

Hatékonyan működő és együttműködő egészségügyi civilek a Dél-Dunántúli Régióban

Második műhelymunka

*A civilek szerepe az egészségi állapot javításában egészség-
egyenlőtlenségek csökkentésében és az egészségpolitikák
alakításában*

Pécs, 2010. június 11.



1. Közös munka

- Dr. Kovácsnak, aki az egyik pécsi klinikán dolgozik, feltűnik, hogy az utóbbi időben elhunytak között többen ugyanabból a Somogy megyei faluból, X-ből érkeztek a kórházba. Megkéri epidemiológus barátját, hogy a KSH adatait felhasználva ellenőrizze le, valóban magasabb-e a halandóság abban a faluban. A gyanú igazolódik: X faluban az utóbbi öt évben kétszeres a halandóság a megyei átlaghoz viszonyítva.
- Kérdés: Miért fontos foglalkozni az egészség-egyenlőtlenségekkel?

Miért fontos foglalkozni az egészség-egyenlőtlenségekkel?

- Etikai szempontból:
 - Csökkenthető a társadalmi igazságtalanság
- Egészségügyi szempontból:
 - Bizonyíték arra, hogy javítható a kedvezőtlen helyzetű csoportok egészsége
 - Növelhető az egészségügyi rendszer sikeressége
 - Az egyenlőtlenség maga is kórokozó
- Gazdasági szempontból:
 - Az erőforrás-felhasználás javításával növelhető az egészségügy hatékonysága
 - Egyenlőtlenség csökkentése növeli a gazdaság hatékonyságát
 - „Oki terápia” alkalmazható, ami növeli a fenntarthatóságot

Jelentés egy egészségben elmaradott országból...



2. Közös munka

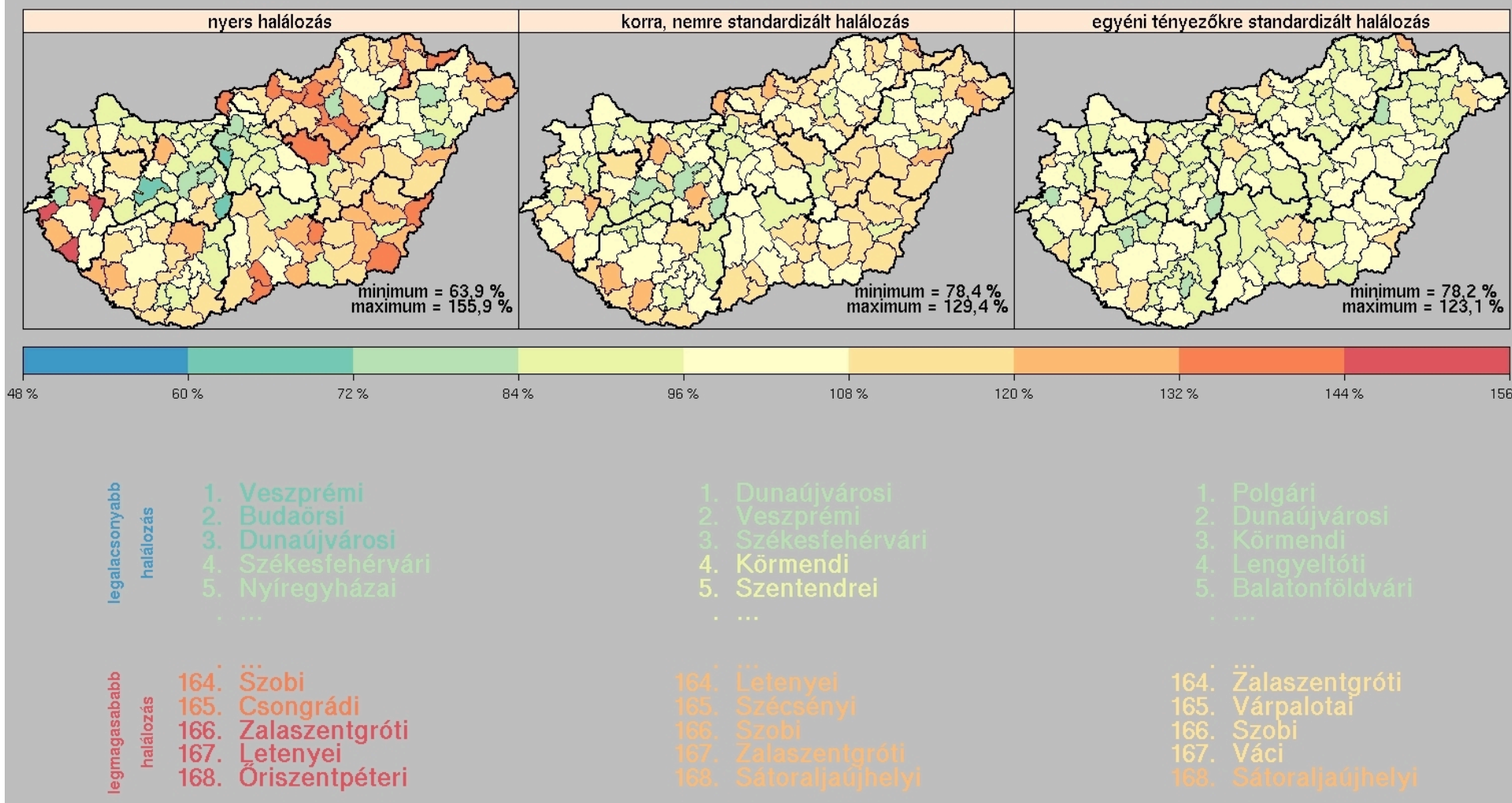
- Mitől egészségesebb az egyik ember, és mitől betegebb a másik?
- Mi befolyásolja az egészséget?
- Hogyan javítható az egészség?
- Ki és mit tehet azért, hogy az emberek egészségesebbek legyenek?

