

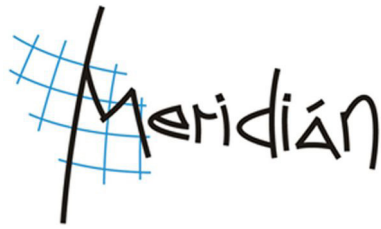
FÖLDRAJZI TANULMÁNYOK 2018

Szerkesztette:

Fazekas István, Kiss Emőke, Lázár István

DEBRECEN, 2018

A kötet megjelenését támogatta:



Meridián Táj- és
Környezetföldrajzi Alapítvány

Borítóterv:
Lázár István

ISBN: 978-963-508-897-3

Felelős kiadó: MTA DTB Földtudományi Szakbizottság
4032 Debrecen, Thomas Mann u. 49.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEI – BÉKÉS MEGYEI ESETTANULMÁNY TAPASZTALATAI

BEKE SZILVIA, UZZOLI ANNAMÁRIA, BÁN ATTILA, PÁL VIKTOR, VITRAI JÓZSEF

Gál Ferenc Főiskola, Egészségtudományi Intézet

Abstract

The aim of our three years course research project is to analyse regional disparities in access to health care from health inequalities point of view with applying quantitative and qualitative methods. The research is based on studying statistical data and health care conditions using one of cardiovascular diseases called acute myocardial infarction.

This paper highlights the most important experiences of a case study achieving in Békés county and its health services. Our task was to making semi-structured interviews with health care professionals and patients to discover determinative local factors in access to health care. It is worth mentioning among primary results that the weaknesses of integrated care, the lack of patient education and the problems of organizing health care can lead to marked inequalities.

Kulcsszavak: *egészségyenlőtlenség, hozzáférés, területi különbségek, kvalitatív módszerek, Békés megye*

1. Bevezetés

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés meghatározó szereppel bír minden ország egészségügyi ellátórendszerében (The Global Health 50/50 Report 2018). Az ellátáshoz való hozzáférés alapvetően összetett, többdimenziós fogalom, koncepcionális értelmezése akár az egyes szerzők szerint is változhat. Az egészségügyben a hozzáférés az egészségügyi szolgáltatásokhoz, a szolgáltatókhoz és/vagy az intézményekhez való hozzáférés lehetőségeit jelenti, azaz ha az igénybevevők (egyének, kisközösségek) szükségleteiknek (betegségek) megfelelő (jó minőségű, elfogadható) és mindenki számára elérhető (meglévő, megfizethető) igénybevétel tudnak megvalósítani (Whitehead 1992). Igen gyakran a hozzáférés meghatározása a szükségletekből fakadó igénybevételre fókuszál, vagyis az egészségügyi szolgáltatások „rendelkezésre állását” a kereslet és a kínálat között fennálló aktuális mechanizmusok esélyeire/esélytelenségeire építi (pl. Goddard-Smith 2001). Számos kutatás a különböző egészségügyi erőforrások meglétét vagy hiányát éppen az ellátáshoz való hozzáférés lehetőségeiként vagy akadályaként definiálja, ezzel konceptualizálva az esélyegyenlőség érvényesülését (pl. Braveman 2003). Mindezek nyomán az elmúlt években egyre több vizsgálat felhívta a figyelmet a hozzáférés mellett az elérhetőség, a megfizethetőség, az elfogadhatóság, a megfelelőség és a minőség, mint összetevők szerepére is az egészséggyenlőtlenségek alakulásában (pl. Gulliford et al. 2002, Samuels 2005; WHO 1994). Tágabb értelemben a strukturalista megközelítés az egészség társadalmi meghatározottsága okán hangsúlyozza az egyének (betegek) társadalmi-gazdasági (pl. életkörülmények), valamint szocio-kulturális (pl. egészségmagatartás) helyzetének érvényesülését a hozzáférés esélyeiben. A hozzáférés fogalmát komplex módon az esélyegyenlőséget befolyásoló adottságok két csoportján, illetve azok között kialakult interakciók sorozatán keresztül határozza meg: egyrészt az egyének, a háztartások, a társadalmi-gazdasági környezet jellemzői, másrészt az egészségügyi ellátórendszer, az egészségügyi szervezetek/intézmények és a szolgáltatók jellemzői, és ezek kapcsolata alapján (pl. Andersen 1995; Levesque et al. 2013).

