

---

UNIVERSITY  
OF DEBRECEN

FACULTY OF  
HEALTH  
NYÍREGYHÁZA



ACTA  
MEDSoc  
VOLUME 6.  
2015

---

# Szociális és egészségügyi szolgáltatók együttműködési szükségleteinek feltárása a szakértői gyorsértékelés (RAR) módszerével

Hüse Lajos

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar

**Abstract.** The study describes how to use the method of Rapid Assessment Research (RAR) proposed by the WHO. The chapters focus the relevant theoretical frameworks and models; available statistical data accessible during the period of RAR; the member's experience in focus and target groups. The RAR process is extremely fast, and the results – which are presented at the end of the study – were forming out to plan to the intervention phase, to specify the target indicators, and to shape the monitoring and assessment activities.

*Keywords:* health, social status, cooperation, rapid assessment

**Absztrakt.** A tanulmány a *szakértői gyorsértékelés* (Rapid Assessment Research, RAR) WHO által javasolt módszerének alkalmazását mutatja be. Az egyes fejezetek a szakértői fókuszok mentén fogalmazódtak meg, melyekben összegződtek a vonatkozó elméleti keretek és modellek, a RAR-kutatás időszakában elérhető adatok, valamint a fókuszcsoportok tapasztalatai. A RAR folyamata rendkívül gyors, és az eredmények – melyek bemutatása a tanulmány végén kapott helyet – olyan formában rajzolódtak ki, amely teljes mértékben alkalmas projekt-szerű folyamatok beavatkozási szakaszának a megter-

vezésére, a célindikátorok meghatározására, valamint a monitoring tevékenység és az értékelések végrehajtására.

*Kulcsszavak:* egészségi állapot, szociális helyzet, együttműködés, szakértői gyorsértékelés

## A RAR módszer

A *szakértői gyorsértékelés* (Rapid Assessment Research, RAR) a WHO által javasolt döntés-, illetve beavatkozás-előkészítő módszertani csomag. A RAR kifejezetten alkalmas olyan helyzetek és problémák feltárására, amelyek rejtetten vannak jelen a társadalomban, vagy nehezen elérhetőek a hagyományos kutatási megközelítések számára (pl. drog, prostitúció, abúzus), vagy amelyek esetében a sürgető döntés vagy beavatkozás érdekében fontosabb a gyors áttekintés, mint az alapos és mély ismeretszerzés (pl. járványok, katasztrófahelyzetek). A RAR módszer célja, hogy gyorsan azonosítsák a kialakult fenyegetés, megváltoztatható helyzet legfőbb faktorait, és felvázolják a beavatkozás szükségleteit, a tervezés sarokpontjait. A gyorsértékelést a lehető legrövidebb időn belül be kell fejezni, miközben a vizsgálatnak ki kell terjednie az érintett lakosság földrajzi eloszlására, a biztonsági kérdés vagy krízis főbb elemeire, valamint a beavatkozás olyan részleteire, mint a hozzáférés feltételei, a közlekedés és a logisztika, a rendelkezésre álló humán erőforrás, valamint az alkalmazott módszerek (Stimson et al, 2001).

Az AlterEgo Egyesület „Skills for Future” elnevezésű projektjének (HUSKROUA/1001/093) célja a sürgető népegészségügyi problémák kezelése volt a szakértői tudásmegosztás, jó gyakorlatok cseréje, valamint a „fehér területeken” való közös munka révén. A cél érdekében életre hívott szakértői csoport munkáját a magyar és az ukrán oldalon párhuzamosan folyó RAR-kutatás támogatta, amely az egészség és a szociális helyzet összefüggéseire irányult 2013-ban<sup>1</sup>, részben az ezen metszetben megtalálható, magas rizikójú csoportok vizsgálatával, részben pedig a két rendszer jelenlegi és leendő szakembereinek bevonásával, különös tekintettel az együttműködés jó gyakorlataira, valamint gátjaira. A kutatásokat a Debreceni Egyetem Egészségügyi Kara, valamint az Ungvári Nemzeti Egyetem kutatói valósították meg. Jelen tanulmány a *magyarországi kutatás-rész folyamatán és eredményein* alapul.

---

<sup>1</sup> A tanulmány arra irányul, hogy bemutassa a RAR-módszer alkalmazását, valamint az általa elérhető eredményeket. Ezért a tanulmány adatai ugyanazok, amelyeket 2013-ban a szakértők a gyorsértékelés elkészítése során alkalmaztak, és nem tér ki az azóta napvilágot látott frissebb adatokra.

A „Skills for Future” projekt esetében a következő szempontok indokolták a RAR módszertan alkalmazását:

- gyorsaság: a projekt rövid időtartama és az összetett célrendszer hangsúlyossá teszi az időfaktort a beavatkozás-tervezés irányában;
- a probléma elméleti megközelíthetősége: az egészségügyi rendszer és a szociális rendszer együttműködésének kérdését egy köztes, interdiszciplináris kutatási megközelítés szolgálja a legjobban;
- népegészségügyi célok: a projekt távlati, népegészségügyi céljait az ezen a területen bizonyítottan hatékony RAR módszer kiválóan szolgálja;
- beavatkozás-orientáltság: a RAR az a kutatási módszer, amelynek legfőbb célja nem a tudományos szempontból jól publikálható adatmennyiség gyűjtése, hanem a gyors beavatkozás hatékony előkészítése.

A „Skills for Future” projekt előkészítése során a RAR vizsgálat fókuszába állított kérdéseket a kutatás kezdetekor az alábbiak szerint fogalmaztuk meg:

- Milyen modellek, forгатókönyvek alapján történik az ellátás, különös tekintettel az egymást átfedő- és a hiányterületeken?
- Miért nem működnek jól a beavatkozások (ha léteznek)? Milyen eszközök, források hiányoznak?
- Hogyan növelhető az együttműködő rendszerek egymásnak való megfelelése (pl. az adatszolgáltatásban, az eljárások kapcsolódásában)?
- Milyen tényezők akadályozzák a kliensek bevonódását a preventív ellátásba, hogyan fejleszthető az öngondoskodás?
- Hogyan és milyen további készségek fejlesztendők a célcsoportok körében?

A RAR kutatás szakértői alapvetően a határ menti régió helyzetére fókuszáltak, azaz a magyar oldalon Szabolcs-Szatmár-Bereg megyére. Az adatgyűjtés lehetséges eszközei közül az alábbiakat választották ki mind a magyar, mind az ukrán oldalon:

- Adatforrások: statisztikai adatok, kutatási adatok.
- Releváns elméleti megközelítések: forráskutatás.
- Fókuszcsoportok (5-5), a lehetőségekhez mérten azonos összetételben (a magyar és ukrán ellátórendszerek és képzési szisztémák eltérősége megjelenti a fókuszcsoportok összetételében – lásd Popovich, 2013).

A magyar fókuszcsoporthoz tartozók összetétele:

- szociális és egészségügyi alapellátás szakemberei;
- szociális és egészségügyi szakellátás szakemberei;
- a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának hallgatói;
- hajléktalanok és
- romák.

## Az első fókusz: a szociális helyzet és az egészségi állapot összefüggései

Az elmúlt évtizedekben az egészségtudomány messze meghaladta azt a társadalmakban még mindig élő, közkeletű felfogást, hogy az egészség lényegében a „nem-betegség”, azaz pusztán a betegség hiánya. Az egészség mára multidimenziós fogalom lett, amely a testi-lelki jólétől a közgazdászok által GDP-ben számolható, a nemzetgazdaság bevételi és kiadási oldalán egyaránt szereplő költségekig terjed. Az egyén egészségét és jólétét befolyásolja, sőt, egyes csoportok esetében determinálja az iskolai végzettség, a foglalkoztatottság, a jövedelem, a státusz, a lakásviszonyok, a táplálék ételekhez való hozzájárulás, a megfelelő és hatékony egészségügyi alapellátáshoz való hozzáférés, a genetikai örökség, a korai élettapasztalatok, és természetesen az életmódbeli tényezők, valamint az egyéni viselkedés – pl. az egészségmagatartás vs. rizikómagatartás (Lalonde, 1981).

