

Hátrányos helyzet hatványozva

A közösségi orvoslás lehetőségeinek bemutatása egy többszörös fogyatékkal élő hajléktalan roma fiatal esettörténetén keresztül

Az egészségügyi ellátás szempontjából **hátrányos helyzetű** az a természetes személy, aki az egészségügy állapotának megfelelő szolgáltatásait valamilyen okból nem vagy korlátozott mértékben tudja igénybe venni. A hátrányok kialakulásának okai összetettek: gazdasági (szegénység, hajléktalanság), nyelvi-kulturális (nemzetiségek, menekültek) nemi (nő, férfi! homoszexuális), kor (gyerek, idős), fogyatékoság (mozgáskorlátozottság, érzékszervi, mentális fogyatékoság), káros szenvedélyek (drog, alkohol) és még sok egyéb.

A hátrányos helyzetűek **egészségügyi ellátásának célja** a különböző okokból kialakult nehézségek lehetőség szerinti csökkentése, ezáltal az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének biztosítása, végső soron az átlagpopulációnak megfelelő egészségi állapot elérése. Ehhez nemcsak a hátrányok kompenzálása, de aktív beavatkozással az **esélyegyenlőség** biztosítása is szükséges, mindig egyéni, speciális gondoskodással.

A speciális ellátás biztosításának **módszere** mindenképp az **oktatás**. Elsősorban az egészségügyi ellátók oktatása a folyamatos továbbképzések során, hogy itt, elméleti síkon szembesüljenek a hátrányos helyzetűek létevel, szokásaival, elvárásaival, és gyakorlati mintákat kapjanak az ellátásuk során felmerülő sajátosságokból.

Ne kerülhessen egy hajléktalan kórházi zárójelentésébe, hogy otthonában további gondos ápolás jav., vagy ne küldhesse el 20 éve állandó háziorvosa azzal, hogy a területi ellátási kötelezettségébe már nem tartozik bele.

Az oktatást már intézménye szintre emelték sok nyugat-európai és tengeren-túli országban, ahol az orvosegyetemeken a „falu-egészségügyi és hátrányos-helyzetűek ellátása” tantárgy keretében önálló tanszékeken oktatják a orvosoknak ezeket a specialitásokat.

Nagy előrelépés nálunk ezen a területen, hogy a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszékén készülő elektronikus tankönyvben ez a téma már kapott egy részfejezetet.

A megfelelő ellátást csak komplex módszerrel, a **közösségi orvoslással** lehet biztosítani állami, társadalmi szervezetek, önszerveződő és célzottan kialakított civil csoportok és egyének együttműködésével. A közösségi orvoslás legfőbb szereplői az egészségügyi, a szociális ellátásban, az oktatásban dolgozók, egyházak tagjai, civil beteg-érdekvédelmi és beteg-együttműködési szervezetek, és egyéb, közös tevékenységre létrehozott szervezetek képviselői. Sokat segít a hátrányos helyzetűek ellátásában az általuk legjobban elfogadott és követett önszervező **kortárs-sorstárs csoportok** tudatos kialakítása.

A hátrányos helyzetűek ellátásában kiemelten fontos a szociális gondoskodás, melynek egyik új eleme a **szociális elsősegély**.

Ez a szolgáltatás sokszor azzal kezdődik, hogy tisztázni kell az ellátandó személyazonosságát, majd pótolni kell a dokumentumait, (lakcímkártya – hajléktalannál is!, - bizonyítványok, adókártya), társadalombiztosítási jogviszonyát rendezni kell, biztosítani kell számára valahol folyamatos lakhatást, rendszeres, megélhetést biztosító jövedelmet – hogy ne a kriminalizálódás legyen számára a túlélés egyetlen lehetősége.

Ahogy a hajléktalanellátás egyik jelenlegi hazai úttörője, dr. Iványi Gábor mondta, a hajléktalannál nem a lakástalanság a legnagyobb probléma, hanem a **társadalmi kapcsolatok hiánya**. Ahhoz, hogy a WHO által megfogalmazott egészséghez visszajussunk, sokszor a fizikai és szociális jólét biztosítása mellett nem vesszük figyelembe a mentális jólét megteremtésének szükségességét – melybe alapvetően beletartozik a működő, és kielégítő társas kapcsolatok megléte.

