001)	19,4% (49/253)	0,13 (<0,001)
	soha nem találtakoztak még	0% (/3)	0,00 (0,988)	50% (1/2)	n.sz.
	nincs adat	–	–	–	–
Önértékelt egészségi állapot	kielégítő	43,8% (21/48)	1 (ref)	63,6% (330/519)	1 (ref)
	jó	28,2% (50/177)	0,5 (0,145)	52,6% (269/511)	0,91 (0,586)
	nagyon jó	25,5% (27/106)	0,74 (0,571)	49,3% (70/142)	1,74 (0,055)
	nagyon rossz	–	–	74% (54/73)	2,21 (0,027)
	rossz	33,3% (1/3)	0,19 (0,247)	73,4% (105/143)	1,84 (0,017)
Krónikus betegség	nincs	25,6% (71/277)	1 (ref)	43% (231/537)	1 (ref)
	van	49,1% (28/57)	1,91 (0,122)	70,2% (597/851)	1,65 (0,002)
	nincs adat	–	–	–	–
Mind	29,6% (99/334)	–	59,7% (828/1388)	–	

Megjegyzés: *(szűrésen részt vettek/célcsoport); [^] korrigált esélyhányados; (ref): referenciacsoport; n.sz.: nem számítható; – : nem értelmezhető.

EFFECTIVENESS OF PREVENTIVE SERVICE DELIVERY IN PRIMARY HEALTH CARE FOR ADULTS: NATIONWIDE HUNGARIAN SURVEY IN 2014

ABSTRACT

Although it has been recognized for decades that preventive services of primary health care can significantly reduce the health loss caused by diseases with the highest public health importance, these opportunities have only partially been exploited. The 2014 Hungarian implementation of European Health Interview Survey provided an opportunity to evaluate the effectiveness of some preventive services' delivery (hypertension, diabetes, hypercholesterolemia screening and influenza vaccination) which can be provided at the level of primary health care. Stratum specific delivery frequencies for guideline supported preventive services were determined for target groups, and regression models were applied to identify the socio-economic, life style, health status and primary care use related risk factors of the failed service delivery. Screening for hypertension, diabetes, and hypercholesterolemia in different target groups realized 63-80%, 45-63%, and a 29-68% frequency. Influenza vaccine was received by 9-23% of the target groups. The corresponding numbers of missing interventions a year in Hungary were 1.87 million, 2.17 million, 3.17 million, and 3.25 million for hypertension, diabetes, and hypercholesterolemia screening and for influenza vaccination, respectively. There was no subpopulation with lower than Hungarian average delivery effectiveness for each services which could be identified by the investigated risk factors. The only exception was the frequency of general practitioner's attendance, which was significant positive factor affecting each investigated service apart from the influenza vaccination of patients under the age of 60 years. Overall, it was concluded that (1) the delivery rate of preventive services was significantly less than recommended for each preventive services and in each target group; (2) the only target group for special intervention to improve the effectiveness of primary health care level preventive services was the group of adults not attending general practitioners suggesting that primary care providers should be actively organize the service delivery for adults who do not visit the general practitioner's office.