2. Anyag és módszer

Hároméves kutatási projektünk célja feltárni az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés jellemzőit és területi különbségeit a hazai egészséggyenlőtlenségek tükrében (<https://egeszseguyihozzaferhetoseg.wordpress.com/>). Mindezek vizsgálata a Magyarországon népbetegségnek számító ún. akut miokardiális infarktusz (akut szívizominfarktusz, AMI) ellátási körülményeinek, illetve megbetegedési és halálozási viszonyainak vizsgálatán keresztül történt meg. Ez a keringési rendszeri megbetegedés fontos információhordozó az ellátáshoz való hozzáférés esélyeiről: a rövidtávú túlélési esélyeket a prehospitális idő rövidege, a gyors diagnózis és a hatékony korszerű beavatkozások elérhetőségei határozzák meg, míg a hosszú távú életesélyek nagymértékben függenek az orvosi utasítások szakmai tartalmától és azok betartásától, a rehabilitációtól, továbbá a beteg életmódjától, szociális körülményeitől. Az ellátás hatékonysága és eredményessége tehát összefügg az időben elvégzett beavatkozásokkal, terápiákkal, amelyek szakmai irányelvekre támaszkodnak (Belicza et al. 2016).

Kutatásunk első szakaszában a kvantitatív vizsgálatok során az AMI megbetegedések és halálozások statisztikai elemzése valósult meg. Ennek egyik feladata volt annak a mintaterületnek a kiválasztása, amely több szempontból is alkalmas a tervezett helyi esettanulmány megvalósítására. A kutatás második szakaszában, amelynek ismertetése a tanulmány fő feladata, elsődleges célunk volt kvalitatív vizsgálati módszerekkel elemezni az ellátáshoz való hozzáférés helyi lehetőségeit és akadályait. A Békés megyei terepmunka során különböző egészségügyi intézményekben kétlépcsős, félig strukturált interjúk készültek 2018. március-június között az infarktuszellátásban releváns egészségügyi szakdolgozókkal, pl. kardiológusokkal, nővérekkel, dietetikusokkal, gyógytornászokkal stb. (24 fő), és infarktuson átesett betegekkel (29 fő). A személyes interjúk lehetőséget adtak információkat gyűjteni az ellátáshoz való hozzáférést, valamint az életmódot befolyásoló intézményi és egyéni tényezőkről.

3. Eredmények

Statisztikai elemzéseink bizonyították, hogy a szívizominfarktus halálozás nagymértékben csökkent hazánkban a 2000-es évek közepe óta, feltehetően a korszerű kardiológiai beavatkozás (szívkatéteres tágítás) széleskörű elterjedésének. Mégis még mindig magas a megbetegedések száma és aránya európai összehasonlításban, valamint az elmúlt években növekedtek a területi egyenlőtlenségek az országon belül (Uzzoli et al. 2017).

Békés megyében 2013 óta számottevően csökkent az infarktus halálozás a gyulai szívkatéteres centrum átadásával, mégis országos viszonylatban magas a megbetegedések aránya, illetve az elmúlt években növekedett az infarktust követő egyéves halálozás mértéke is. Békés megye az egészségfolyamatok alapján országosan kedvezőtlen helyzete a megyén belüli jelentős területi különbségekkel párosul, ami az infarktus-halálozás területi megoszlására is igaz. Mind a nők, mind a férfiak esetében leghátrányosabb helyzetű a megye déli része (Tóth et al. 2018).