A fejlett országok kormányai felismerték, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek milyen akadályokat képeznek az egészség elérése előtt. Ezért a preventív és korrektív egészségügyi promóciók mind gyakrabban irányulnak célzottan azokra a társadalmi rétegekre, akik a legnagyobb kockázatot viselik. A célzott és hatékony beavatkozáshoz azonban az egészség holisztikus megközelítésére van szükség, valamint arra, hogy az egészségügyi és szociális szakemberek képesek legyenek egymással együttműködve felderíteni az egyes csoportok specifikus helyzetét, majd végrehajtani a megfelelő beavatkozást (Cannon, 2008).

Dahlgren és Whitehead (1991) komplex egészségmodellje (*szivárványmodell*) mentén haladva az Egészségügyi Világszervezet (WHO) olyan nagyszabású programokat koordinál, amelyek az egyes szintek egymásra hatásának mechanizmusait tárják fel, a hatékony beavatkozás jó gyakorlatait keresik, illetőleg támpontokat adnak az egészségpolitikában illetékes döntéshozóknak, vagy az egészségpolitikát befolyásolni képes társadalmi mozgalmaknak. Ez a modell világosan rámutat a legszélesebb társadalmi közegetől az egyén felé haladó befolyásra. Ha egy társadalom olyan feltételeket kínál tagjai számára, amelyek kere-

tében az egyének tömegével rekesztődnek ki a lehetőségek felhasználóinak köréből, az elsősorban a hátrányos helyzetűek élet- és munkakörülményeiben manifesztálódik. Ezek a folyamatok a közösségi hatások terén gyűrűznek tovább, meghatározva a – szegények, lecsúszók, önmagukat kizsigerelve megkapaszkodók, stb. – egyéni életvitelét. Ezek összességében az életkor, a nem és az öröklött tényezők hatásaival kombinálódva termelik ki az adott tömegű egyénre – mint társadalmi rétegre – jellemző egészségi állapotot, életesélyeket.

A szegénység-gazdagság kérdése tehát egyszerre egyéni és társadalmi kategória. Az egyének szociális helyzetét láthatjuk úgy is, mint ami túlnyomórészt magán az egyénen múlik (szorgalmán, akaratán, szabad döntésén), és ezzel a felelősség legjavát is az egyénre testáljuk, miközben negligáljuk a társadalmi felelősséget, egy olyan szociálpolitikát támogatva ezzel, amely a lehető legkevesebbet nyújt a rászorulóknak. Amennyiben viszont a társadalom felelősségét hangsúlyozzuk csupán (társadalmi különbségek, mint determinánsok), levéve ezzel a felelősség terhét az egyénről, egy bőkezűen kompenzáló szociálpolitikát támogatva, azzal az egyén cselekvőkészségét gyengítjük, az ellátórendszerektől való függőségre szocializáljuk, gyengítve a saját életét megszervezni hivatott kompetenciáit (Pikó, 2003). Olyan felfogásra van tehát szükség, amely egyszerre veszi figyelembe az egyén és a társadalom felelősségét és lehetőségeit – és olyan szociálpolitikára, amely kompenzálja a társadalmi hátrányokat (legközelebb talán az esélyegyenlőség fogalma áll ehhez közel), egyúttal kellő mértékben aktivizálja az egyén törekvéseit, fejleszti kompetenciáit (képesse tevése, empowerment, esélyerősítés).

Az egészség szociális determinánsai közül nem mindegyik kínál jó lehetőségeket a helyi szintű beavatkozásra. Bizonyos determinánsok – mint a státusz, a jövedelem, az oktatás kondíciói (pl. szegregál-e az oktatási rendszer), a lakásvišzonyok, az egészségügyi ellátórendszer fejlettsége – nemzeti, sőt egyre inkább globális szintű folyamatok függvényében változtathatóak csak. Mások – mint a társas kapcsolatok mértéke, a természetes támogatórendszer ereje, az egészségtudatosság és a tudatos egészségmagatartás, az életstílus, vagy az egészségügyi ellátórendszer elérhetősége – helyi szintű programokkal is jól fejleszthetők, sőt, igazán a helyi szintű programokkal fejleszthetők jól. Megint mások alapvetően a nemzeti és lokális szintek összehangolt stratégiája mentén befolyásolhatók – mint például a diszkrimináció kultúrája (Hüse, 2008 és 2011) –, megint mások pedig jelenleg sehogy sem – pl. az öröklött faktorok esetében –, bár ezek hatása a megfelelő életmód mellett sokszor kontrollálható. Az egyes determinánsokat megcélzó beavatkozások hatása természetesen nem korlátozódik az adott determinánssra, hiszen azok egymással összefüggő rendszert alkotnak. Számtalan modell hívja fel a figyelmet az egyes determinánsok közötti kapcsolatok fontosságára, illetőleg a cirkuláris viszonyokra, amelyek a rendszerbe kerülő hatásokat mind jobban felerősítik (vö. Evans és Stoddard, 2003). Legyen az a társadalmi

helyzetből, kirekesztettségéből fakadó hátrány, vagy egy váratlan életesemény (tartósan beteg gyermek születése, baleset, stb.), illetve egy jól felépített és pontosan célzott egészségfejlesztő program, a hatása a rendszer számos elemében változást okoz.

A magyarországi egészségkutatások – pl. a *Hungarostudy 2006* – tapasztalatai szerint a magyar középkorúak, kiemelten a középkorú férfiak egészségmutatói (az idő előtti egészségromlás és haladóság) jobban hasonlítanak az ukrán, vagy az orosz jellemzőkhöz, mint a Visegrádi országokéhoz. Az aktív korúak (25-64 év) standardizált halálozási kockázata Magyarországon többszörösen meghaladja az EU országok átlagát:

- szív-érrendszeri okok férfiak és nők esetében 3,1-szer;
- dagantos halálozásban férfiak esetében 2,2-szer, nőknél 1,6-szor;
- emésztőszervi (nagy részt alkohollal kapcsolatos) halálozás férfiak esetében 5,5-ször, nők esetében 4,6-szor;
- erőszakos ok (öngyilkosság, gyilkosság) miatt férfiaknál 2,2-szer, nőknél 1,7-szer.

Megdöböntő, hogy 2006-ban még mindig több férfi hal meg nálunk az 50-64 éves korosztályból évente, mint 1930-ban (Kopp, 2008).

Valamennyi adat legmeghatározóbb jellemzője a társadalmi leszakadás és az abból törvényszerűen következő egészségromlás, amely a mai magyar társadalom egyharmadát érinti. Ezen rétegnek a társas kapcsolata, párkapcsolatai kevésbé erősek, mint a társadalom másik kétharmadéé. Többet dohányoznak, táplálékuk egészségtelen összetétele miatt (a legszegényebektől eltekintve) elhízottabbak, a stresszre egészségkárosító magatartással reagálnak, ezzel tovább rontják életésélyeiket. A magyarországi egyenlőtlenségek szokatlanul nagyok.

