

EGÉSZSÉGÜGYI PROBLÉMÁK A LEGHÁTRÁNYOSABB HELYZETŰ KISTÉRSÉGEKBEN DÉL-DUNÁNTÚLI TAPASZTALATOK ALAPJÁN

Pál Viktor

1. Bevezetés

A leghátrányosabb helyzetű térségeket már több alkalommal lehatárolták egyrészt tudományos, másrészt fejlesztési célokkal, melyek a legtöbb esetben egybecsengnek, így általánosan elfogadott, hogy mely térségek számítanak a legelmaradottabbaknak, a leghátrányosabb helyzetűnek. A hátrányos helyzet, illetőleg az elmaradottság leginkább társadalmi-gazdasági mutatókban ragadható meg (Varga 2006), azonban igen szoros összefüggés található a kedvezőtlen vagy rossz egészségi állapottal rendelkező népesség térbeli eloszlása és a leghátrányosabb helyzetű térségek térbeli eloszlása között. Ezen a ponton merül fel a kérdés, hogy a leghátrányosabb helyzetű térségek lakói milyen természetű egészségi problémákkal szembesülhetnek, ezek mennyiben másak, mint az országos átlag. Feltehető az a kérdés is, hogy az egészségügyi rendszert milyen különleges kihívások érik, meg tud-e felelni a speciális kihívásoknak?

E kérdések megválaszolásakor célként megfogalmazható egy olyan helyzetértékelés elkészítése, mely áttekinti a leghátrányosabb kistérségek népességének egészségi állapotát és az egészségügyi ellátás sajátosságait ezekben a kistérségekben. A tanulmányban ezt a célt egy dél-dunántúli kutatás tapasztalataira alapozva igyekszem realizálni.

E problémákat már korábbi kutatások is felvetették a periférikus térségekre vonatkozóan (Pál 2002, 2003). A jelenlegi megállapítások a 311/2007. rendeletben leghátrányosabb helyzetűnek minősített 33 kistérségre vonatkoznak (továbbiakban LHH), felhasználva a rendelkezésre álló statisztikai adatokat, illetve a saját interjúk kutatásaimat, melyeket a Sellyei kistérségben készítettem háziorvosokkal, illetve az egészségügy más kulcsszereplőivel.

2. Az egészségi állapot néhány jellemző vonása a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben

A leghátrányosabb helyzetű kistérségek legtöbbjében a népesség egészségi állapota országos relációban a legrosszabbak között van. Háziorvosokkal készített interjúink feltárták, hogy a statisztikák bizonyos mértékben még el is fedik az egyes településeken belül, a különböző társadalmi csoportok között meglévő különbségeket (Pál 2013). Általában jellemző, hogy a kistérségi központok lakóinak egészségi állapota közelít az országos átlaghoz, míg az aprófalvak, belső perifériák lakóinak, különösen a legszegényebbek és azon belül is a telepeken élőknek a legrosszabb az egészségi állapotuk (Ember et al. 2013). A rossz egészségi állapot eltérő korstruktúrájú településeket egyaránt jellemez: ide tartoznak a fiatal korszerkezetű, nagyobb arányban romák által lakott települések éppúgy, mint az előregedő települések. Előbbinél a már fiatalabb korban

megjelenő, nagy számban előforduló megbetegedések, utóbbiakban a fokozott ápolási igények támasztanak többlet igényeket az egészségügyi ellátórendszerrel szemben.

A hátrányos helyzet és ehhez kapcsolódóan a rossz egészségi állapot sok esetben köthető a roma népességhez (Puporka – Zádori 1998, Baranyi ez al. 2006, Neményi én.), azonban általánosságban a jó vagy rossz egészség határa elsősorban nem etnikai alapú, hanem a nincstelen – nem nincstelen, vagy munkanélküli – nem munkanélküli ellentétpárban ragadható meg. Így tehát a rossz egészségi állapot minden szegénysorban élő, alacsony iskolai végzettségű, munkanélküli szülőkkel rendelkező családot egyformán érint.