Sokszor azonban már ott kell kezdenünk, hogy megállapítsuk, az ellátást igénylő önálló ügyintézésre egyáltalán alkalmas-e, szükséges-e törvényes képviselőt, ügyintézőt, gondnokot biztosítani számára.

Elengedhetetlen a közreműködők pontos feladat-meghatározása, az egyértelmű kompetenciák kialakítása és a **partnerviszony**, az egyenlőségen alapuló együttműködés folyamatos megtartása.

A hátrányos helyzetűeknél is fontos a patriarchális ellátási attitűdöt partneri viszonyra változtatni az egészségtudatos magatartás kialakításával, a személyes felelősségvállalás elfogadtatásával. Ehhez megfelelő eszköz a tudatos, tervezett kommunikáció és a képzés – az ellátók és ellátottak oldaláról egyaránt. Az **asszertív magatartás** erősítése mellett kiemelten fontos az emberi méltóság megőrzése.

Hogyan alkalmazzuk a gyakorlatban a közösségi orvoslás standardjait?

Egy télvégi éjszakán **szociális mentő** (szociális munkások „járőröznek” sötétedés után, és az egészségügyi ellátásra szoruló hajléktalanokat beszállítják valamelyik hajléktalan-egészségügyi központba,) hozott egy fiatal, atletikus alkatú férfit, ittasan, elhanyagolt állapotban. (Értsd: haja, összetapadt, rendezetlen csimbókokban lóg, ruhája, bőre szennyezett, utóbbi inveterált ürülékkel átitatott, körme alatt a közönséges piszok mellett ürülék, vér, testén élősködők: pediculosis, scabies.)

A testi higiéné biztosítása után a vizsgálat során kiderült, hogy mindkét lábán az ujjai elfagytak, és számos krónikus betegségben is szenved. Elrongyolódott, elkoszolódott orvosi iratai alapján **Buerger kór** miatt szorult folyamatos gondozásra, amit ő csak akut állapotrosszabbodás idején vett igénybe.

Kijózanodása után megtudtuk, hogy egy kistelepülés cigánysorán nőtt fel 8 gyermekes családban, ám amikor legközelebbi hozzátartozója után érdeklődtünk, válasza az volt, hogy NINCS.

6 éves kora óta dohányzik, 10 éves korától rendszeresen fogyaszt alkoholt, mennyiségi és minőségi éhezés kísérte gyakorlatilag születéstől. Mindennapos volt a családon belüli bántalmazás, ő maga többször volt börtönben.

Az Oltalom Karitatív Egyesület Kórházában történt kivizsgálás során kiderült, hogy **káros szenvedélyeinek** következtében már Bronchitis chronica obstructiva, Hepatopathia alcoholica, Angiopathia alcoholica, Dementia alcoholica betegségekben szenved, melyek folyamatos ellátása ugyancsak nem jelentett égető szükségletet a betegnek.

A kialakult fagyásaira lege artis ellátást kapott – amíg bírta a bezártságot és az alkoholmentes mindennapokat. Mire többnyire önkényes távozás, visszavétel, állapotrosszabbodás újbóli ellátás, után ismét a krónikus osztályra került, már kialakult gangrénáját csak mindkét oldali láb **amputációjával** lehetett szanálni.

Mindeközben röntgen és angiographiás **vizsgálatok** sorozata történt, ismételt CT és MRI vizsgálatok, bakteriális tenyésztések a kialakult gangréna és osteomyelitis miatt.

A betegnek többször volt szüksége akut kórházi ellátásra a detoxikálótól az intenzív sebészeti ellátásig. Műtétek sorozatán esett át, a lumbális sympathectomiától a kétoldali amputációig. Művégtaggal is ellátták, melyet azonban az időközben kialakult másik oldali gangréna és amputáció miatt már nem tudott használni.

Végül gyógyászati segédeszközként egy tolókocsit kapott.

Egészségügyi ellátása mellett szociális ellátásban is részesült: új személyi igazolványt kapott, - több ízben is, közben ellopták-eladta a meglévőt, melyet szabott áron vásárol föl a lakásmaffia, kapott új TAJ-számot, szociális munkásunk a hivatalos jogi procedúrát végigjárva biztosított számára állandó gondnokot.