Az egy főre eső bruttó hazai termék (GDP) értékét tekintve mérőszámul, 2000-ben Szabolcs-Szatmár-Bereg megye az utolsó. Ez alapján a megye gazdasági teljesítőképessége az *országos átlag 53 százalékát* teszi ki. Az egy főre eső GDP a rendszerváltást követő sokkidőszak elmúltával folyamatosan emelkedett, ám eközben a többi megyéhez viszonyított lemaradása is növekedett. A megye gazdaságára a leszakadási folyamat felerősödése jellemző – ezzel párhuzamosan a leszakadási folyamat a társadalomban is zajlik. Fónai és Pénzes (2006) megyei hatókörű elemzésében az *underclass helyzet jellemzésére alkalmazott kirekesztési, szegregációs folyamatokat* a lakóhelyi, iskolai és foglalkoztatási kirekesztés, illetve szegregáció mellett e folyamatok következményeként az *egészségi állapotra, a mentális állapotra is kiterjeszti*. Szerintük a romák rossz egészségi, benne mentális állapota következménye társadalmi kirekesztésüknek, egyben indikátora is annak: azaz, a rossz mutatók jelzik a kirekesztést – és a fókuszcsó-

portok tapasztalati alapján e kijelentést kiterjeszthetjük a többi kirekesztett csoportra is, különösen a hajléktalanokra.

Az egészségi állapottal szoros összefüggésben mutatkozik meg a halálozási helyzet alakulása. Magyarország évtizedek óta igen rossz halálozási mutatókkal rendelkezik, különösen a középkorú (45-59 éves) férfiak esetében. A legrosszabb mutatókkal a társadalmi-gazdasági szempontból elmaradott, hátrányos helyzetű északkeleti, északi, valamint a déli periferián található térségek vannak: az Edelényi, Sátoraljaújhelyi, Bodroghközi, Kisvárdai, Vásárosnaményi, Mátészalkai, Fehérgyarmati, Baktalórántházi, Létavértesi, Hajdúhadházi, Nagyatádi, Barcsi, Szigetvári, Szentlőrinci és Sellyei kistérségek (Forrás: VÁTI). A halálozási okok szerinti nemzetközi összehasonlítás alapján megállapítható, hogy Magyarország, Horvátország, Szerbia és Montenegro egy meghatározott típust képvisel, amelyet a keringési rendszer és a daganatos betegségek magas aránya jellemez. Ugyanakkor, ellentétben a „csoport” többi országával, hazánkban a meghaltak átlagos kora nagyon alacsony. A daganatos, illetve az emésztőrendszeri betegségekben meghaltak átlagosan a 70 évet sem érik meg. A nyugdíjkorhatár előtt távozik az emésztőrendszer betegségeiben meghalt férfiak 55 százaléka, a rákban meghaltak 30 százaléka. A nők esetén az emésztőrendszer betegségeiben meghaltak közül minden harmadik, rákban meghaltak között pedig minden negyedik-ötödik haláleset 60 éves kor előtt következik be. 35-64 éves kor között legnagyobb arányban- különösen a nők körében- kiugróan magas a daganatos betegségek és a férfiak körében jelentős az emésztőrendszer betegségei miatti halálozás aránya. Ugyancsak kiemelkedik az egyéb, külső okok miatt bekövetkező halálozásokban elfoglalt vezető helye a megyének, ami férfiak esetében messze meghaladja az országos átlagot (közlekedési és egyéb balesetek, öngyilkosság, stb.). Ez utóbbi esetében a kiváltó okok között első helyen szerepelnek a munkanélküliség miatti pszichés, mentális problémák, betegségek, sok esetben azok rejtett, kezeletlen volta, és a rendszeres, túlzott alkoholfogyasztás következtében kialakuló alkoholbetegség önromboló hatása (Szabolcs-Szatmár-Bereg megye szociális szolgáltatás-tervezési koncepciója, 2003-2010).

Az országos helyzethez képest megyénkben kiugróan magas a szív- és érrendszeri megbetegedések, valamint a stroke aránya. A nyilvántartott tbc-s betegek száma Észak-Alföld régióban a legmagasabb a vidéki régiók közül: az aktív tbc-s betegek aránya csaknem 10 százalékkal meghaladja az országos átlagot. Vélhetően ez a betegség az észak-alföldi régióban tovább nehezíti a mélyszegények, és ezen belül a romák munkanélküli létből való kikerülését. Az idősek egészségügyi ellátásának problémái, a krónikus ellátási szükséglet, rehabilitáció, és a határ menti területek orvos-ellátása jelenleg is a nehezen megoldható feladatok közé tartozik, és a trendek alapján várhatóan ezeken a területeken már rövidtávon súlyos gondok merülnek fel (Szabolcs-Szatmár-Bereg megye fejlesztési koncepciója, 2006). Ugyanakkor Észak-Alföld régióban jut a legtöbb lakos egy

házi orvosra és házi gyermekorvosra az országban (1624 fő/házi- és gyermekorvos), emellett a 10 ezer lakosra jutó kórházi ágyszám (71,8 db/10 ezer lakos) tekintetében az utolsó helyen állt a régió. Mindezek miatt a régió egészségügyi intézményhálózata nem felkészült a többszörösen hátrányos helyzetből fakadó, egyre romló egészségi állapotban lévő népesség és az előregedő lakosság ellátására (Szabó, évszám nélkül).

A Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján jól látható, hogy megyénkben az életmód-, illetve szocioökonómiai státuszfüggő betegségek száma egyre nő (1. ábra). A rosszindulatú daganatok száma megkétszereződött, a diabétesz gyakorisága több, mint kétszeresére nőtt, stb.

	Év			
	1999	2003	2007	2011
Gümőkór és a gümőkór következményei (A15-A19) és (B90)	1551	1394	1253	na.
Rosszindulatú daganatok (C00-C97)	6213	7462	10635	12339
Diabetes mellitus (E10-E14)	16950	21613	31843	42164
Pszichoaktív szer használata által okozott mentális és viselkedészavarok (F10-F19)	3981	4992	5745	7076
Magasvérnyomás (hypertensiv) betegségek (I10-I15)	86962	102852	140235	157487
Szívbetegségek egyéb formái közül (I34-I39)	5708	6980	8357	9411

Forrás: KSH

1. táblázat. Betegségek előfordulása Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (fő).

A „Skills for Future” projekt „felhasználói” fókuszcsoportjaiban igen jellemző, hogy mely betegségek kerültek említésre. A megkérdezettek által tudatosított betegségek, illetve állapotok köre jól szimbolizálja a csoport társadalmi helyzetét, úgy a környezeti hatásokat, mint azt, ahogyan az egészségüghöz kapcsolódik.

A romák alapvetően súlyos, nem ritkán halálos következményekkel járó betegségeket említettek, ezzel kapcsolatos történeteket meséltek el – enyhébb betegségekről csak a gyermekek kapcsán tettek említést. A felnőtt roma lakosság igen rossz egészségi állapotához ez a tény is hozzájárulhat, hogy a betegségeikkel nem törődnek időben, csak amikor az már nagyon súlyos – igaz, ez a „nem-



törődöm” hozzáállás is inkább súlyos deprivációjuk következménye lehet, semmint az un. „kultúráé”.

Nem meglepő, hogy a hajléktalanok által említett egészségi problémák csaknem mindegyike az utcán éléshez kapcsolódott; balesetek és sérülések, valamint az utcán élés lelki tényezői (alkoholizmus, mentális problémák).

A hallgatók egyetlen betegséget sem említettek, arra a kérdésre, hogy „Melyek a korosztályában leggyakrabban előforduló egészségi problémák?”, kizárólag életmódbeli faktorokat soroltak fel (2. táblázat).

Csoportok	Betegségek említése
<b>Romák</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nőgyógyászati daganat</li> <li>• Tüdőrák</li> <li>• Szájüregi rák</li> <li>• Szívinfarktus</li> <li>• Magas vérnyomás – agyvérzéssel együtt említve</li> <li>• „beteg a gyerek”</li> </ul>
<b>Hajléktalanok</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Törések</li> <li>• Elfertőződött sérülés, külső fekélyek</li> <li>• „Alkoholbetegség” (függőség)</li> <li>• Mentális problémák</li> <li>• Agyvérzés</li> </ul>
<b>Hallgatók</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkoholfogyasztás</li> <li>• Dohányzás</li> <li>• Sportolás hiánya</li> </ul>

2. táblázat. A RAR kutatás fókuszcsoportjainak szubjektív egészség-érzékelése.