A megbetegedések struktúrája e társadalmi csoport esetében általában hasonlít az országoshoz, de előfordulnak benne anomáliák. E társadalmi csoport körében kiugróan magas a pszichiátriai kórképek előfordulása. Ezen belül a szorongás, a depresszió a leggyakoribb. A betegek általában nem lelki problémákkal, hanem szomatikus tünetekkel keresik fel háziorvosukat, azonban a legtöbb esetben kiderül, hogy panaszainak nincs szervi oka. Állapotuk sokszor nem is típusos depresszió vagy szorongás, hanem egy krónikus depressziós tünet-együttes, melyet más, korábbi kutatások is megerősítenek (Kopp 2003). Pszichiátriai szakrendelésre csak egy részüket sikerül beutalni. A tapasztalat szerint az első rendelésen még megjelennek a betegek, de nehezen fogadják el, hogy ez egy hosszú folyamat, és ezért a további rendeléseken már nem vesznek részt.

Az alkoholizmus a leszakadó társadalmi csoportoknál teljesen általános. Néhány interjúalany szerint az alkoholizmus kevésbé súlyos probléma, mint a dohányzás, mert „drágább” káros szenvedély, ezért „kevesebb pénz jut” alkoholra. Magas a légzőrendszer betegségeinek előfordulása is, ami a dohányzás általános elterjedtségével jár együtt. A háziorvosok tapasztalata szerint a leszakadó társadalmi csoportokhoz tartozó családok 11-12 éves gyermekeinek döntő része e térségekben már dohányzik. A védőnők gyakran találkoznak 8-10 éves korukban már dohányzó gyermekekkel is.

A daganatos halálozás az országos folyamatokhoz hasonlóan igen magas, különösen a vastagbélrák és a tüdőrák előfordulása gyakori a háziorvosok tapasztalatai szerint. Ugyanakkor az e térségekben élők nem, vagy csak igen későn fordulnak panaszukkal, tüneteikkel a háziorvosokhoz, és ekkor már betegségüket nem lehet eredményesen kezelni.

Az alkoholfogyasztás és a dohányzás, továbbá a hiányos száj higiéné okozza, hogy e kistérségekben gyakoribb az ajak- és szájüregi daganatos megbetegedések előfordulása is. Néhány háziorvos tapasztalata szerint az itt élő szegények körében a száj higiéné nem is létezik, a gyermekek fogai a maradandó fogak megjelenését követően néhány éven belül véglegesen károsodnak.

Az egészségtelen, sőt sok esetben hiányos táplálkozás, a mozgásszegény életmód és az alkoholfogyasztás a közvetlen oka a cukorbetegség nagyon gyakori előfordulásának. Különösen kedvezőtlen, hogy a cukorbetegség már igen fiatalon, sokszor 30 éves kor körül jelentkezik. Az anyagcsere-zavarok erőteljesen függenek a táplálkozástól. E kistérségekben élő szegények táplálkozása nemcsak egyszerűen egészségtelen, hanem sok családnál hiányos is. Ebből adódóan a legnagyobb kalóriatartalmú ételek fogyasztására törekednek (illetőleg erre van lehetőségük), így egyes családok

táplálkozásában dominál a kenyérfogyasztás, az egyéb tésztafélék túlzott fogyasztása, ami igen korán elhízáshoz vezet. A cukorbetegség magas esetszáma együtt jár a magas vérnyomás gyakoriságának növekedésével.

Igen sűrűn fordulnak elő mozgásszervi megbetegedések, továbbá megfigyelhető, hogy a rossz szociális helyzetű népesség körében gyakoribbak a balesetek.

Az egyes LHH kistérségek között is kimutathatók különbségek, a térségcsoport az egészségi állapot tekintetében nem teljesen homogén. Néhány általános egészségi állapot indikátor esetében (pl. standardizált halálozási hányados, születéskor várható átlagos élettartam, „orvoshoz-fordulás” gyakorisága, kórházi ápolási eset) jól megfigyelhetők a területi különbségek (Kiss – Pál 2007).

A rossz egészségi állapot okai összetettek: egyaránt okozzák gazdasági, kulturális tényezők: szegénység, alacsony iskolázottság (Makara 1997). Ezekből adódóan az egészségkultúra igen alacsony színvonalú: az itt élők egy része nincs tisztában a legalapvetőbb higiénés szabályokkal, az önvizsgálathoz szükséges ismeretekkel, az egészséges életmód alapelveivel.