Egészségmodell



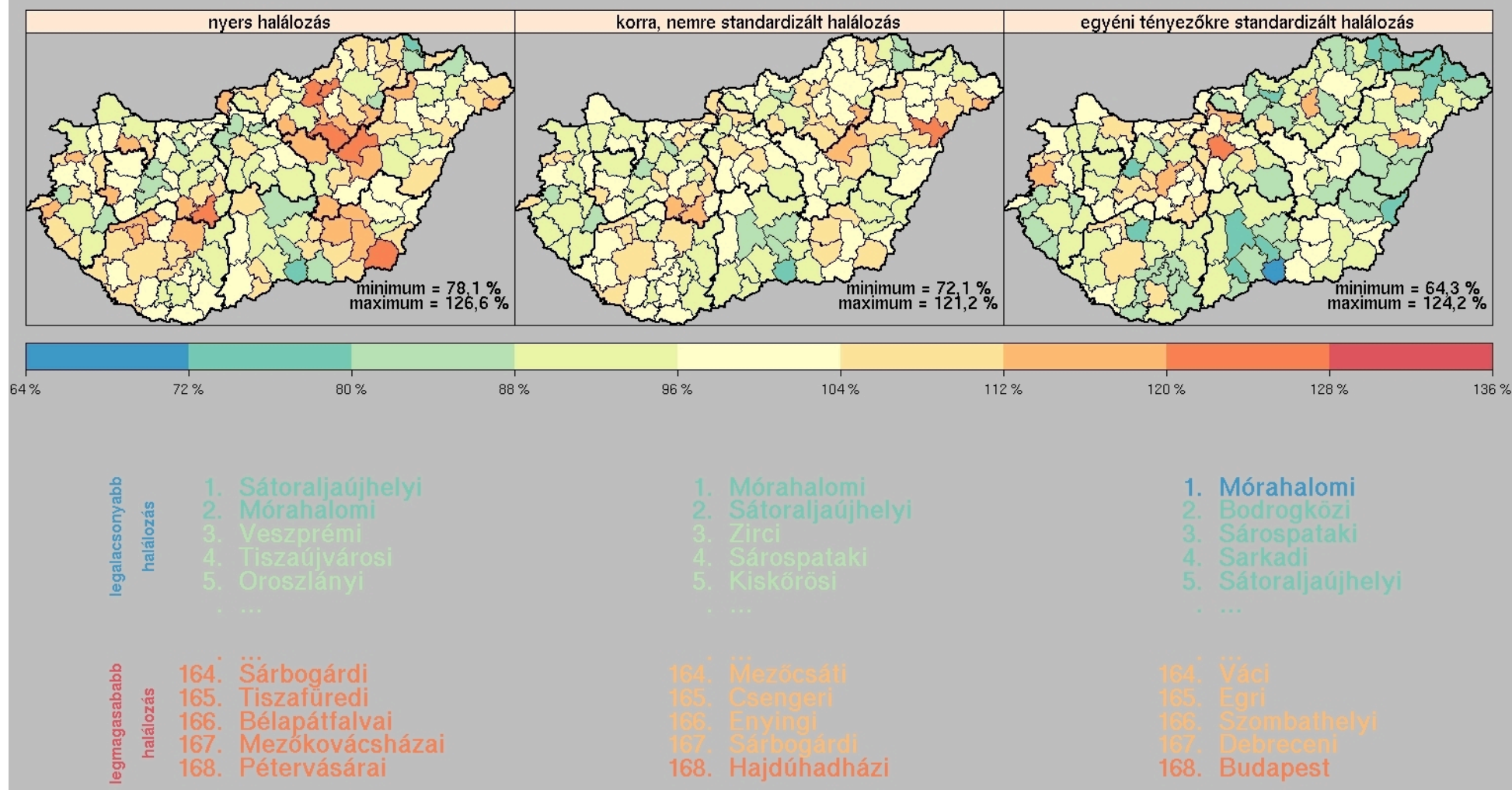
Keringési halandóság kistérségi különbségei, 2001-2003

Keringési betegségek okozta halálozás kistérségenként az országos érték százalékában
(100 % = 840,1 / 100 ezer fő)