Az egészségügyi szereplőkkel (szakdolgozókkal, betegekkel) készült félig strukturált interjúk felhívták a figyelmet Békés megye infarktusellátásában az elmúlt években bekövetkező kedvező változásokra, de a jelenleg létező részbeni működési ellentmondásokra is. Az infarktus kórházi kezelését megelőző prehospitalis ellátási szakaszban kiemelkedő a megyei mentőellátás színvonala mind a szakmai, mind a betegvélemények alapján. Egyrészt kisebb mentőállomások működnek, ezáltal jobb a területi lefedettség, másrészt a hatékony kommunikáció alakult ki a mentőegységek és a kórházi sürgősségi ellátás között a transztelefonikus EKG segítségével, harmadrészt az optimális területi ellátás megvalósítása érdekében a megye egyes részeiből nem Gyulára, hanem a közelebbi debreceni vagy szegedi szívkatéteres központba szállítják a betegeket. A prehospitalis ellátási szakasz legfőbb problémái hiányos egészségismeretekből és a rosszabb elérhetőségi viszonyokból ered: egyrészt a betegek hosszú ideig hezitálnak a segítségkéréssel, ezzel csökken az eredményes beavatkozás időablaka (120 perc); másfelől a határmenti, periférikus területeken a rosszabb útviszonyok lassítják a mentőszállítások menetidejét. Az infarktusellátás kórházi szakaszában Békés megye nagy előrelépése, hogy 2013-ban létrehozták Gyulán a Pándy Kálmán Kórházban a szívkatéteres központot, javítva a korszerű ellátáshoz való hozzáférést, összehangolva az infarktusellátás lehetőségeit az orosházi és békéscsabai kórházzal, valamint a kórházon belül kialakítva az egymásra épülő csapatmunka szakmai feltételeit (sürgősségi ellátás, invazív és rehabilitációs kardiológiai ellátás között). A gyors és korszerű szívkatéteres beavatkozás helyben való megteremtése jelentősen növelte a túlélési esélyeket, rövidítette a felépülés idejét, és jobb életminőség feltételeket eredményezett a betegek későbbi életszakaszaiban, azonban a hozzáférés javítása egyúttal az egyéni felelősségérzet gyengülésével járt. Vannak betegek, akiknél nem vagy csak kismértékben alakul ki betegségtudat, amely pedig akadályozza az orvosi utasítások szigorú betartását, és az eredményes beteg-együttműködést (compliance). Sok beteg társadalmi-gazdasági (jövedelemszint) és/vagy szocio-kulturális (egészségmagatartás) helyzetéből fakadóan nem képes a tartós életmódváltásra, amely pedig hosszú távon a sikeres gyógyulás és az újabb infarktus elkerülésének követelménye. Ugyan a rehabilitációs eljárás protokollja több változáson ment keresztül az elmúlt években (pl. újszerű életmódtanácsok bevezetése), mégis kevesen jutnak el ilyen kezelésre: sokan az újbóli munkába állás miatt utasítják el, a gyulai rehabilitációs osztálytól távol élők kevésbé tudják vállalni a hosszabb utazásokat, míg mások számára pedig nem kerül felajánlásra a rehabilitáció. Ez utóbbi elsősorban ebben az ellátási szakaszban jelentkező munkaerőhiányra vezethető vissza. A betegség fenntartó szakaszában elsődleges szerepe van a háziorvosi ellátásnak, amit viszont kapacitáshiányok miatt nem tud kiegészíteni a hazai egészségfejlesztés intézményrendszere.

4. Következtetések

A Békés megyei esettanulmány kvalitatív úton szerzett tapasztalatai alkalmasak olyan javaslatok megfogalmazására, amelyek a helyi ellátórendszer számára hasznosíthatóak, és segítenek az ellátásszervezésben. Tanulmányunk célkitűzésének megfelelően elsősorban azokat a következtetéseket hangsúlyozzuk, amelyek egyrészt a térbeliség szerepét magyarázzák a hozzáférésben és az egészségyenlőtlenségekben, másrészt információhordozók a területi különbségekről.