Ha az ismeretek adottak lennének, akkor sem tudnák azokat a gyakorlatba átültetni, mivel nincs pénzük megfelelő táplálékra, az egészséges lakókörnyezet kialakítására. Helyzetüket tovább rontja, hogy az a komplexen deprivált élethelyzet, amelyben létezni kénytelenek, igen nagy stressz forrás, amit a lelki betegségek (depresszió, szorongás) magas aránya is bizonyít. Ebben a helyzetben csökken az öngondoskodásra való hajlandóság is.

3. Az egészségügyi ellátás helyzete, sajátosságai a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben

A rossz egészségi állapot e térségekben többlet igényeket támaszt az egészségügyi ellátással szemben, ugyanakkor itt tapasztalhatók a legnagyobb ellátási hiányok (érvényesül az úgynevezett inverz-ellátás törvénye). Így az egészségügyi ellátás problémái egyrészt e hiányokból adódnak, másrészt következnek a periférikus elhelyezkedésből, a gazdasági elmaradottságból és a hiányos infrastruktúrából. Ezek a térségek többségében ugyanis aprófalvasak, vagy esetenként tanyások, kis lakosságszámmal, de távol a központoktól, nagyobb részük belső perifériának tekinthető. Általában rossz a központok – amelyek a legtöbbször az egészségügyi ellátás központjai is – elérhetősége. Legtöbbször a kistérségi központok megközelíthetősége is nehézkes, noha sok egészségügyi intézmény (pl. járóbeteg szakellátás) éppen itt található (Kincses 2005).

Az egészségügyi alapellátás lényegében mindenütt megoldott, de működésével számos probléma észlelhető. Az alapellátáson belül a háziorvosi ellátás küzd talán a legtöbb gonddal.

A településszerkezetből adódóan (aprófalvak) értelemszerűen sok kistelepülés tartozik általában egy praxishoz, a betegek lakóhelye nem koncentrált. A háziorvosok kártyaszáma alacsony (kicsi népességszám), az itt található praxisok nem jövedelmeznek jól. A csoportpraxisok egy ideig népszerű víziója sem hozott megoldást a gondokra (Pénzes 2001).



A háziiorvosi rendelők felszereltsége általában megfelelő, arról a háziorvos, mint vállalkozó maga gondoskodik. Ebből adódóan a háziorvosok költségghatékony megoldásokra törekednek: pl. olcsóbb EKG berendezést vásárolnak. A háziorvosok adminisztrációs terhe igen nagy: úgy érzik, ez a betegellátástól veszi el az idejüket.

Igen nagy problémák tapasztalhatók az alapellátás humán erőforrásával kapcsolatban. Az itt praktizáló háziorvosok életkora magas, és itt a legtöbb a tartósan betöltetlen háziorvosi praxisok száma is (www.oali.hu). Így az a helyzet állt elő, hogy ott nincs elég orvos, ahol a legnagyobb szükség lenne rá. Mivel e kistérségek nem vonzóak, mint lakókörnyezet (elzártság, periféria-helyzet, sok, problémás helyzetű beteg, alacsonyabb jövedelem), a fiatal orvosok általában nem választják e kistérségek településeit, vagy ha igen, akkor semmiképpen sem akarnak ideköltözni. Itt szükséges megjegyezni, hogy a háziorvos e helyi társadalmak fontos kohéziós ereje: gyakran az itt élők nemcsak egészségügyi problémákkal keresik fel őket, ezen kívül jelenlétük biztonságot ad a település lakóinak. A házi gyermekorvosi teendőket leggyakrabban a háziorvosok látják el, házi gyermekorvos igen kevés van.