Egy másik vizsgálat eredményei szerint a megye lakosságának egészségi panaszai, betegségeinek listája megfelel a hazai lakosság mutatóinak, azaz magas a vérnyomással, a látással, az érrendszerrel, a vércukorszinttel, a koleszterinszinttel, az allergiás panaszokkal és a nőgyógyászati problémákkal összefüggő problémák aránya. A betegségek és panaszok eredete zömében az életmódban keresendő, azaz ezek megelőzésére kell programokat tervezni és indítani. Az eddigi prevenció programok nagyon mérsékelt sikere azonban óvatosságra int a megelőzés hatékonyságát illetően, ezért csak nagy időtávra tervezett prevenció programok és projektek indítása indokolható (Filepné, Fónai és Fábián, 2004). Ez a kérdés már átvezet a „Skills for Future” projekt beavatkozás-tervezési feladataira, amely az adatok szerint nem kis mértékben az egészség- illetve rizikómagatartás tervezett, programszerű befolyásolását kell, hogy jelentse.

Az egészségfejlesztési programok mellett egyértelműen javítandó a gondozás minősége is. Ádány Róza (2008) ismerteti a hipertónia ellátás hatékonyságának jellemzésére Szabolcs-Szatmár-Bereg és Zala megyében elvégzett szűrővizsgálat tanúságait, mely szerint a gondozott magasvérnyomás betegek kevesebb mint 40%-a esetében eredményes a vérnyomás célérték alá szorítására irányuló kezelés. A cukorbetegségben is szenvedő gondozott hipertóniás betegek mindössze 3%-ának a vérnyomása nem magasabb az esetükben szigorúbb célértéknél.

## A második fókusz: az egészségmagatartás jelentősége

A WHO jelentése 2002-ben rámutatott arra, hogy a betegségterhek növekedéséért és a korai halálozások magas számáért aránytalanul nagymértékben tehető felelőssé egy csoport, viszonylag kisszámú – ugyanakkor megelőzhető – kockázati tényező. A becslések szerint a fejlett ipari országokban az összes betegségterhelés több mint 30 százaléka a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a magas vérnyomás, a magas koleszterinszint és az elhízás következménye. Az egészségmagatartás azokat a magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat öleli fel, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, helyreállításához vagy javításához. Az Egészségügyi Világszervezet adatokkal bizonyította, hogy *a vezető halálokok következtében fellépő halálozás szignifikáns hányadát az egyéni magatartás okozza*. Az egészségmagatartási tényezők kiemelt jelentőségét az adja, hogy ezek a magatartási tényezők – mint például az olyan, az életmódhoz kötődő faktorok, mint a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a testmozgás, valamint az elhízás – megváltoztathatók (Boros, 2005). Miközben az életmód ezen faktorait a köztudat egészségi-egészségügyi kérdésként kezeli, a szociális szférában a gyermekvédelem, az idősellátás és a szenvedélybeteg-ellátás célzott beavatkozásokkal igyekszik pozitív változásokat elérni a szolgáltatásokat igénybe vevők körében. Az egyéni esetkezelések, a családgondozás és a csoportos szociális munka – ritkábban a közösségi szociális munka – során a szakemberek gyakorta egyedül érzik magukat, vagy az együttműködés kiterjedtségét és mélységét nem érzik elegendőnek a rájuk terhelődő feladatokhoz képest.

Az Országos Lakossági Egészségfelmérésnek (OLEF, 2003) a RAR-kutatásban felhasznált eredményei azt mutatják, „hogy a felnőtt magyar lakosság igen jelentős része (a férfiak csaknem háromnegyede, illetve a nők több mint kétharmada) úgy véli, hogy sokat vagy nagyon sokat tehet az egészségéért. Adataink megerősítik a külföldi vizsgálatok tapasztalatait, melyek szerint a fiatalabb korosztályokba tartozók általában jobban tudatában vannak annak, hogy saját

maguk is sokat tehetnek egészségükért. Elgondolkodtatóak viszont a 2000 óta eltelt 3 év alatti változások a középkorúak körében: mindkét nem esetében jelentősen nőtt azok aránya, akik véleményük szerint semmit vagy csak keveset tehetnek a saját egészségükért. Amíg tehát az átlagpopulációról elmondható, hogy elképzelhető, hogy fogékonyság mutatkoznának a különböző egészségfejlesztési kampányok iránt (legalábbis a fogékonyság első láncszeme, vagyis annak belátása, hogy saját magunk is befolyásolhatjuk az egészségünket, adott), addig a középkorúak szkepszisével szemben jelentősebb egészségpolitikai lépések lennének szükségesek” (Boros, 2005: 47).

Az OLEF 2003 kutatás további legfontosabb megállapításai a következők:

- Az egészségtudatosság magasabb a fiatalok, az iskolázottabbak, a jobb anyagi körülmények között élők és a megfelelő társas támogatottsággal rendelkezők körében.
- Dohányzik a nők 27,9%-a, a férfiak 40,5%-a. Többségük napi rendszerességgel rágyújt: a nők csaknem negyede, a férfiaknak több mint harmada.
- A rendszeres dohányzás esélye magasabb a férfiak, a rossz anyagi körülmények között élők, a társas támogatottság hiányával küzdők és a magukat nem vallásosnak vallók körében.
- A leszokással eredménytelenül próbálkozott a kérdezést megelőző évben a dohányosok több mint 40%-a.
- Passzív dohányos a 65 év alatti nemdohányzó nők majdnem harmada, a férfiaknak csaknem fele.
- A 65 év alatti, munkahellyel rendelkező nemdohányzó nők csaknem ötöde, a férfiaknak pedig majdnem harmada munkahelyi passzív dohányos.
- Nagyivó a nők 2,5%-a és a férfiak 17,7%-a.
- A nagyívás esélye magasabb a férfiak, az idősebbek, a rossz anyagi körülmények között élők és a társas támogatottság hiányával küzdők körében.
- Legalább egyszer ült ittasan a volán mögé a felmérést megelőző egy évben minden huszadik nem absztinens férfi (a fiatal férfiak közül minden tizenötödik).
- Egyáltalán nem végez testmozgást a felnőtt magyar lakosság csaknem 8%-a (az idős nők 20,5%-a és az idős férfiak 18,7%-a).
- A fizikai inaktivitás esélye növekszik az életkorral; férfiak körében a nagyobb településen élők, nők körében pedig a jobb anyagi körülmé-

nyek között élők szintén kisebb eséllyel végeznek megfelelő gyakoriságú testmozgást.

- Túlsúlyos vagy elhízott a nők csaknem fele, a férfiaknak pedig több mint fele.
- A kíváncsnál magasabb testtömeg esélye magasabb az idősebbek, az alacsony iskolai végzettségűek, a jobb anyagi körülmények között élők, a felső vezetők és a gazdaságilag aktívak körében.