Már középtávon szükséges az integrált ellátás lehetőségeinek megteremtése és fejlesztése, amely vertikálisan az egyes ellátási szintek közti progresszivitás erősítéséhez, horizontálisan pedig a megye egyes részeiben található egészségügyi intézmények közti eredményesebb együttműködéshez is hozzájárulhat. A megelőzés és a felvilágosítás előtérbe helyezése növeli az egészségismeretek szintjét: az időben való orvoshoz fordulás és a prehospitalis idő csökkentése esélyt jelenthet a túlélésre, főleg a kórházaktól távoli, periférikus, nehezen elérhető országrészekben. A hosszú távú túlélési esélyek javításában elsődleges a rehabilitációs ellátás sikeressége, amelynek alapvető célja a tartós életmódváltás támogatása: ebben a jelenleginél jóval nagyobb szerepet kell vállalnia a városoktól távol lévő kistelepülések háziorvosi ellátásának. A háziorvosi praxisközösség, részben csoportpraxis modelljének széleskörű megteremtése lehetővé teheti a háziorvosok, szakorvosok munkájának összehangolását, amelyet hatékonyan egészíthet ki az ún. non-doktori hálózat (pl. dietetikusok, gyógytornászok, pszichológusok stb.) szakmai közössége. Ráadásul ez elősegítheti több település egészségügyi alapellátásának integrálását a humán erőforrás hatékonyabb hasznosításával és a szolgáltatások optimális szervezésével. A rehabilitációs protokoll javulása és átalakulása az elmúlt években támogatta az eredményes gyógyulást, de még mindig alacsony a beteg közeli, egyénre szabott gyakorlatias tanácsok határfoka. Ez elsősorban a város-vidék viszonylatban meghatározó, hisz eltérőek a helyi adottságok és társadalmi normák a városokban és a falvakban az egészséges életmóddal kapcsolatban.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány a K 119574 számú projekt támogatásával készült, amely a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap finanszírozásában valósul meg.

5. Irodalomjegyzék

- Andersen, R. M. (1995): Revisiting the behavioral model and access to medical care: does It matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), pp.1-10.
- Belicza É. – Lám J.– Kósa I. (2016): Az acut myocardialis infarctus főbb hazai ellátási jellemzői 2005–2009 között az EuroHOPE kutatás eredményei alapján *Orvosi Hetilap*, 157(41), pp. 1626–1634.
- Braveman, P. A. (2003): Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 21(3), pp. 181–192.
- Goddard, M. – Smith, P. (2001): Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science and Medicine*, 53(9), pp. 1149–1162.
- Gulliford, M. – Figueroa-Munoz, J. – Morgan, M. – Hughes, D.–Gibson, B. – Beech, R. – Hudson, M. (2002): What does ‘access to health care’ mean? *Journal of Health Services Research and Policy*, 7(3), pp. 186–188.
- Levesque, J-F. – Harris, M. F. – Russell, G. (2013): Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18). pp. 1–9.
- Samuels, G. (2005): Availability, Accessibility and Affordability. The Challenge of Diseases of Poverty. <http://www.who.int/intellectualproperty/events/OpenForumGillSamuels.pdf?ua=1> Letöltés időpontja: 2018. február.
- The Global Health 50/50 Report 2018. University College, London. <https://globalhealth5050.org/report/> Letöltés időpontja: 2018. július.
- Tóth G. – Bán A. – Vitrai J. – Uzzoli A. (2018): Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepe az egészségügyenlőtlenségekben – A szívizominfarktus-megbetegedések és -halálások területi különbségei. *Területi Statisztika*, 58(4), pp. 346–379.
- Uzzoli A. – Vitrai J. – Tóth G. (2017): Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut miokardiális infarktus okozta halálozás adatainak felhasználásával. *Egészségfejlesztés*, 58(3), pp. 7-17.
- Whitehead, M. (1992): The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Service*, 22(3), pp. 429–445.
- WHO (1994): Report of the WHO Working Group on Quality Assurance. WHO, Geneva.

Internetes forrás

Internet1 – <https://egeszseguyihozzaferhetoseg.wordpress.com/>