Daganatos halandóság kistérségi különbségei, 2001-2003

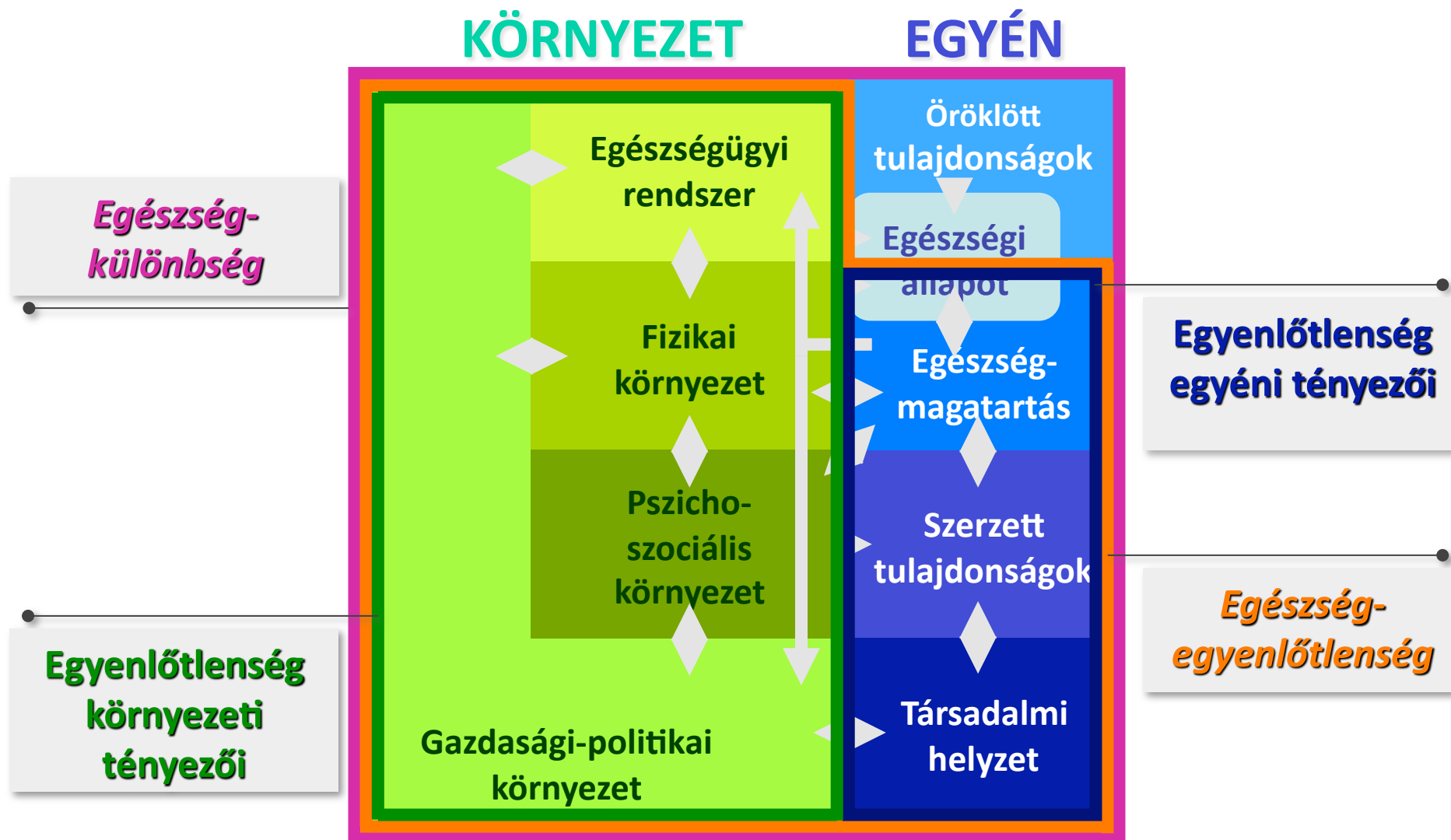
Rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozás kistérségenként az országos érték százalékában
(100 % = 415,4 / 100 ezer fő)



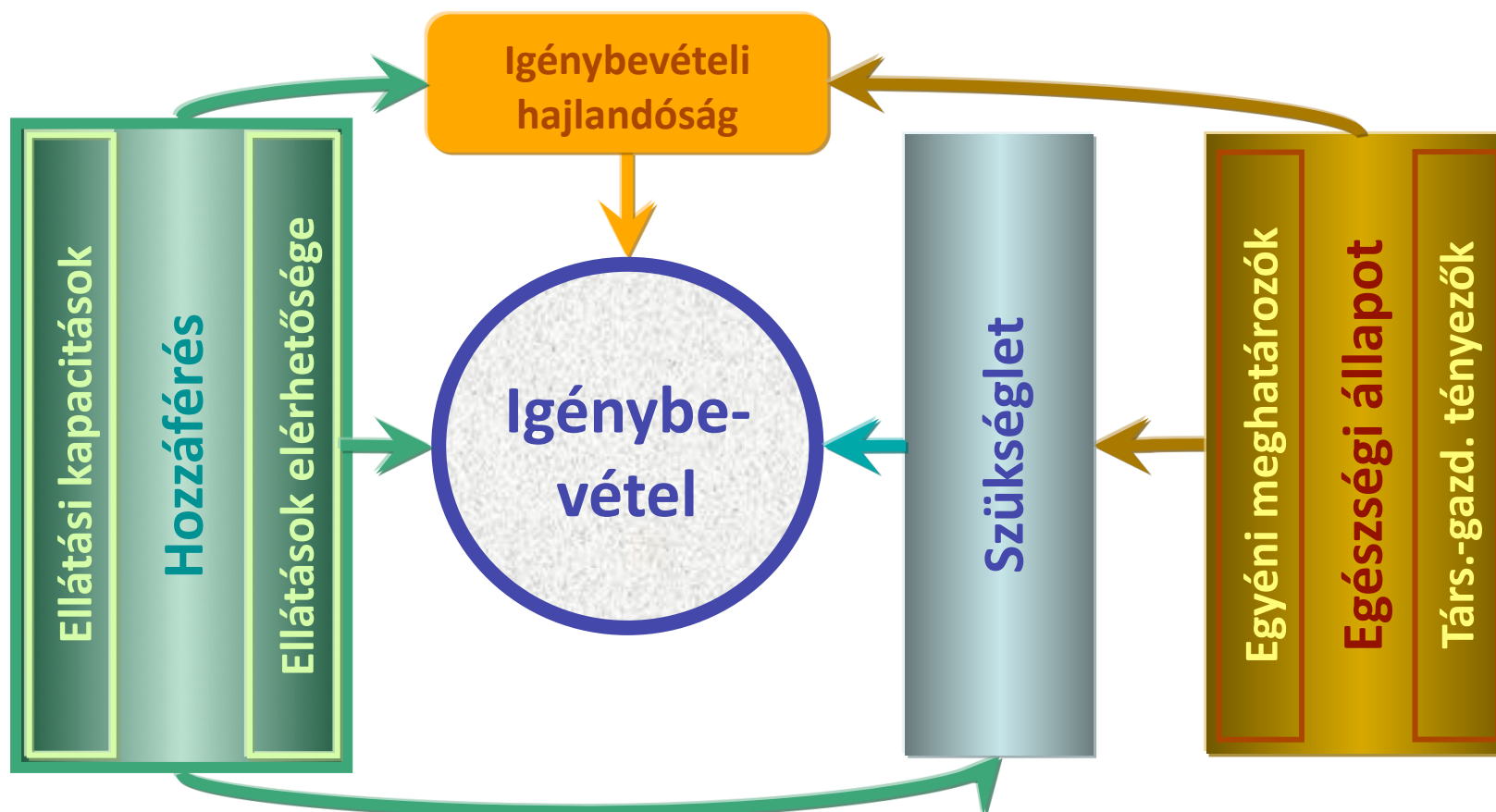
Mi az egészség-egyenlőtlenség?