Filepné és munkatársai megállapítják, hogy megyénkben nagyon alacsony az egészségügyi ellátások „megelőző” szándékú igénybevétele, azaz a lakosság meghatározó módon már meglévő panaszaival és betegségeivel veszi igénybe az egészségügyi ellátásokat. Mindebből következően magas a látens betegek aránya, akik soha vagy csak nagyon későn kerülnek panaszaikkal és betegségeikkel a rendszerbe. A kutatók felméréséből kiderült, hogy mintába került háztartásfők leginkább a háziorvosi ellátást veszik igénybe. Szakorvoshoz viszonylag gyakran fordul egynegyedük, ami az érintett kör valamilyen egészségi problémájára utalhat. Hattizedük szinte soha nem volt még fogorvosnál, ami a prevenció egyik, lényeges területét jelentheti a megyében is; a lakosság fogainak az állapota számos, egyéb egészségi probléma és betegség kialakulását eredményezheti. Az ellátórendszerhez fordulás okait a háziorvoshoz legalább évente többször fordulók között vizsgálták. Azok fele, akik rendszeresen járnak háziorvoshoz, főként „gyógyszerírás miatt” keresik fel orvosukat, háromtizedük valamilyen idült egészségi probléma miatt és egytizedük azért, hogy rendszeresen ellenőriztesse egészségi állapotát, ami a teljes mintában minden huszonötödik személyt jelentene. Ez megfelel a teljes mintában kérdezett orvoshoz fordulási okok gyakoriságának is. Három csoport körvonalazható a válaszok alapján. Az elsőbe azok tartoznak, akik nagyobb panasszal fordulnak orvoshoz. A második csoportot a „halogatók” jelentik (csaknem hattizede a megkérdezetteknek), akik csak nagy fájdalmak esetén veszik igénybe az egészségügyi ellátórendszert; a kutatók őket találták a legveszélyeztetettebb csoportnak, mivel gyakran túl későn kerülnek az ellátórendszerbe. A megkérdezettek több mint egytizede már kisebb panasszal és „megelőzési” célból is orvoshoz fordul (Filepné, Fónai és Fábián, 2004).

A „Skills for Future” projekt fókuszcsoportos interjúi során is nagy hangsúlyt kapott az egészségmagatartás kérdése. A szakmai fókuszcsoportok esetében direkt módon, a veszélyeztetett célcsoportok körében verbuvált fókuszcsoportok esetében pedig indirekt módon fogalmazódott meg az orvos-beteg kapcsolat – illetve az egyén és az egészségügyi ellátórendszer kapcsolatának – gátoltsága, a gátak viselkedéses, vagy hozzáállás-függő oka. Minden csoportban direkt mó-

don véleményezték az életmód káros faktorainak – különösen a dohányzás – hatását, illetve a protektív faktorok általános hiányát (3. és 4. táblázat).

Csoportok	Az orvos-beteg kapcsolat említett jellemzői
<b>Romák</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negatív megkülönböztetés az orvosok részéről</li> <li>• Vannak olyan orvosok, akik nem nézik, hogy romák</li> <li>• Rosszabb ellátás, mert romák</li> <li>• „Nem tudjuk megfizetni őket”</li> <li>• Félelem a fájdalomtól</li> <li>• Félelem, hogy valami nagy baj derül ki (szűrésektől való távolmaradás oka)</li> <li>• Minden esetben kórházi kezelés említése, az azt megelőző két (házi orvos, szakrendelő) szint kimarad</li> </ul>
<b>Hajléktalanok</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kórházi kezelés említése negatív tapasztalatokkal traumás esetekben <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Másként viselkednek velük az orvosok, mint a többiekkel</li> <li>◦ Hosszú várakoztatás a folyosón</li> <li>◦ Fájdalomcsillapítás nélküli kezelések</li> <li>◦ Kezelés nélkül „kirakják” őket az épület elé, és hívják a Periféria Egyesület krízisautóját, hogy szállítsa el őket</li> </ul> </li> <li>• Kórházi kezelés említése pozitív tapasztalatokkal addiktológiai és pszichiátriai esetekben <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Biztonság</li> <li>◦ Segítenek „kitisztulni”</li> <li>◦ Jó táplálás, felerősödnek a kezelés ideje alatt</li> </ul> </li> <li>• Házi orvosi kezelés említése pozitív tapasztalatokkal</li> <li>• A pozitív történetek háttérében szinte minden esetben a Periféria Egyesület összekötő-kijáró szerepének elemei</li> </ul>
<b>Hallgatók</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A prevenció fontos...</li> <li>• ...de legtöbbször nem hatásos</li> </ul>
<b>Szakemberek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nincs elég idő a betegre</li> <li>• Az orvoson múlik, hogy tovább küldi-e a beteget szűrésre, vizsgálatra</li> </ul>

3. táblázat. A RAR kutatás fókuszcsoportjainak véleménye az orvos-beteg kapcsolat jellemzőiről.

Csoportok	Az életmód faktorainak említése
<b>Romák</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dohányzás</li> <li>• Alkoholfogyasztás</li> </ul>
<b>Hajléktalanok</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkoholfogyasztás</li> <li>• Utcán élés</li> <li>• Mentális problémák</li> <li>• Rossz higiénias körülmények</li> <li>• Stressz (fenyegetettség)</li> </ul>
<b>Hallgatók</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dohányzás</li> <li>• Alkoholfogyasztás</li> <li>• Testmozgás (Sport, Tánc) és hiánya</li> <li>• Drogfogyasztás</li> </ul>
<b>Szakemberek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elhanyagolt egészség a dolgozóknál („A megyében is ez a legnagyobb betegség. Hogy nem mennek el az emberek, mert akkor veszélyben a munkahely, akkor veszélyben a megélhetés. És nem mernek elmenni.”)</li> <li>• Hajszoiság, stressz</li> <li>• Szegénység</li> <li>• Alkoholizmus felnőtteknél</li> <li>• Rohamszerű ivás a fiataloknál és a gyerekeknél</li> <li>• Drogfogyasztás</li> <li>• Száj higiéné elhanyagolása (romáknál)</li> <li>• Dohányzás</li> </ul>

4. táblázat. A RAR kutatás fókuszcsoporthai által említett életmód-faktorok.

A szűrővizsgálatokon való részvétel nem csupán a rejtett, még tüneteket nem okozó betegségek időbeli felismeréséhez, így eredményesebb kezeléséhez járul hozzá, de a szűrővizsgálatokon való részvételi aktivitás általában véve javítja egészségtudatos életmód kialakulását. A fókuszcsoporthokon a szűrővizsgálatok kérdése non-direktív módon került elő, rábízva a résztvevőkre, hogy milyen jellegű szűréseket ismernek (5. táblázat).

Csoportok	Említett szűrések
<b>Romák</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tüdőszűrés</li> <li>•Nőgyógyászati rákszűrés</li> <li>•Mammográfia</li> </ul>
<b>Hajléktalanok</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tüdőszűrés</li> </ul>
<b>Hallgatók</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tüdőszűrés</li> <li>•Nőgyógyászati („Mondjuk, nekünk még mammográfiára nem kell menni, de a méhnyakrák szűrésen meg szokták nézni a mellet is.”)</li> <li>•Vércukorszint</li> </ul>
<b>Szakemberek</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Kétévente nőgyógyászat</li> <li>•Mammográfia</li> <li>•Évente tüdőszűrés</li> <li>•Férfiaknak évente urológiai szűrés</li> <li>•Kétévente labor („A visszajáró betegekkel meg is csináljuk. Ne- kiünk azért rengeteg szűrésünk van.”)</li> </ul>

5. táblázat. A RAR kutatás fókuszcsoportjaiban említett szűrővizsgálatok.

## A harmadik fókusz: az egészségügyi és szociális rendszer együttműködése

Bár a szociális szakemberek és a társszaktmák képviselőinek együttműködését jogszabály írja elő – sőt, az együttműködés jóval több a paragrafusok mechanikus betartásánál; *szakmai szükségyszerűség* –, ez egyúttal mégsem jelenti azt, hogy az egészségügyi és a szociális szféra szakembergárdájának tagjai eleve birtokolják azokat az attitűdöket, illetve készségeket, melyek szükségesek az optimális szakmai együttműködés megvalósításához. Más szóval: *az együttműködés nem veleszületett képesség, hanem tanult*; csak hogy a hazai oktatási rendszer valamennyi szintje az egyéni teljesítmény fejlesztését és értékelését preferálja, és erősen elhanyagolja a diákok együttműködésére alapozott oktatási formákat. A diákok ugyan képzett szakemberré cseperednek, de közben nem – vagy nem feltétlenül – sajátítják el az együttműködéshez szükséges készségeket (Hüse, Péntes és Gurály, 2011). Az együttműködő csoport (team), vagy az interprofesszionális hálózat szervezése, működésének elemzése, valamint a meglévő elemek fejlesztése nem nélkülözheti a csoportok működése, belső dinamikája és a csoportszerepek bőséges irodalmának ismeretét (pl. Pataki 1980; Belbin 2000), valamint azt, hogy a gyakorlati alkalmazásra vállalkozó szakem-

ber nagy hangsúlyt helyezzen a csoportfolyamatok kezelésének ismereteire is (Antons 2006; Rogers 2008, Rudas évsz.nélk.).