Megélhetését biztosítandó szereztünk számára átmeneti segélyt, majd fogyatékosági járadékot, végül megkapta a **rokkant-nyugdíját**.

Elhelyezését hajléktalanok átmeneti szállásán biztosítottuk, folyamatban van szociális otthoni elhelyezése.

Jelenleg elégedetten várja „behívóját” a **szociális otthonba**, már egy motoros kerekesszék boldog tulajdonosaként

És akkor **számoljunk** csak! Mennyibe került az adófizetőknek egy tevékeny munkát sosem végző életerős férfiember folyamatos detoxikálása, élősködő-mentessé tétele, káros szenvedélyei miatt kialakult krónikus betegségeinek akut ellátása, indolenciája miatt bekövetkezett végleges egészségromlása, és folyamatos szociális ellátása?

És nem ő az egyetlen ilyen eset az országban.

Sikertörténet? Még az is lehetne, mert betegünk egészsége és szellemi képességei romjain mosolyogva ül új, motoros tolókocsijában, és elégedetten szemléli a világot. De egy társadalomnak nem lehet célja szerencsétlen emberi roncsok humánus istápolása.

Sokkal inkább a **megelőzésre** kellene helyezni a hangsúlyt.

Már az általános **iskolai oktatásban** helyet kell biztosítani a problémamegoldás, a konfliktuskezelés, a stressztűrés gyakorlatára.

A **szociális ellátás** területén szakemberek, **önkéntesek** (nyugdíjasok, GYES-en lévő kismamák, háztartásbeliek) segítségével a hajléktalanellátással a „szegényellátás”-t kellene előtérbe helyezni, fő szempontként az önálló, és önellátó életre nevelést oktattva a gyakorlat minden területén.

Az egészségügyi ellátás területén szükség lenne **speciális intézmények** felállítására és működtetésére mentálisan károsodott, mozgáskorlátozott betegek számára.

Ezt is csak társadalmi összefogással, a **közösségi orvoslás** kialakításával tudjuk megvalósítani.

Elhangzott a Népegészségügyi Tudományos Társaság XIX. Nemzetközi Kongresszusán, Győr, 2011. április 26-27.

Irodalom:

1. Wilkinson, R.G. Pickett, K. E. (2009) Income Inequality and Social Dysfunction Annual Review of Sociology (35) 493-511.
2. Lobmayer P, Wilkinson RG. 2002. Inequality, residential segregation by income, and mortality in US cities. J. Epidemiol. Community Health 56:183–87.
3. Simek Á. (2010) Handicaps and advantages of the population in rural Hungary. Editorial letters, Rural and Remote Health www.rrh.org.au 22 November 2010, Article No. 1473.
4. Szilágyi T. Gercsák M. (2000.) "Cigány kortárs oktató képzési program" az Egészségügyi Világszervezettel kötött Középtávú Együttműködési Egyezmény (MTP) keretében (1998-1999) Egészségnevelés 41. (1-2)13-20.
5. Berkman L, Glass T. 2000. Social integration, social networks, social support, and health. In Social Epidemiology, ed. L Berkman, I Kawachi, pp. 137–73. New York: Oxford Univ. Press
6. Simek Á.: (2008) A szociális háttér befolyása az egészségügyi ellátás igénybevétele szempontjából, Medicus Universalis, 41 (4): 167-170.
7. Perczel D. Tringer L. (1994) Az asszertív tréning alkalmazása a mentálhigiénés ellátásban, Psychiatria Hungarica 9 (6) 515-533.
8. UNICEF Innocenti Research Centre. 2007. Child Poverty in Perspective: An Overview of Child Well-Being in Rich Countries. Rep. 3. Florence: Innocenti Report Card
9. Kósa K. Lénárt B. Ádány R. (2002) A magyarországi cigány lakosság egészségi állapota, Orvosi Hetilap. 143. (43)2419-2426.
10. Bognárné Várfalvi M. (2002) Kutatási program a cigányság egészségi állapotáról és az egészségüggyel való kapcsolatáról, Védőnő. 12.(3)35-36.

Szerző

dr. Simek Ágnes PhD

Magyar Falugészségügyi Tudományos Társaság

Munkahely: Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 1093 Budapest, Gyáli u. 2-6.

Tel.: + 36 476 1306, e-mail: simek.agnes@oth.antsz.hu