A háziorvosi rendszerhez (de nem kizárólagosan ahhoz) kapcsolódó probléma a gyógyszerellátás és -beszerzés kérdése. Mivel az itt élők egészségi állapota rossz, egy átlagos beteget sokféle betegséggel kezelnek, így annak sokféle gyógyszert kellene szednie. Ezek a gyógyszerek azonban igen drágák (különösen a korszerű, új készítmények), és sokszor a család jövedelmének tetemes részét kellene ezekre fordítani. A gyógyszerfogyasztás elmaradásánál a kulturális hatásoknak kevesebb szerepük van, sőt inkább előnyben részesítik azt, hogy gyógyszereket szedjenek már kialakult betegségekre, mint a prevenciót.

A prevenciós szervezetre ezekben a térségekben kulcsszerep hárul, mivel a védőnők azok, akik az anya- és csecsemővédelem révén rendszeresen tartják a kapcsolatot a családokkal. A gondozott anyák többnyire meghallgatják, amit a védőnők mondanak, de néha az anyagiak hiánya, más esetben az iskolázottsági szintjük nem teszi lehetővé, hogy a hallottak szerint cselekedjenek.

A szakellátást e kistérségekben általában a járóbeteg-szakellátás képviseli. Ezen kívül néhány LHH kistérségben található kórház is a kistérség központjában (pl. Ózd, Fehérgyarmat, Vásárosnamény, Berettyóújfalú), és van néhány kistérség, ahol kifejezetten közel, vagy könnyen megközelíthetően találunk kórházat (pl. a Bátorfyerenyei kistérségből a salgótarjáni, a Kisteleki kistérségből a szegedi kórház viszonylag könnyen elérhető).

A járóbeteg-szakellátás szakmák szerinti összetétele nagyon változó: az egészen széles spektrumtól az alapszakmákig terjed. A járóbeteg-ellátásnál a legnagyobb probléma, hogy számos tényező gátolja, hogy az előírt vizsgálatokon vagy kezeléseken a betegek részt vegyenek. A háziorvosnál diagnosztizált betegek jó részének további kivizsgálásokon, vagy kezeléseken kellene részt vennie, azonban ez sok esetben elmarad. A helyben, vagy közelben elvégezhető kivizsgálások nagy része megvalósul, azonban magasabb szintű ellátást értelem szerűen távolabb tudják a betegek igénybe venni a progresszív ellátás elve alapján. Ezek a járóbeteg-szakrendelések, kórházak

ugyan fizikailag nincsenek nagy távolságban a kistérségtől, azonban az itt lakóknak ezek elérése komoly akadályokba ütközik.

Az egyik ilyen akadály a közlekedés: a kistérségi központokból viszonylag egyszerűen el tudnak jutni a szakrendelésekre, azonban környékbeli falvakból tömegközlekedéssel kevésbé, vagy bizonyos szakrendelésekre egyáltalán nem. Sokszor fizikai képtelenség, hogy valaki egy nap megjárjon egy szakrendelést.

A fizikai korlátok mellett szerepet játszanak az anyagi korlátok, illetve az ismeretek hiánya, továbbá egyéb kulturális tényezők (pl. a betegek nem gondolják úgy, hogy el kellene menniük). Ez utóbbi igen jelentős korlátozó tényező: az orvosok szerint igen gyakran még a szállítást is megszervezik, továbbá az időpont egyeztetést is elvégzik az orvosok vagy az asszisztensek, de a betegek egy része mégsem jelenik meg a szakrendelésen. Az a tapasztalat, hogy ha csak egyszeri vizsgálatról van szó, akkor arra inkább elmennek, mint a rendszeres megjelenést igénylő heti, vagy többszöri kezelésekre. Előfordul az is, hogy sok beteg el sem tudja olvasni, vagy értelmezni, amit a kórházakban, szakrendelőkben a zárójelentésre írnak. Így pl. sokszor nem világos számukra, hogy mi a további teendő. Néhányan azért nem vállalják a klinikai kivizsgálást, mert ott (a városban) nem ismerik ki magukat.

A prevenció nagyobb része magában az egészségügyben, kisebb része az iskolában, és civil szervezetekben valósul meg e térségekben, csakúgy, mint az ország többi részén. Mind a háziorvosok, mind a kórházak szerveznek szűrővizsgálatokat. Az interjúk megerősítették azt az általános tapasztalatot, hogy a szervezett szűrővizsgálatokon inkább a nagyobb települések lakói vesznek részt, az aprófalvakban alacsony a részvételi arány.

A településpolitikában igen kis szerep jut az egészségpolitikának. Mindössze néhány településnek van egészségterve. A 2007-2013 közötti pályázati projektlistákat áttekintve megállapíthatjuk, hogy azokban alig van egészségügy, eléggé elhanyagolt terület volt a fejlesztési elképzeléseknél, ugyanakkor szinte sehonnán sem maradt ki. A leggyakrabban vagy valamilyen egészségügyi – általában alapellátási – integrált intézményt szerettek volna létesíteni, vagy egészségfejlesztési tervet és ehhez kapcsolódó felmérést készíteni, vagy az egészségmagatartást befolyásolni valamilyen oktatás segítségével. Ez a felsorolás mutatja, hogy az egyes LHH kistérségek mennyire eltérő módon viszonyulnak az egészséghez és az egészségüghöz.

4. Összegzés

Összességében megállapítható, hogy a leghátrányosabb helyzetű kistérségek komplex egészségproblémája szoros összefüggést mutat az elmaradottság egyéb tényezőivel. Ugyanakkor ennek megítélésénél figyelembe kell azt is venni, hogy az egészség-problémák többsége nem tárható fel ezen a lokális léptéken a széles körben alkalmazott kvantitatív módszerek segítségével.

Az „egészség-spirál” lokális mechanizmusai kvalitatív módszerek alkalmazásával, elsősorban interjúk segítségével, résztvevő megfigyeléssel, tartalomelemzéssel tárhatók fel. Ezekre alapozva képzelhető el olyan beavatkozási lehetőségek kialakítása, amelyek tartósan képesek változtatni a vázolt igen kedvezőtlen helyzeten.



Irodalom

- Baranyi B., G. Fekete É., Koncz G. (2006): A roma szegregáció kutatásának területi szempontjai a halmozottan hátrányos helyzetű encsi és a sellyei–siklói kistérségekben. In: Glatz Ferenc (szerk.): A cigányok Magyarországon. Magyarország az ezredfordulón.
- Ember I., Pál V., Tóth J. (szerk.) (2013): Egészségföldrajz. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Kincses Gy. (2005): Az alapellátás átalakításáról. Budapest, ESKI
- Kiss J. P., Pál V. (2007): A kórházi betegforgalom területi vonatkozásai Magyarországon. In: Kovács Cs., Pál V. (szerk.): A társadalmi földrajz világi. SZTE Gazdaság- és Társadalomföldrajz Tanszék, Szeged, 259-279.
- Kopp M. (2003): A mentális és magatartási betegségek és zavarok gyakorisága és az általuk okozott társadalmi teher. In: Ádány R. (szerk.): A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón, Medicina, MTA Orvosi Osztály, Budapest, 191-206.
- Makara P. (1997): Társadalmi-területi egyenlőtlenség az egészségi állapotban, az egészségügyben. A Falu 1997/ősz, 49-53.
- Neményi M. (én): Cigány anyák az egészségügyben. <http://mek.niif.hu/01100/01156/01156.htm>
- Pál V. (2002): Az egészségi állapot és az egészségügyi rendszer néhány sajátossága a határmenti területeken. In: Szónokyné Ancsin G. (szerk.): Határok és az Európai Unió. 2002. november 29 - december 1. Szeged, pp. 264-271.
- Pál V. (2003): Egészségföldrajzi sajátosságok egy határ menti kistérségben. In: Pál. Á. (szerk.): Héthatáron. Tanulmányok a határ menti települések földrajzából. JGYTF Kiadó, Szeged, 297-331.
- Pál V. (2013): A periféria helyzet és az egészségi állapot – egy ormánsági kutatás tapasztalatai. A falu, 1. szám
- Pénzes J. (2001): Álom vagy valódi lehetőség a privatizáció után? Csoportpraxis Magyarországon. Egészségügyi Menedzsment 3. évf. 2. szám, 54-57.
- Puporka L., Zádori Zs. (1998): A magyarországi romák egészségi állapota. Roma Sajtóközpont, Budapest
- Varga B. (2006): Kistérségek a statisztikák tükrében. p 26, www.terport.hu