A két szféra együttműködő csoportjainak – jelentős részben *interprofesszionális team*jeinek – kiépítése és működtetése *kettős célrendszer* mentén történik. Egyfelől a szakma általános valamint az egyedi esetekhez köthető konkrét céljai – úgy is, mint egészség-célok, szociális célok –, másfelől az együttműködő csoport generálására és hatékony működtetésére irányuló célok – úgy is, mint „közösségi célok”. Míg az előbbi magától értetődő, az utóbbi cél gyakran kikerül a figyelem középpontjából, megfogalmazása elmarad, illetve az együttműködést a helyi erőforrásoktól független, természetesen fennálló állapotnak tekintik. A fenntartók, ellenőrzést végző közigazgatási szervek, sőt, maguk a területen dolgozó szakemberek is *elvárásokat* fogalmaznak meg a team működésével, illetve annak tagjaival szemben, elfeledkezve arról, hogy az együttműködésre kötelezett szakembereknek is lehetnek *szükségei*; például a tényleges együttműködés megvalósításához szüksége van speciális készségekre és tudásra, tapasztalatra, szüksége van a helyi szereplők együttműködő csoportjának vagy hálózatának megfelelő, funkcionális működésére, illetve az együttműködéshez kapcsolódó pozitív élményekre, megerősítésre.

A „Skills for Future” projekt fókuszcsoportos interjúinak felvételekor a két szféra együttműködésével kapcsolatban leginkább a hiánytünetekről, diszfunkciókról esett szó. Az együttműködés példái helyett az elzárkózásé volt a főszerep a gyermekjóléti szolgálat és a háziorvosok túlnyomó többségének esetében, akik az egészségügyi ágazati törvény által rögzített jelzőrendszeri kötelezettségeinek sem tesznek eleget. Mindkét oldal szakemberei a túlterheltségről panaszkodnak, melyet a hazai statisztikai adatok is alátámasztanak. Egyre kevesebb intézmény, egyre kevesebb szakember át el egyre nagyobb forgalmat (KSH, OSAP). Ráadásul az adatokból nem látszik az elmúlt évtizedben hatványozottan jelentkező tendencia, hogy a szakemberek adminisztrációs terhei megnöttek, mind kevesebb időt tudnak szánni a betegre, kliensre.

A gyermekvédelem területén mérhető terheket árnyalja, hogy a régióban a gyermekjóléti szolgálatok által elhanyagolás miatt gondozott gyermekek száma közel kétszeres az azt követő legsúlyosabb helyzettel jellemezhető régióhoz képest (OSAP). Hasonló változások zajlottak le a családsegítő szolgálatoknál és a hajléktalan-ellátásban is. Ennek súlyát kifejezetten az Észak-Alföldi régió ellátórendszere érezte meg, hiszen például a családsegítés esetszáma ebben a régióban országosan kiemelkedő.

A járóbeteg szakellátás területén 2004 és 2012 között 10 százalékos esetszám-visszaesés következett be, miközben a megjelent betegeken elvégzett beavatkozások száma ugyanezen időszakban 10 százalékkal nőtt. A kórházi férőhelyszám csökkentésével (2004 és 2012 között 14%) párhuzamosan az ellátott



betegek száma is dinamikusan csökkent. Ennek ellenére a kórházi szakemberek a fókuszcsoporthoz túlterheltségről, a rendszer bedugulásáról beszélnek. Míg a túlterheltség az egészségügyi szakszemélyzet- és orvoshiánynak tudható be (az elvándorlás tendenciája ismert, és egyre erősödik), addig a „bedugulás” a férőhelyek és az ellátott betegek viszonylatában alakulhat ki csupán. Az nyilvánvaló, hogy az országos betegszám-csökkenéshez hasonló csökkenés a megyénkben nem mutatható ki, és a Jósa András Megyei Kórház túlterheltsége az országos viszonylathoz képest lényegesen nagyobb. A túlterheltségből fakadó hajszoltság, illetve a másik fél álláspontjának meg nem ismerése akadályozhatja leginkább a betegek-kliensek érdekében végzett együttműködést.

Bár a túlterheltség a szociális szféra oldalán is jelen van, egy további tényező, a férőhelyhiány és a szociális védőháló lukacsossága az, ami igazán rombolja a két szféra együttműködésének lehetőségét. A bentlakásos intézmények férőhelyei lényegében nem nőttek, és messze a szükségletek alatt állnak – kivételt képeznek ez alól az idősek otthonai, ahol az utóbbi évtizedben jelentős férőhelyszám növekedés állt elő az egyházi és magánintézmények térnyerésével, melyet a kedvezőbb finanszírozási kondíciók (emelt szintű állami normatíva az egyházi intézményeknek, tőkeerős ügyfeleknek nyújtott emelt szintű, piaci szolgáltatások a magánintézmények esetében). A statisztikák mögé pillantva itt is árnyalódik a helyzet. Látható, hogy az állami/önkormányzati és civil fenntartói háttérű szociális szféra számára biztosított normatíva nem elegendő a megfelelő színvonalú ellátás biztosítására, ezért a kliensek érdekét néző – és saját frusztrációjukat csökkentő – szociális szakemberek szívesen tolnák át az ellátás terheit az egészségügyre, pontosabban a kórházakra, ahol a kliensek, mint betegek – véleményük szerint – magasabb minőségű, és megfelelőbb ellátást kaphatnának. A másik jelentős teher az az idősellátásban kialakult helyzet, hogy a megnövekedett férőhelyeket a tehetősebb (vagy legalább ingatlan-tulajdonos középosztálybeli, akik ingatlanul eladásával „vásárolják be” magukat az intézménybe) idősek foglalják el, míg a szegényebb idősek kiszorulnak a rendszerből. Az ő ellátásuk tipikusan megoldhatatlan helyzetet teremt például egy kórházi gyógykezelést követően, amikor is nincsen hova hazaengedni őket.

Míg az egészségügyi szakellátás és a szociális szféra külső intézményei közötti együttműködés mindkét oldal frusztrációjával terhelt, addig a kórházi szociális munka kevésbé tűnik konfliktusos területnek. Ez egy, lényegében az egészségügy rendszerébe integrált szolgáltatási forma, melynek tagjai a kórházi hierarchiától függenek, munkáltatójuk a kórház munkáltatója, így jelenlétük elfogadottabb. Kevesebb konfliktust vállalnak fel a kliensek érdekében az egészségügy rendszerével – szemben a külső szociális szolgáltatókkal, amelyek nem ritkán kifejezetten harcos attitűdökkel védik kliensek érdekeit az általuk nem-

kliensközpontúnak érzékelt egészségügy rendszerével szemben –, és könnyebben betagozódnak egy végrehajtó szerepbe.