- Egyes társadalmi, demográfiai vagy földrajzi lakosságcsoporthoz egészsége közötti olyan szisztematikus különbség, amelyet egy adott társadalom **elkerülhetőnek** és emiatt **igazságtalannak** tart.
- Szinonimák
 - „egészségi állapot egyenlőtlenségei”
[Orosz, 2004; Kovács, 2006],
 - „az egészséggel kapcsolatos esélyegyenlőség”
[Susánszky és Szántó, 2005],
 - „az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség”
[Számoljuk fel egy generáció alatt a szakadékot, 2008],
 - „méltánytalan vagy elkerülhető egészségi egyenlőtlenség”
[Kósa, 2010]

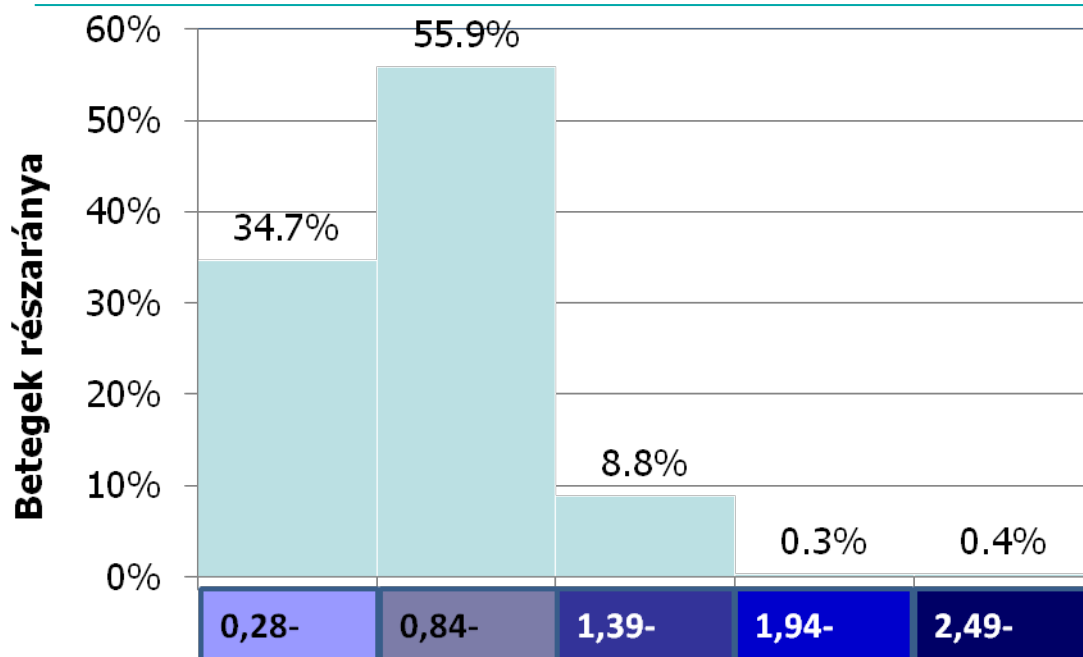
Egészség-egyenlőtlenség modell



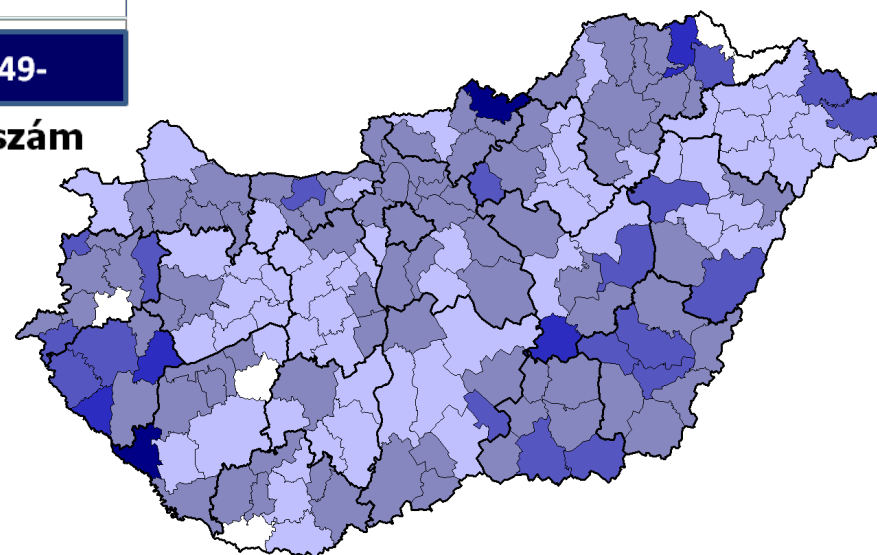
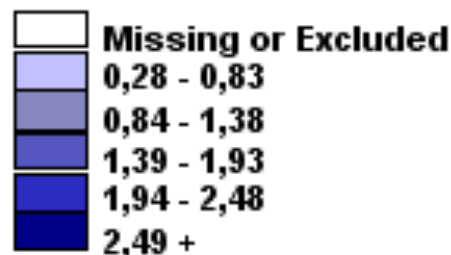
Egészségügyi ellátás igénybevételének modellje



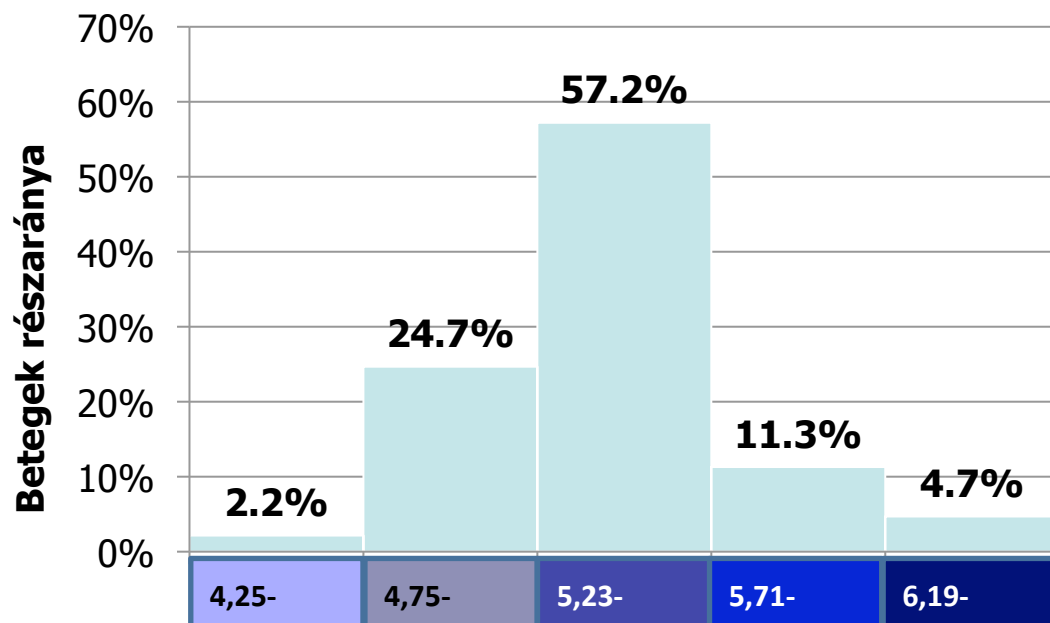
Keringési betegek egynapos ellátására elszámolt súlyszám kistérségi különbségei, 2007



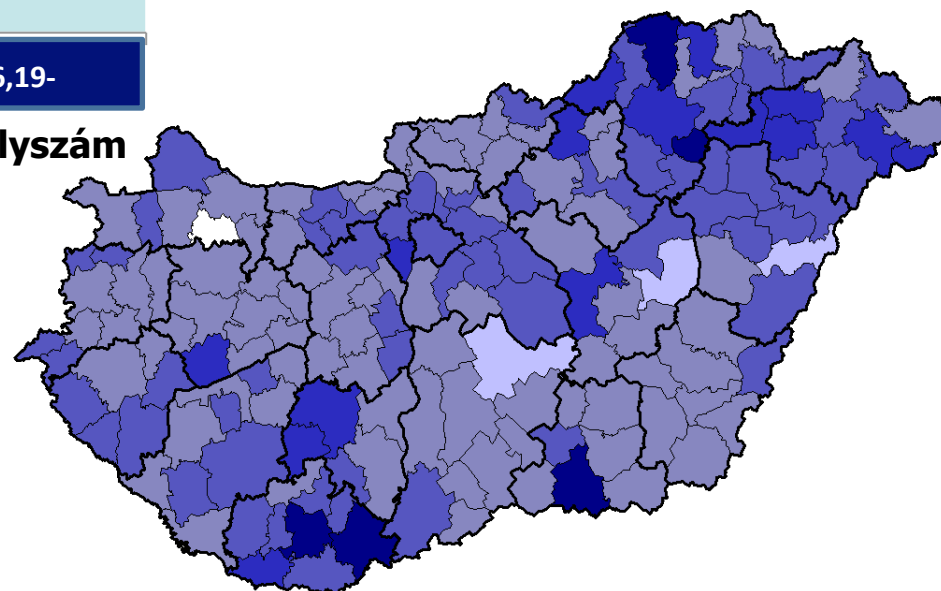
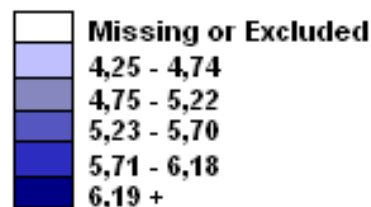
Egy betegre jutó átlagos kistérségi súlyszám



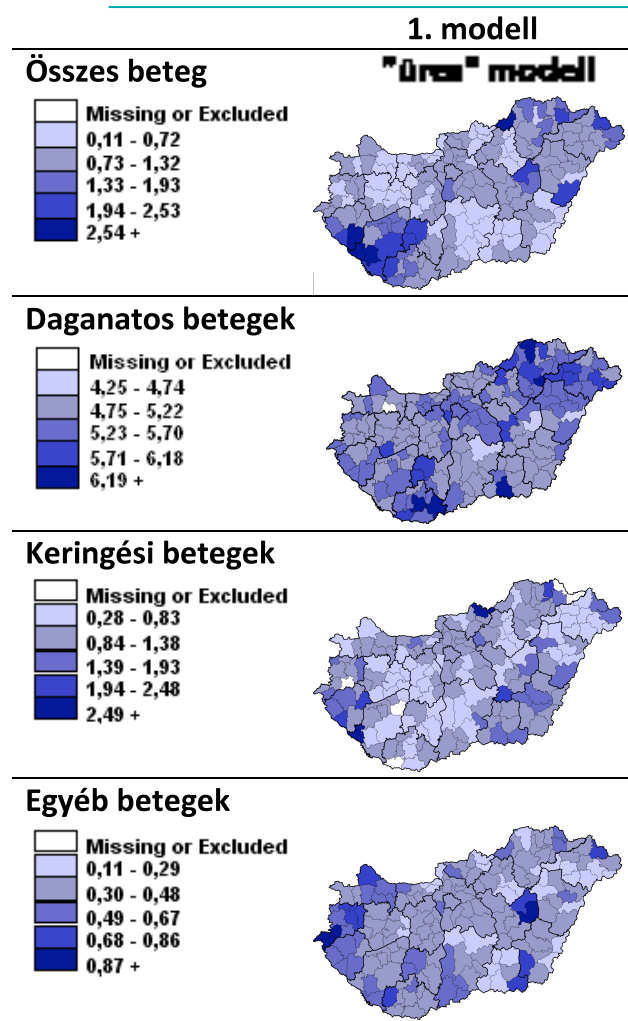
Daganatos betegek egynapos ellátására elszámolt súlyszám kistérségi különbségei, 2007



Egy betegre jutó átlagos kistérségi súlyszám



Egynapos ellátás átlagosan egy betegre jutó súlyszámának kistérségi eloszlása, 2007



3. Közös munka

- Hogyan csökkenthető az egészség-egyenlőtlenség?
- Ki és mit tehet azért, hogy csökkenjenek az egészség-egyenlőtlenségek?
- Mitől csökkenne X falu egészségének a megyei átlaghoz képest tapasztalható elmaradása?
- Kik lehetnek a főszereplők?

Szüntessük meg az egyenlőtlenségek szakadékát egy generáció alatt! WHO 2008 (1.)

1. JAVASLAT: Javítsuk a mindennapi életkörülményeket!

Egyenlőség az élet kezdetén

Egészséges lakóhely, egészséges ember

Igazságos foglalkoztatás, tisztességes munkalehetőség

Szociális védelem egész életen át

- A kormány és, ahol szükséges, a civil szervezetek, a munkáltatók együttműködésével terjessze ki mindenkire a szociális védelmet az egészséges életvitelhez szükséges szinten! Építsen ki tartalék védelmet azok számára, akik esetleg kiesnek az általános szociális védőhálón!
- A kormány és, ahol szükséges, civil szervezetek, munkáltatók együttműködésével terjessze ki a szociális védő rendszert az informális dolgozókra és a háztartásbeliekre is!

Általános egészségügyi szolgáltatás

- A kormány a civil szervezetekkel együttműködve építsen ki mindenki számára minőségi szolgáltatást nyújtó, az alapellátásra fókuszáló ellátórendszert!
- A kormány biztosítson alapvetően adóból/járulékából finanszírozott egészségügyet, amely függetlenül a rászoruló anyagi helyzetétől mindenki számára ellátást nyújt, és egyidejűleg minimalizálja a hálapénz jellegű kiadást!
- A kormány fejlessze az egészségügyi humánkapacitást, gondoskodjon a kiegyensúlyozott területi kapacitáselosztásról!

Szüntessük meg az egyenlőtlenségek szakadékát egy generáció alatt! WHO 2008 (2.)

2. JAVASLAT: Tegyük méltányosabbá a hatalom, a pénz és más erőforrások elosztását!

Egészség-egyenlőséget minden szakpolitikába, rendszerbe és programba

- Igazságos finanszírozás
 - A kormány fejlessze a progresszív adózási rendszert!
- Felelősség a piacokért
 - A kormány biztosítsa, hogy az egészségügyi közszolgáltatások elérhetők legyenek a lakossági és nemzeti szinten.
- Nemek egyenlősége
 - A kormány megfelelő intézkedésekkel biztosítsa a nemek egyenlőségét és a megkülönböztetést.
- A civil társadalom politikai szerepének megerősítése
 - A kormány fejlessze úgy a politikai- és jogrendszert, hogy az mindenki számára egyenlő lehetőséget biztosítson!
 - A kormány biztosítson politikai képviseletet a kisebbségeknek szükségleteik, igényeik és jogaik érvényre juttatásához!
 - A kormány biztosítson igazságos képviseletet minden társadalmi csoportnak az egészséggel kapcsolatos döntéshozatalban valamint azok végrehajtásában és értékelésében!
 - A kormány támogassa az egészség-egyenlőtlenséget célzó civil kezdeményezéseket!

Szüntessük meg az egyenlőtlenségek szakadékát egy generáció alatt! WHO 2008 (3.)

3. JAVASLAT: Vizsgáljuk és ismerjük meg jobban a problémát, becsüljük fel hatását!

Az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóira vonatkozó monitorozás, képzés, kutatás

- A kormány működtessen egészség-egyenlőtlenséget monitorozó rendszert és a társadalmi-gazdasági meghatározókra vonatkozó rendszeres adatgyűjtést!
- Az ország kutatástámogatási testületei különítsenek el forrást a társadalmi-gazdasági meghatározók illetve az egészség-egyenlőtlenség kutatására, és a bizonyítékok közzétételére!
- A kormány és az oktató intézmények gondoskodjanak arról, hogy az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóira valamint az egyenlőtlenségre vonatkozó ismeretek az egészségügyi szakember képzés tananyagának kötelező része legyen!
- A kormány és az oktató intézmények gondoskodjanak arról, hogy a nem egészségügyi oktatásban és képzésben résztvevők illetve a lakosság körében növekedjenek az egészség társadalmi-gazdasági meghatározóira valamint az egyenlőtlenségre vonatkozó ismeretek!
- A kormány növelje valamennyi szektor a döntéshozóinak illetve tervezőinek ismereteit az intézkedéseknek az egészség-egyenlőtlenségre vonatkozó hatásainak elemzéséhez!

4. Közös munka

- Milyen beavatkozást, intézkedést, programot javasolna a WHO ajánlásai alapján, hogy csökkenjen X falu egészségének a megyei átlaghoz képest tapasztalható elmaradása?
 1. Javítsuk a mindennapi életkörülményeket!
 2. Tegyük méltányosabbá a hatalom, a pénz és más erőforrások elosztását!
 3. Vizsgáljuk és ismerjük meg jobban a problémát, becsüljük fel a hatását!
- Miben és hogyan vennének részt a civil szervezetek?

Egyenlő és egészséges életkezdet

Szülői készséget fejlesztő / korai fejlődést segítő közösségi programok (pl. Skócia, Hollandia, Ausztrália)

- Témák
 - Egészség
 - Nyelv
 - Szocializáció
 - Táplálkozás, szoptatás
 - Korai fejlesztés
 - Ismeretek
 - Kognitív funkciók
- Hátrányos helyzetű, alacsony iskolázottságú, fiatal szülők bevonásával
 - Speciálisan képzett egészségügyi-szociális munkás családlátogatás,
 - Községi házban csoportos szülő-gyerek foglalkozások
 - Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés javítása
 - Egészségügyi alapellátással egybekötött komplex programok



Egészséges közösség

Tilburg hátrányos helyzetű közösségei, Hollandia – „Egyenlő egészség-egyenlő lehetőségek” kezdeményezés