Hogyan is jelenik meg a szociális szféra kettőssége az egészségügy rendszerében? Az interjúk összevetése alapján az alábbi kép rajzolódik ki (az érintettek önjellemzését, és más fókuszcsoportok róluk alkotott jellemzését egyaránt figyelembe véve):

- a kórház saját szociális munkásai: munkájuk alárendelődik az egészségügyi tevékenységet végzőkének, inkább szociális ügyintézők, multidiszciplináris teamben – ha létezik egyáltalán – nem vesznek részt;
- külső szociális szervezetek és intézmények szociális munkásai: a szervezet profiljától függően különböző szerepekben jelennek meg a kórház működésében:
  - idősellátás: sok esetben ők észlelik a problémát, vagy az idős gondozott nekik mondja el először; az idősök életében az egészségügy az időtöltés helye is, ahol „mindig történik velük valami”, odafigyelést és törődést kapnak, így sok esetben a lelki szükségleteiket is jobban kielégítve érzik, mint más betegcsoportok; az idősök, főként a bentlakásos otthonok lakói elégedettebbek, pozitív véleményük kedvezőbb képet alakít ki az egészségüggyel kapcsolatban a velük érintkező szociális munkásokban, mint a más célcsoporttal dolgozó szociális szakemberekben; az otthonápolásban és az otthonokban dolgozó szakemberek partneri viszonyban állónak érzik magukat, tevékenységük támogatja és kiegészíti az egészségügyi ellátást.
  - hajléktalan-ellátás: szinte kizárólag rajtuk keresztül tud a hajléktalan úgy bekerülni az egészségügy rendszerébe, hogy megfelelő ellátását kapjon megfelelő időn belül; az utcai munkások a kórházba való szállításkor figyelmesebbek, mint a mentősök, hatékonyabban járnak közbe az egészségügyi személyzetnél a hajléktalan ügyfél ellátása érdekében; a szociális munkások „tartják karban” az egyetlen háziorvossal való kapcsolatot, aki hajlandó hajléktalan betegeket fogadni;
  - gyermekjóléti szolgálat: alapvetően, mint a gyermekek érdekében szervezett és működtetett jelzőrendszer végpontja jelenik meg az egészségügyben; a gyermek egészségügyi problémájával kapcsolatban együttműködést is keres, de ez ritkán team-jellegű, inkább párhuzamos tevékenységek összehangolását jelenti; a kórház gyermekosztályain az ünnepekhez kapcsolódóan, mint szolgáltató is megjelenik.

A rendelkezésre álló lehetőségek mégis mintha csupán egymás mellett létező, de össze nem kapcsolódó szolgáltatásokként működnek. Teljességgel hiányzik a multidiszciplináris team, hiányzik a megértés. Mindkét oldalon úgy érzékelik, hogy az együttműködésre tett erőfeszítések a másik oldal közönyén – vagy megértőbben fogalmazva: a túlterheltségén – omlanak össze. A bajok igazi mutatója azonban az, hogy még a rendszeren belül sincs együttműködés, az egyik egészségügyi szakember úgy érzi, „rádolgozik” csupán a másik egészségügyi szakemberre, ahogy a szociális szférában is hasonlóképpen érzékelik a helyzetet. Jól illusztrálja ezt a szakemberek fókuszcsoportjában az egészségügy képviselői között kialakult párbeszéd:

*„- Az a baj, hogy mindent az alapellátásra nyomnak egyébként. A szakellátásban arra nincs ideje a diabetológusnak, hogy elmondja a betegnek, hogy azt az inzulint hogy kell... Meg esetleg mikor ennyit mért, akkor mit csináljon, mennyi inzulint adjon, stb. Ott van a háziorvos, majd elmondja. Pedig van diétás nővérük, akinek el lehetne irányítani a beteget. És nem kell...*

*- Mert gondolom ugyanaz, attól szenved, mint az alapellátás, hogy neki sincs ideje.*

*- De ott van a diétás nővér. És akkor nem kell...*

*- Meg ott csak egy adott szakterületre mész. Meg időpontra.*

*- Tehát a probléma az, én ezt ismerem, én a gyermekjóléti alapellátás és szakellátás viszonyából, amikor egymást fojtogattuk meg egy kanál vízben, mert nincs elég erőforrás. Semmi nincs, se ember, se mozgástér, semmi se. És akkor alig várom, hogy egy ügyben ő, a másik csináljon már valamit. Tehát ez egy ilyen... Azon kívül, hogy kölcsönösen utáltuk egymást, mint a kutya meg a macska, gyakorlatilag mind a ketten ugyanattól a dologtól szenvedtünk: a forráshiánytól, pénzhiánytól, emberhiánytól.”*

## A RAR-kutatás eredményeinek hasznosítása

A RAR-kutatás eredményei alapján megfogalmazott együttműködési és fejlesztési szükségletek a „Skills for Future” projekt fejlesztési tevékenységeinek alapját képezték. Az alábbi táblázat a magyar és ukrán oldal RAR-kutatásával feltárt szükségleteket és problémákat gyűjti egybe olyan formán, ahogyan az a későbbi projektek, beavatkozások során megfelelő. A *szükséglet típusa* azt jelöli, hogy a beavatkozás mely területen szükséges, hol hozná a legtöbb hasznot. Ezen típusokhoz értelemszerűen kapcsolódnak kielégítendő *szükségletek*, illetve megoldandó *problémák*, melyekre a beavatkozások tervezését támogató *fejlesztési irányok* javaslatok épülnek.

A szükséglet típusa	Szükséglet vagy probléma leírása	Javasolt fejlesztési irányok
<i>célcsoport</i>	Nem mindenki számára ismeretes, hogy milyen szűrési lehetőségek, és hol állnak rendelkezésre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hatékony tájékoztatási megoldások keresése.</li> <li>• A deprivált csoportok esetében a személyes kontaktus fontosságának felismerése.</li> </ul>
	Nem elegendő motiváció a tudás; a lappangó betegséggel kapcsolatos (irreális) félelmek, vagy a munka elvesztése felett érzett (reális) aggodalom „hatékonyan” akadályozza a lakosság különböző csoportjait.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A terepen dolgozó szociális és egészségügyi szakembereket felkészíteni arra, hogy hogyan facilitáljanak döntési helyzeteket („mitől félünk jobban”).</li> <li>• Munkáltatók esetében a direkt tájékoztatás, motiválás nem tűnik hatékonynak – helyette a dolgozói érdekvédelem erősítése, a policy befolyásolása lehet járható út.</li> </ul>
	Az egészségtelen életmód az elterjedt káros szokások és a nem eléggé elterjedt egészségvédő magatartás miatt magas morbiditáshoz, mortalitáshoz vezet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hatékony tájékoztatási megoldások keresése.</li> <li>• Egészségtudatosságot növelő programok társadalmi csoportokra és korosztályokra szabva.</li> </ul>
	A deprivált célcsoportok komplex beavatkozásra, és mindkét szféra együttműködésére szorulnak, enélkül az egészségügyi ellátásból kiszorulnak.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jó gyakorlatok disszeminációja.</li> <li>• Nevezéses pályázat és „Team Award” létesítése.</li> <li>• Pilot-projekt formájában konkrét team létrehozása, koordinálása.</li> </ul>
	Az egészségfejlesztési programok mellett javítandó a gondozás minősége is.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minőségi sztenderdek közérthetővé tétele minden érintett számára.</li> <li>• Felkészíteni a szociális munkásokat az egészségmagatartás támogatására (megközelítések, eszközök, források).</li> </ul>
<i>együttműködés</i>	A multidiszciplináris team működéséről elméleti elvárások léteznek a hazai szakemberek körében, de a gyakorlati megvalósítás lehetőségeit nem érzékelik – vagy ilyen lehetőségek strukturális/működési/ szemléleti okokból nem léteznek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jó gyakorlatok disszeminációja.</li> <li>• Nevezéses pályázat és „Team Award” létesítése.</li> <li>• Pilot-projekt formájában konkrét team létrehozása, koordinálása.</li> </ul>