- Fókusz: táplálkozás, fizikai aktivitás (elhízás megelőzés), lakhatás
- Alulról felfelé megközelítés
- Célcsoport: teljes lakosság
- 10 éves projekt
- Stratégia: kapacitás építés, közösségi munka, oktatás és információ, egészséges szociális és fizikai környezet
- Résztvevők: helyi önkormányzat és 4 helyi intézmény, NGO-k
- Aktivitási területek
 - Kerületi egészségnap
 - „Beszélgetések ebédidőben” tematikus összejövetelek
 - Gyalogló klub
 - Gyerek főzőklub
 - Olcsó és jó ételek
 - Reggeli találkozók közösségi központokban, iskolákban reggeli-játékok
 - Fizikai aktivitás hét
 - Poszterek az elhízással kapcsolatban, elhízással kapcsolatos programok
 - Egészség rovat a helyi újságban
 - Helyi fesztiválon interaktív szekció a táplálkozással kapcsolatban
 - Stresszkezelés

Egészséges lakhatás

Liverpool: Egészséges otthon program

- Cél: a kiemelkedően magas (téli) többlethalálozás megelőzése
- Célcsoport: leghátrányosabb helyzetű lakosság bérelt lakásokban
- Városi bizottság és az egészségügyi alapellátási szolgálat együttműködésével
- A legrosszabb állapotban lévő lakások azonosítása és felmérése
- Egészség és biztonság szempontú értékelése
- Tűzvédelem és energiatakarékossági szempontok
- Személyre szabott felújítási terv készítése és kivitelezése
- Egészségi állapot felmérés és egészség megőrzési tanácsok
- A lakók megismertetése az elérhető egészségügyi szolgáltatásokkal
- Több intézmény és más szereplő pl. helyi tűzoltóság, egészségügyi ellátó központok, háziorvosok bevonásával

Healthy Homes...



Egészséges lakóhely és környezet (1.)

Anglia: Egészséges kerület/városrész program

- Célok: elhízás és ezen keresztül az egyenlőtlenségek csökkentése
 - Az egészséges választásához való hozzáférés növelése
 - Sétára és kerékpározásra alkalmas területek kialakítása és a hozzáférés javítása
 - Egészséges ételválasztékhoz való hozzáférés elősegítése
- Célcsoport: bevándorolt gyerekek és felnőttek, alacsony jövedelműek

Egészséges lakóhely és környezet (2.)

- Komplex: 15 célzott projekt
 - Stratégiai terv sétáló és bicikli úthálózatok kialakítására
 - Minőségi járda és bicikli utak az aktív utazás elősegítése érdekében
 - Egészséges város tervezés: a helyi fejlesztési koncepcióba kerüljön be az egészség és jóllét szempontjai
 - Parkok és nyitott terek a fizikai aktivitás és közösségfejlesztés érdekében
 - Aktív játék programok
 - Nők és lányok úszás program
 - Egészséges élelmiszerek bolthálózat
 - Egészséges élelmiszerek és táplálkozás – egészségfejlesztő programok, az egészséges ételekhez való hozzáférés segítése a munkahelyeken, iskolákban, kollégiumokban
 - Közösségi részvételre alapozva



5. Közös munka

Tervezzen egy egészség-egyenlőtlenséget csökkentő programot X faluban!

- Probléma/beavatkozási terület meghatározása
- Ki lenne a célcsoport?
- Kiket vonna be?
- Milyen módszereket javasolna?
- Milyen kapacitást hozna létre?
- Mivel tenné fenntarthatóvá a programot?

A műhelymunka folytatása

A ma érintett témákkal kapcsolatos, utólag felmerülő
ötletek, észrevételeket, kérdéseket várjuk a
vitrai@egeszsegmonitor.hu címre

Az előadásra épülő tananyagot észrevételezésre
hamarosan megküldjük

Köszönöm az együttműködést!



Egészségmagatartás

- Európában a férfiak halandóságában megfigyelt országok közti különbségek 22%-a a dohányzáshoz, 11%-a az alkoholfogyasztáshoz köthető. [Mackenbach és mtsai., 2008]
- A magyar férfiak születéskor várható élettartamának az EU15 országokhoz viszonyított 5,3 éves elmaradásából a gyakoribb dohányzás 2,6 évet, a magasabb alkohol-fogyasztás 1,8 évet tett ki. [Zatoński és mtsai., 2008]
- Olyan lakóhelyi környezetben, ahol nagyobb az egészséges termékek helyi kínálata és jobbak a gyalogos közlekedés feltételei alacsonyabb az elhízás gyakorisága. [Stafford és mtsai., 2007; Frank és mtsai., 2007; Harrington és Elliott, 2009; Pouliou és Elliott, 2010]



Szerzett tulajdonságok

- 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérés adatai szerint a 8 osztályt végzettel összehasonlítva egyharmada annak az esélye, hogy egy felsőfokú végzettségű úgy véli, keveset vagy semmit sem tehet a saját egészségeért. [Boros, 2005]
- Az iskolázottság és a halandósági egyenlőtlenség között erős összefüggés mutatható ki: az alapfokú végzettségű, gazdaságilag aktív 45-54 éves férfiak halálozási esélye több mint négyszerese a felsőfokú végzettségűek körében tapasztaltakénál! [Bakacs és mtsai., 2008]
- A krónikus betegségek gyakoriságára vonatkozó legnagyobb egyenlőtlenséget Portugáliában tapasztalták: az alacsony iskolázottságú férfiaknak esélye 54%-kal, nőknél pedig 96%-kal meghaladta a magasabb iskolázottságúakét. Magyarországon ez lényegesen alacsonyabb, 27% illetve 37% volt. [Eikemo és mtsai., 2008a]



Egyéni társadalmi helyzet

- A társadalmi helyzet, szubjektív – önmegítélésen alapuló, vagy rövidebben: vélt – szociális státusszal mérve, mindkét nemnél, de a férfiaknál hangsúlyosabban összefüggést mutatott a középkorúak mortalitásával. [Kopp és mtsai., 2005]
- Az idősebb férfiaknál a szubjektív szociális státusz összefüggést mutatott a vélt egészséggel, depresszióval és a krónikus betegségek előfordulásával, a nőknél ezeken kívül a cukorbetegséggel, a HDL koleszterinnel. [Demakakos és mtsai., 2008]
- A jövedelem egészségi állapotra kifejtett (abszolút) hatás nem lineáris: szegényebbeknél nagyobb. [Jen és mtsai., 2009b]



Egészségügyi rendszer

- Minden 6. magyar beteg hátrányos megkülönböztetést tapasztalt az ellátás körülményeiben (bánásmód, döntési szabadság, titoktartás, kommunikáció, az ellátáshoz való jutás ideje, szociális tér, fizikai tér, orvosválasztás) . [Vitrai, 2007]
- Azok aránya, akik a legalacsonyabb jövedelmi ötödben arról számoltak be, hogy szükségét látták, de a várható költségek miatt mégsem tudtak egészségügyi ellátást igénybe venni, 0%-tól (Egyesült Királyság) 18%-ig (Portugália) változott. Magyarországon az alacsony jövedelmi kategóriába tartozók között ezek aránya 4,3% volt, és ezzel a vizsgált 20 ország között az ötödik legmagasabb arányt képviseltük. [OECD, *Health at a Glance 2009*]



Fizikai környezet

- A testmozgást támogató környezet és az egészséges ételmisszer elérhetősége több 38%-kal csökkentette a 2. típusú diabéteszt (kiegyenlítve korra, nemre, családi előfordulásra, etnikumra, jövedelemre, vagyonra, iskolázottságra, alkoholfogyasztásra, dohányzásra) [Amy és mtsai 2009]
- Sétát támogató környezetben átlagosan 70 perccel több testmozgást mértek és az elhízás is kisebb gyakorisággal fordult elő, mint a gyaloglást nem támogató lakókörnyezetben. [Brian 2003]
- A közparkok mozgást támogató szolgáltatásai pozitívan függnak össze a testmozgással, függetlenül a kényelmi szinttől. [Kaczynski 2008]



Pszicho-szociális környezet

- Olyan környéken, ahol az alkohol és drog függőség illetve mentális betegségek aránya alacsony, ott nagyobb stressz-tompító közösségi mechanizmusok mutathatók ki. Akik olyan környéken laknak, amelyre a kisebb társas támogatottság, de nagyobb izoláció jellemző, magasabb valószínűséggel szenvednek a vizsgált betegségekben. [Stockdale és mtsai. 2007]
- Jobb vélt egészségre számíthat az, akire a kiterjedt munkahelyi vagy baráti kapcsolatrendszer, az intenzív hitéleti vagy hobbi-klub aktivitás, a másokba vetett bizalom, a közösségért vállalt önkéntes munka jellemző. [Beaudoin, 2009]
- Ahol a társadalmi tőke, a pszichoszociális stressz magasabb, ott a morbiditás és a halandóság egyaránt alacsonyabb. [Kawachi és mtsai., 1997; Skrabski és mtsai., 2004; Kopp és mtsai., 2006]
- Több mint 50 ország adatainak elemzése alapján igazolható, hogy a jövedelmi helyzetnek a vélt egészségre kifejtett hatása eltérő a Hofstede kulturális dimenziói (individualista/kollektivisták illetve horizontális/vertikális) alapján 4 csoportba osztott országokban. A hatalomtól való távolság és bizonytalanság elkerülése dimenziók ugyanis felerősítetik a jövedelmi helyzet és a vélt egészség közötti negatív kapcsolatot. [Mansyur és mtsai., 2009]



Gazdasági-politikai környezet (1.)

- Közel 70 különböző fejlettségű országra kiterjedő kutatás eredményei alapján: a háztartások jövedelemi egyenlőtlenségei nem növelik a rossz vélt egészség esélyét (sőt csökkentik!), „Wilkinson hipotézise nem igazolódott, mivel nincs szignifikáns összefüggés az egészség és a jövedelmi egyenlőtlenség között azután, hogy az egyéni tényezők hatását kiszűrjük.” [Jen és mtsai., 2009b]
- Ugyanezen felmérés adatainak többszintű elemzésével a vizsgált 45 ország egyes csoportjaiban viszont igazolni tudták Wilkinson hipotézisét. [Mansyur és mtsai., 2008]
- A jövedelmi egyenlőtlenség és az egészség közötti kutatások és a kapcsolódó vita azért értelmetlen erőforrás-pazarlás, mert a kimenttől függetlenül igazolt, hogy a jövedelmi különbségek csökkentése kedvezően hat az egészségre (az abszolút hatás miatt). A gazdaság és az egészség között feltételezett hosszú ok-okozati láncolat vizsgálata helyett a közvetlenebb vagy a közelebbi tényezők hatásának elemzése célszerű. [Zimmerman, 2008]

Gazdasági-politikai környezet (2.)

- Közel 60 millió egyén adatainak elemzésére alapozott foglалó meta-analízis részben megerősíti a jövedelmi egyenlőtlenség negatív hatására vonatkozó feltételezést: nagyobb jövedelmi egyenlőtlenségű mellett a hatás erősebb, és csak egy egyenlőtlenségi küszöb ($Gini=0,3$) felett érvényesül. Bár a hatás kicsinek bizonyult, de mivel az egész populációt érinti, jelentősége – amennyiben az ok-okozati kapcsolat igaz – nem elhanyagolható. [Kondo és mtsai., 2009]
- Több mint 170 ország adatainak elemzése alapján, a demokrácia fejlettsége pozitív, a politikai rendszer instabilitása negatív összefüggést mutat az egyén egészségével. Míg a demokrácia hatását a jövedelem, addig a politikai rendszer változékonyságát az egészségügyi rendszer közvetíti. [Klomp és de Haan, 2009]
- Az egyéni és környezeti tényezőket külön kezelő többszintű elemzéssel alapján az összes variancia 90%-a egyénekhez, 10%-a a szociális ellátó rendszer típusához (skandináv, angolszász, bismarcki, dél-európai és kelet-európai) köthető. [Eikemo és mtsai., 2008b]