<b>együtműködés</b> (folytatás)	Túlterheltség, időhiány miatt a szakemberek nem képesek az együttműködésre energiát fordítani.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A beavatkozással a rendszer legsúlyosabb problémáját kellene orvosolni, ez nem kompetenciája a projektnek.</li> <li>• Helyi szinten bizonyos változás elérhető az együttműködést támogató közös tréningekkel.</li> <li>• Szupervízió elérhetőségének javítása.</li> </ul>
	Frustráció, kiegészítésként az együttműködést.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Szupervízió elérhetőségének javítása.</li> <li>• Mentálhigiénés támogatás a szakemberek számára, számukra elfogadható köntösben (a hivatásos segítő nem szeret segítséget kérni).</li> </ul>
	A szakmai nyelvet a másik szakma képviselői nem értik.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Közös nyelv megalkotása.</li> <li>• Elérhető szótár pl. „egészségügyi szociális munka szótára”.</li> </ul>
	Az orvos magasan a szociális munkás „felett áll”, a szociális munkás, mint diplomás szakember, ragaszkodik az orvossal való „azonos szinthez”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A megfelelő szintek összekapcsolása; pl. szociális munkás - diplomás ápoló.</li> <li>• A kompetenciák rugalmas kezelése: az együttműködés jelentős része nem gyógyító helyzetben (gyógyító gyakorlat közben) zajlik.</li> </ul>
<b>forrásteremtés</b>	Mindkét szféra erőforrás-hiányos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forrásteremtő képesség fejlesztése.</li> </ul>
	A rizikó-csoportok erőforrás-hiányosak.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Az erőforrások nem-pénzjellegű formáinak kiaknázása, a szociális munka eszközeivel támogatva.</li> </ul>
<b>szakpolitika</b>	Hiányzó törekvés az együttműködés fejlesztésére.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Javaslatok megfogalmazása.</li> </ul>
	Gyengülő munkavállalói érdekvédelem mellett a munkahelyi egészségvédelem (a támogatott projektek is) korrumpálódik.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Javaslatok megfogalmazása.</li> </ul>

6. táblázat. A RAR-kutatás eredményeinek összegzése.

## Összegzés

A tanulmány bemutatta, hogy miképpen alkalmazható *szakértői gyorsértékelés* (Rapid Assessment Research, RAR) a WHO által javasolt módszere. Az egyes fejezetek a szakértői fókuszok mentén fogalmazhatók meg, melyekben összegződnek a vonatkozó elméleti keretek és modellek, a RAR-kutatás időszakában elérhető adatok, valamint a fókuszcsoportok tapasztalatai. A folyamat valóban rendkívül gyors, és az eredmények – melyek bemutatása a tanulmány végén kapott helyet – olyan formában rajzolódtak ki, amely teljes mértékben alkalmas projekt-szerű folyamatok beavatkozási szakaszának a megtervezésére, a célindikátorok meghatározására, valamint a monitoring tevékenység és az értékelések végrehajtására (Hüse, 2014).

Ugyanakkor rá kell mutatni, hogy a hazai kutatási- és projekt-tevékenységek egyik nagy veszélye, a finanszírozás utáni fenntartás ellehetetlenülése, nem került el a „Skills for Future” projektet sem. A „Skills for Future” alapvetően a helyzetfeltárára, és az együttműködés fejlesztésére irányult. A projekt eredményeképpen létrejött stratégia megvalósulását azonban hatékonyan gátolta a hazai civil- és közszféra finanszírozásának megoldatlansága, az állam rigid elzárkózása minden olyan szükséglet felvállalásától, amely az alapszolgáltatások, vagy a speciális szolgáltatások alapszinten való megvalósításán túlmutat... és nem utolsósorban az ukrán-orosz fegyveres konfliktus, amely korábban elképzelhetetlen módon rajzolta át a határon túli viszonyokat.

Ezen árnyoldaltól eltekintve – amely azért a „Skills for Future” hazai és határon túli társadalmi-politikai-gazdasági viszonyokba ágyazott részleges kudarcáról szól (fenntarthatóság) –, bebizonyosodott, hogy a hazai gyakorlatban nem használt RAR-kutatás módszere alkalmas arra, hogy releváns alapot adjon a sürgető beavatkozásokhoz. A módszer alkalmazásának tapasztalatai azt mutatják, hogy mind a szakértői csoportok, mind a célcsoportok képviselői kifejezetten otthonosan mozogtak a módszer által biztosított keretek között, és a tudás, amely ilyen módon kirajzolódott és összegződött, ugyan nem felel meg a legtöbb tudományos kutatással szemben támasztott követelménynek, mégis kifejezetten releváns, és ami még fontosabb: akció-centrikus.

## Irodalomjegyzék

1. Ádány R. (2008): A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra. *Népegészségügy* 86. évf. 2. sz.: 5-20.
2. Antons, K. (2006): A csoportdinamika gyakorlata. Synalorg, Budapest.
3. Belbin, M. (2000): A team – avagy az együttműködő csoport. SHL, Budapest.
4. Boros J. (2005): Egészségmagatartás (Kutatási jelentés). *Országos Lakossági Egészségfelmérés*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
5. Cannon, R. (2008): The Social Determinants of Health. South Australian Council of Social Service, Unley.
6. Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Institute of Futures Studies, Stockholm.
7. Evans, R. G., Stoddart, G. L. (2003) Consuming research, producing policy? *Am.J.Public Health* 93 (3): 371-379.
8. Filepné N. É., Fónai M., Fábián G. (2004): A Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei népesség szociális helyzete és egészségi állapota. Szabolcs-Szatmár-Bereg Szemle 39 (1): 78-93.
9. Fónai M., Péntes M. (2006): A cigány népesség egészségügyi állapotának összetevői Északkelet Magyarországon. In: Fónai Mihály, Péntes Marianna és Vitál Attila [szerk.]: Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? A cigány népesség élethelyzete és a kitörés lehetőségei Északkelet-Magyarországon. Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület, Nyíregyháza.
10. Hüse L. (2008): A kirekesztés diskurzusa. *Kapocs* VII/5: 2-23.
11. Hüse L. (2011): Kettős mérce az iskola szerepének megítélésében – egy kirekesztés-kutatás margójára. *Iskolakultúra* 2011/1: 88-98.
12. Hüse L. (2014): Projektszemlélet, projekttervezés – szükségletalapú megközelítés és tervezési módszerek a humán szféra számára. Debreceni Egyetemi Kiadó, Debrecen.
13. Hüse L., Péntes M., Gurály E. (2011): Együttműködés fejlesztése, csapatmunka. In: Fábián G. és mtsai. [szerk.]: Módszertani kézikönyv tereptanároknak. Debreceni Egyetem OEC Egészségügyi Kar – Nyíregyházi Főiskola Bessenyei Könyvkiadó, Nyíregyháza. 231-253.
14. Kopp M. [szerk.] (2008): Magyar lelkiállapot 2008 – Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest.

15. Lalonde, M. (1981): A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document. Government of Canada, Ottawa.
16. Pataki F. (1980): Csoportlélektan. Gondolat, Budapest.
17. Píkó B. (2003): Kultúra, társadalom és lélektan. Akadémiai Kiadó, Budapest.
18. Popovich, A. (2013): Health of the Population: Factors, needs and the ways of improvement (report of the investigation conducted among various groups of the population in the city of Uzhgorod). Manuscript, Uzhgorod.
19. Rogers, C. R. (2008): Találkozások – a személyközpontú csoport. Edge 2000 – OFI, Budapest.
20. Rudas J. [szerk.] (évsz.nélk.): Önismereti csoportok. Animula, Budapest.
21. Stimson, G. V., Donoghoe, M. C., Fitch, C., Rhodes, T. J. [eds] (2001): Rapid Assessment and Response Technical Guide. World Health Organization: Department of Child and Adolescent Health and Development, and Department of HIV/AIDS, Geneva.
22. Szabó B. (évszám nélkül): Észak-Alföldi régió szociális helyzetének elemzése.

**Hüse Lajos**

Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar