



A statisztika, és ami a számok mögött van

DR. SIMEK ÁGNES PHD, címzetes egyetemi docens
S.E. Népegészségügyi Intézet
E-mail: simek.agnes@gmail.com

DOI 10.23716/TTO.22.2018.13

Absztrakt:

A pontos statisztikai adatgyűjtéshez nagyon fontos, hogy pontosan határozzuk meg az elemezni kívánt adatokat, releváns helyekről, megfelelően képzett, értő adatgyűjtőkkel dolgozzunk.

A statisztikai szabályoknak megfelelően a használható és megbízható következtetések levonásához megfelelő mennyiségű és minőségű adat kell.

Az orvostudomány azonban nem exact számokon, hanem a magasszintű szakmai tudás mellett az embereken, azok kapcsolatán is alapul.

Ezért is érdemes minden egészségügyi statisztika mögött figyelembe venni az embert, embercsoportokat és azok kapcsolati rendszereit.

Az előadás ezt a gondolatsort próbálja gyakorlati példán bemutatni a hajléktalanellátás kapcsán, folyamatosan figyelemben tartva, hogy az emberi értékek minden statisztikánál fontosabbak.

Kulcsszavak: adatgyűjtés, statisztika, valós adatok, hajléktalanok

Viktória királynő nagynevű miniszterelnöke, Benjamin Disraeli mondta: van kis hazugság, van nagy hazugság, és van statisztika. 1. kép

Két állítás, statisztikai adatok alapján:

1. Magyarországon a kórházi adatok alapján átlagosan mindenkinek 1,89 lába van.
2. Magyarországon a KSH felmérése szerint hozzávetőleg 100 000 hajléktalan él.

És akkor nézzünk a számok mögé:

Ugye, senki nem látott 1,89 lábú embert az utcán közlekedni?

Hajléktalant annál inkább, két lábon, egy lábon mankózva vagy láb nélkül, tolokocsihoz kötve. 2. kép.

De ki is a hajléktalan?

A szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény alapján: „...hajléktalan a bejelentett lakóhellyel nem rendelkező személy, kivéve azt, akinek bejelentett lakóhelye hajléktalan szállás.” [Szt.4.(2)]

Később így fogalmaz: „...hajléktalan az, aki éjszakáit közterületen vagy nem lakás céljára szolgáló helyiségben tölti”. [Szt.4.(3)]

A két bekezdés megfogalmazásában lehető különbség meghatározza a hajléktalanok között kialakult „kasztok” két végpontját: az aluljárókban, parkokban, elhagyott épületekben rongyok közt kucorgó, és a hajléktalanszálló kényelmében alvó, saját lakással nem rendelkező embert.

Mik is ezek a jól elkülöníthető csoportok?

A hierarchia alján a közterületen bárhol élő-tartózkodó hajléktalan áll, akinek a biztos lakhatáson kívül nincs biztosítva állandó étkezése, ruha-utánpótlása, tisztálkodási lehetősége. Legtöbbjük alacsony iskolázottsága, és/vagy alacsony értelmi, érzelmi intelligenciája nem teszi képessé magasabb ellátási szintek felkutatására vagy igénybevételére. 3.kép

Vagy mégis? Sok aszociális, diszszociális, kisebb-nagyobb személyiségzavarral küzdő hajléktalan más lehetőségeket is ismerve tudatosan választja a társadalmon kívüliséget – megválasztott „lakóhelyével” is jelezve: ebből a társadalomból ő nem kér. Ismeri a hajléktalanellátó helyeket, néha bejár meleg ételért, tiszta ruháért, tisztálkodni vagy orvosi ellátásért. Néhányan nem kis jövedelemmel – alkalmi munkák után kapott díjazással, rokkantsági vagy öregségi nyugdíjjal - rendelkeznek. Nem ritka, hogy elhunyt hajléktalanok hátramaradt javai több százezer – millió forintot tesznek ki.

Egy fokkal magasabb szintű lakhatási lehetőség a különböző lakóhelyekkel szimbiozisban élő hajléktalan. Ez leggyakrabban falun van, ahol a falusi közösség eltartja a maga hajléktalanját/jait – ahogy régen a falu bolondját is. Kisebb nagyobb ház körüli, kerti munkákért ételt – főként italt, néha pénzt adnak, és lehetőséget, hogy meghúzódjon a fészerben, az istállóban.

4. kép Vagy nyaralók őszi-téli felügyeletét – esetleg a kert gondozásával, az utcai hősöpréssel, – bízzák meg, cserébe a fűtetlen verondán, takarók, rossz paplanok közt aludhat. Szemmel tartják őket, figyelnek rájuk; a 2004-es nagy hideg télben polgármesterek, helyi jószándékú emberek vitték autóval a Tapolca környéki falvak hajléktalanjait a városi ideiglenes fűtött hajléktalanszállásra.

Városon társasházak lakóközössége, közös képviselők engedik be a lépcső alá, a kazánházba, a pincelejáróba a hajléktalant, cserébe szintén felügyeletet, takarítást kérnek. Sokszor önálló helyiséget, esetleg tisztálkodási lehetőséget is biztosítanak. 5. kép

Szomorú, hogy ezt a formát nem egy esetben veszik igénybe otthonukból kiszorult anyák gyermekeikkel. Míg a hivatali előírások miatt nehézkes és lassú Gyámügyi hatóság megoldást talál a csonka család együttes elhelyezésére, a hajléktalanellátók sokkal rugalmasabb és egyszerűbb eljárással napok-órák alatt biztos helyet találnak a rászorulóknak valamelyik anyaotthonukban. Őket a legkönnyebb visszahelyezni a társadalomba, megtalálni a megfelelő ellátási formát számukra.

Még magasabb szint a valamilyen együttes formában élő hajléktalanok csoportja. Talán a közösséget is megkockáztathatom: különböző fokozatokon ételt-italt megosztanak egymással, ha találnak ruhát, beadják a „közösbe”, megvédik a „körletüket” az illetéktelen behatolóktól: csellengő garázda elemektől, telepüket nem jó szemmel néző „jóemberektől”, ha szükséges segítséget hívnak a társukhoz: szociális munkást, mentőt. A rend, a tisztség nem igazán jellemző ezekre a kolóniákra. Ilyen hajléktalan-kolóniákat találhatunk a hidegkúti barlanglakásokban, a csepeli bádogtelepen, a Római-parti kunyhókban. 6. kép

Bár ők is a társadalmon kívül helyezték magukat, sőt lakótelepeikkel látványosan elhatárolódnak a társadalom szokásaitól, elvárásaitól, mégis valamiféle kapcsolatot tartanak a szociális mentőben rendszeresen arra cirkáló, élelmet, takarót, gyógyszereket vivő szociális munkásokkal. Sokuk alkalmi munkával fél-legális jövedelmet is szerez – persze a bejelentett munkahely szociális juttatásai (táppénz, szociális segélyek, nyugdíj) nélkül.

A hajléktalanok nagy gyűjtőhelyei a hajléktalanszállók a nagyvárosokban. Szapulják, lenézik, de évente több tízezen igénybe veszik. Vannak 10-20 személyes és 150 fős szállások, önkormányzatok, alapítványok, egyházak fenntartásában. Lehet folyamatosan lakni ezeken a szállásokon vagy csak átmenetileg, a hideg téli krízisidőszakban. A nagy hajléktalanszállókonyha, ruharaktár, egészségügyi szolgálat is működik. Tisztálkodási, mosási lehetőség mindegyikben adott. 7. kép

A legkevésbé teljes ellátást a kisvárosban élő hajléktalanok kapják. Az önkormányzatoknak itt többnyire csak nappali melegedők fenntartására van anyagi lehetőségük, mindenféle háttérintézmény csatolása nélkül. Alapítványok nem alakítanak itt ki állandó szállókat a magas infrastrukturális költségek, az alacsony és bizonytalan létszám miatt. Éjszakára a vasúti várók és a buszpályaudvarok utasterei fogadták be a hajléktalanokat. A szemétre, rendtelenségre, rongálásra hivatkozva ezeket e legtöbb helyen az utolsó éjszakai és első hajnali jármű indulása között bezárják. Marad a kisvárosi hajléktalanok számára a vasúti kocsik, a piaci ponyvák védelme az időjárás viszontagságaival szemben. 8. kép

A legmagasabb szint a hajléktalan fizetőszállók, amit a törvény már nem is tekint hajléktalan állapotnak. Lényegében a szocialista korszak munkásszállóinak megfelelő intézmények, ahol nagyon szolid árak és költségek (a 15–20 000,- Ft-os havi díj tartalmazza a lakhatás költsége mellett a víz, villany, fűtés díját is,) mellett

2-4 ágyas, zárható szobákban összkomfortos környezetben élhetnek a bentlakók – korlátozott ideig. 1 – 1,5 – 2 év után el kell hagyniuk a szállót. Többnyire egy másik hasonló szállóra mennek a következő egy-két évben, ahonnan ismét távoznuk kell. Ha nem tudnak időben ágyat szerezni egy másik fizetőszállón, vagy túl sok a jelentkező, akkor marad ismét az utca vagy az ingyenes hajléktalanszállás. Akkor ők mennyiben nem hajléktalanok? Van esélyük az állandó, átlagos szintű lakhatásra, ha minden kötelezettségüket teljesítik is?

Próbálkozások történtek a reszocializációra: olcsó költségű szociális lakásba helyezték ki a munkát vállaló és állandó jövedelemmel rendelkező hajléktalanokat, 2-4-en együtt próbáltak bérlakásban ismét egy átlagember életét élni – sikertelenül. Az állandó felügyelet, ha tetszik ellenőrzés, ha szebben fogalmazunk, segítség a napi teendőben, a pszichés-mentális támogatás nélkül a „kihelyezett” hajléktalanok ismét visszaestek a régi hibákba: a költségeket nem fizették, a lakás állagára nem vigyáztak, problémáikat alkoholba fojtották. Az alapvető hiány, ami nagy részben oka hajléktalan élethelyzetüknek: a rossz kommunikáció, az elégtelen konfliktuskezelés, az együttélés szabályainak kisebb-nagyobb áthágása megmaradt. Hiszen ezért is hajléktalanok! Ezek az emberek, mint a társadalmilag éretlen kamaszok, sok mindent tudnak, sok mindenre alkalmasak, de önálló életvitelre képtelenek. Ezért is buktak el olyan élethelyzetekben, amikből sokan mások kiverekedtek magukat, és ezért is képtelenek önállóan kilábalni belőle. De a társadalmilag biztosított háttér mellett sem tudnak támogatás, állandó segítség nélkül megélni. Ezt garantálja az USA-ban, sok nyugat-európai államban a 4–5 (volt) hajléktalan mellé beosztott állandó szociális munkás, aki figyel, segít, irányítja, ha kell, számon kéri mindennapi teendőiket.1. Ez hiányzik még a hazai hajléktalanellátásból, ezért is olyan sok a visszaesés, az újrakezdés kényszere.

A KSH 2015-ös felmérése szerint tehát 100 000 főre tehető a hajléktalanok száma Magyarországon. A regisztrált hajléktalanoké. Azoké, akik valamilyen hivatalos hajléktalanellátást igénybe vettek: ingyen ételt, ruhát, szállást, egészségügyi ellátást.

Akik nem, azok nem szerepelnek a listában. Ők a létszám fölöttiek: a falun lakók, a kisvárosban utcán koldulók, a nagyvárosi lépcsőházakban, barlangokban, bádoglepeken, köztereken élők. 9. kép

Sok szociológus ebbe a statisztikai csoportba számítja azokat is, akik „hajléktalan életmódot folytatnak”: akiknek már kikapcsolták a fűtést, a világítást, a melegvíz-szolgáltatást, akiknek még van fedél a fejük fölött, de lakbér-közös költség-tartozásuk miatt a kilakoltatás már csak egy utolsó pecsét kérdése. Akik gyerekének már nem jut zokni a kopott téli kiscsizma alá, és akik igazolást kapnak jószándékú gyermekorvosuktól, hogy az iskolai kiránduláson gyermekük betegség miatt nem tudott részt venni... 10. kép

Az Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer (TeIR) nemrég publikált statisztikái szerint már vannak egészében nyomorfalvak Magyarországon! Települések, ahol gyakorlatilag csak „vegetálnak”. [2.]

A „nyomorfalvakban” hozzávetőlegesen két és félszer kisebb az egy lakosra jutó összes nettó jövedelem, mint a leggazdagabb járásokban. Ez a gyakorlatban olyan extrémításokat idéz elő, hogy akadnak olyan családok, amelyeknél gyakorta előfordul, hogy a döggútból (verem elhullott állatok tetemének) szerzik be az ebédre, vacsorára valót, hogy ha meleget akarnak, az istállóban a csontsovány tehén mellé fekszenek. A legszegényebb településeken az egy lakosra eső éves nettó jövedelem: 497 183 Ft/év/fő. Összehasonlításul: a KSH adatai szerint 2017-ben 300 ezer forint felett volt a havi bruttó átlagfizetés Magyarországon. 1. ábra

Ezek a települések csak hírből ismerik a védőnőt, a házi orvos legfeljebb hetente néhány órára jön ki, gyerekorvos soha. 11. kép

Míndezeneket egybevéve a hajléktalanok száma óvatos becslések szerint is közelíti a 200 ezret. Az ország lakosságának 2 %-a.

... és akkor számoljunk csak tovább! A KSH 2015-ös adatai szerint Magyarországon 4 millióan a szegénységi szinten, vagy az alatt, ebből 400 000 gyerekkorú. És ami a legszomorúbb, naponta 30 000 gyerek mennyiségileg éheznek.

Ki tekinthető szegénynek?

Az ENSZ gyermekjóléti szervezete, az UNICEF kritériumrendszere szerint a következő dolgokra van szükség, hogy egy gyereket ne tekintsünk nélkülözőnek: napi háromszori étkezés – ebből legalább egyszer hús, húskészítmény, hal (vagy ennek megfelelő vegetáriánus étel) fogyasztása; naponta friss zöldség és gyümölcs; életkornak megfelelő könyv (nem számítva az iskolai tankönyveket); kültéri játékok (kerékpár, roller, stb.); rendszeres szabadidős tevékenységben való részvétel (úszás, hangszeres zene, ifjúsági programok); beltéri játékok (gyerekenként legalább egy, pl. készségfejlesztő babajátékok, építőkockák, társasjátékok, számítógépes játékok); fizetős iskolai kirándulásokon és programokon való részvétel; megfelelő hely a tanulásra, házi feladat elkészítésére; internet-hozzáférés; új (nem használt) ruha; legalább két pár megfelelő cipő; baráti kör meghívása alkalmanként közös játékokra és étkezésre; különleges események megünneplése (születésnap, névnap, vallási ünnepek).

Hány gyereket tekinthetünk ez alapján szegénynek? A szegénység összes mentális és fizikális negatív következményeivel.

Nézzük, milyen következményei vannak a mélyszegénységnek, a nyomornak, mely alapvetően jellemző a hajléktalanok túlnyomó többségére, az egészségügyi ellátás területén, milyen hatása van a benne élők egészségi állapotára?

Az 1960-as évek végén egy kutatócsoport táplálékkiegészítőt osztott szét Guatemala elhagyatott vidékein élő gyerekek körében. Azt a feltevést tesztelték ugyanis, hogy az élet első éveiben biztosított megfelelő mennyiségű fehérje segít a testi-szellemi elmaradás megelőzésében. [3.]

Azok a gyerekek, akik részesültek a kiegészítőben, 1–2 centiméterrel magasabbra nőttek, mint a kontroll csoport tagjai, serdülőkorukban magasabb olvasási készségeket mutattak és jobb pontszámot értek el tudásteszteken, mint a többiek.

40 év múlva a kutatók azt találták, hogy azok a nők, akik első három életévükben plusz táplálékkiegészítőt kaphattak, magasabban iskolázottak voltak – a férfiak körében mindez pedig magasabb fizetésben nyilvánult meg.

Az eredmények rávezették az olyan pénzügyi intézményeket, mint például a Világbank arra, hogy a korai táplálkozási beavatkozásokra, mint az emberi egészségbe történő hosszútávú befektetésekre tekintsenek.

Egy bangladeshi kutatás azt vizsgálta, hogyan hagynak nyomot az alultápláltság, a rossz higiénés körülmények és más kihívások a fejlődés során.

Shahria Hafiz Kakon vezetésével bangladeshi kutatók egy dhakai kórházban MRI-ket végeztek. A román árvákhoz és a szegénységben felnövekvő gyerekekhez hasonlóan ezek a fejlődésükben visszamaradt babák kisebb szürkeállománnyal rendelkeznek, mint a 20 megfelelő ütemben fejlődő gyerek a kontrollcsoportban. A kevesebb szürkeállomány a vizsgálatok alapján kapcsolatban van a hat hónapos korban mért rosszabb nyelvi és vizuális emlékezeti teljesítménnyel. [4.]

Az rámutathat a higiénés körülmények javításának és a gyomor-bélrendszeri fertőzések megelőzésének fontosságára. Vagy pedig az anyai depresszióról is kiderülhet, hogy erősen összefügg az agyfejlődéssel: ebben az esetben az anyák megsegítése éppen olyan elengedhetetlen lehet, mint arról megbizonyosodni, hogy csecsemőik megfelelően tápláltak.

A felmérések alapján egyértelművé vált, hogy ha egy gyerek élete korai szakaszában alacsony, az jelezheti a rossz táplálkozást és a gyakori hasmenéses betegségeket — így pedig előre jelezheti az intellektuális deficiteket és mortalitást is. A fejlődési elmaradás ma a világon nagyjából 160 millió gyereket érint.

A WHO célkitűzésként fogalmazta meg, hogy az öt év alatti gyerekek körében előforduló fejlődési elmaradást 40 százalékkal kívánja csökkenteni 2025-ig. 12. kép

A szegénység a felnőtt társadalomban is óriási egészségügyi károkat okoz: továbbra is százak, ezrek életét követeli évről évre Magyarországon. Idősek fagynak meg saját fűtetlen otthonaikban, családok vannak, ahol dönteni kell, megveszik-e a szükséges gyógyszereket egyre romló, és egyre több szövődményt okozó krónikus betegségeikre vagy kifizetik a közüzemi díjakat vagy pedig megfelelő ételt adnak a gyermekeknek.

Budapesten minden évben családostul mennek az emberek a Blaha Lujza térre a karácsonyi meleg ételért. 13. kép

A KSH által rendezett „Védelem, aktivitás, képessé tevés” konferencián hangzott el 2017. tavaszán, hogy a szegénység, az iskolázottság hiánya, a lakóhely tömegközlekedési helyzete már az egészségügyi ellátáshoz való hozzájárulás terén jelentős hátrányt mutat a magyar lakosság körében. 5. Jól mutatja ezt, hogy míg a legalacsonyabb jövedelműek között 8,1 ill. 6,7 % volt a kielégítetlen orvosi-fogorvosi ellátás aránya, addig a legmagasabb jövedelműek körében ez mindössze 3,9 ill. 1,0 % volt. Ugyanezt jelzi, hogy míg a házi orvosi/házi gyermekorvosi szolgálatot helyben igénybe venni nem tudók aránya Közép-Magyarországon 0–0,1 %, Észak-Magyarországon 23,6–50,6 % között van.

Emellett az alultápláltság, a környezeti infrastruktúra hiányosságai (ivóvíz, szennyvízelvezetés, villanyvilágítás, fűtés,) a káros környezeti hatások (hőmérséklet, szemet, szennyeződések,) már kifejezetten egészségkárosító hatásúak. [6.] 14. kép.

Így a legszegényebb néprétegek születéskor várható élettartama szignifikánsan alacsonyabb az átlagnál, és még inkább a gazdag, magasán képzett néprétegekhez viszonyítva. Ugyanígy sokkal alacsonyabb az egészségben eltöltött életek aránya, és jóval magasabb az átlagnál a valamilyen korlátozottságban szenvedők aránya. Mindezek egyik közvetlen oka lehet, hogy a legszegényebb népcsoportok a gyógyszerek átlag 25,5 %-át nem tudják/akarják kiváltani. A legmagasabb vagyoni osztályban ez az arány 3,3 %. Hogy ez mégsem teljesen az akarat hiánya, vagy hanyagság, jelzi, hogy a legszegényebb háztartásokban az összjövedelem 4,9 %-át, a leggazdagabbakban 5,1 %-át fordítják egészségügyi kiadásokra. Csakhogy míg ez a 4,9 % átlagosan 16 882,- Ft-ot jelent évente, a leggazdagabbakban 85 652,- Ft-ot.

Orosz Éva nemzetközi viszonylatban elemzi az egészség-egyenlőtlenségeket a TÁRKI számára 2016-ban készített jelentésében. [7.] 2. ábra .

Továbbra is a magyar népesség egészségi állapota az egyik legrosszabb az EU-országok között. A helyzet súlyosságát mutatja, hogy az egészségi állapot számos alapvető mutatójában – a férfiak esetében mind a születéskor, mind a 40 éves korban várható élettartam esetében – nemcsak a három legjobb helyzetű országhoz és az EU15 átlagához képest nagyobb még mindig a lemaradásunk, hanem a többi visegrádi ország hoz képest is.

Magyarország relatív helyzete különösen rossz az (egészségügyi-életmódbeli ajánlások betartása esetén) elkerülhető halálozás esetében: míg 2013-ban az összes halálokot tekintve a magyar (standardizált) halálozási ráta 1,5-szerese volt az EU14-országok halálozási rátájának, addig a megelőzhető halálozás rátája 2,1-szerese.

A sok közül még egy fontos mutató a teljes és egészségben várható élettartam 65 éves korban.

Nem csak a sokat hangoztatott idősekre fordított egészségügyi kiadások miatt; sok más dolog is fontos az egyén és a társadalom számára egyaránt. A jobb átlagos egészségi állapot várhatóan növelné az idősebb munkavállalók munkaerő-kínálatát. Az időskorúak jelentős fogyasztói keresletet is jelenthetnek. A rossz egészségi állapotból fakadó ápolási szükségletük ezzel szemben elvonhatja munkaképes korú családtagjaikat a munkaerőpiacról. Ennek felismerése vezetett ahhoz, hogy az egészséges idősödés az EU-ban és számos tagországában kiemelt társadalompolitikai céllá vált. A helyzetkép jellemzésére használt egyik lehetséges megközelítés a 65 éves korban várható élettartamnak és a 65 éves korban várható egészséges élettartamnak az összehasonlítása 3. ábra.

Az abszolút és relatív rosszabbodás okaként nagymértékben jelen van a szegénység, iskolázatlanság, a lakóhely földrajzi helyzete.

A különböző életkorokban várható élettartam iskolai végzettség szerinti, Magyarországon és a V3-országokban tapasztalható egyenlőtlenségeket illetően nemzetközi összehasonlításban feltűnő a volt szocialista országok képzetlen férfi populációjának egészségi állapotbeli lemaradása a mediterrán, illetve skandináv országok hasonló helyzetű társadalmi csoportjaihoz képest. 4. ábra

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés két fő általános aspektusa a kielégítetlen szükséglet és az igénybevétel során jelentkező egyenlőtlenségek.

Az első tényezőt azzal a felmérésekből származó mutatóval jellemezhetjük, hogy a népesség különböző csoportjaiban mekkora azoknak az aránya, akik valamilyen ok miatt nem jutnak ellátáshoz, pedig igénybe szeretnék azt venni. 5. ábra

Ebben számos tényező szerepet játszhat. Az egyik a háziorvosi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlensége. A tartósan betöltetlen háziorvosi körzetek száma Magyarországon 2016 júniusában 258 volt (Országos Alapellátási Intézet 2016) [8.] 2,5-ször annyi, mint 2001-ben, [9.]. és a gazdaságilag elmaradottabb megyékben volt abszolút értékben és lakosságszámra vetítve is a legmagasabb a számuk.

Miközben számos adat a magyar egészségügy általános állapotának romlását (pl. várólisták növekedését) mutatja, a társadalom jobb anyagi helyzetben lévő rétegeinek javult az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférése. Csakhogy nem az állami, hanem a magánorvosi ellátás keretében.

A másik aspektust az jelenti, hogy akik hozzájutnak az ellátáshoz, azok körében mekkora egyenlőtlenségek mutatkoznak az igénybevétel során különböző szempontok szerint: az anyagi terhekben, a várakozásban, továbbá az ellátás minőségében (azaz, hogy az állapotuk által indokolt adekvát ellátáshoz jutnak-e hozzá vagy sem). [10.–11.]

Utóbbi tekintetben kiemelt jelentőséggel bír egyrészt, hogy mekkora közvetlen, magánellátásra fizetendő anyagi terhet jelent az egészségügyi ellátáshoz való

hozzáféres. 2013-ban a magyar lakosság végső fogyasztásának 4%-át tették ki a közvetlen egészségügyi kiadások, míg az OECD átlaga 2,8% volt.

Az egészség-egyenlőtlenségekre közvetlenül ható kockázati tényezők vizsgálatakor csak az életmódbeli tényezőket, illetve a közvetlen, fizikai környezet jellemzőit vették figyelembe. Közvetlenül valóban nagy szerepük van ezeknek a faktoroknak a leggyakoribb, nem fertőző betegségek kialakulásában. A legtöbb kockázati tényező kialakulásában fontos szerepet játszik a társadalmi státusz is: az alacsonyabb státuszúak különböző, a társadalomban elfoglalt helyükkel összefüggő okok miatt nagyobb eséllyel válnak például dohányossá, túlsúlyossá vagy elhízottá, illetve élnek az egészségre káros környezetben. 15. kép

Vannak azonban olyan felmérések is, melyek alapvető szerepet tulajdonítanak a pszichoszociális tényezőknek, elsősorban a megélt stressz mértékének [12.–13.]. A stressz mértéke szorosan összefügg egyrészt szintén az egyén társadalmi státuszával, másrészt a társadalom kulturális jellegzetességeivel, elsősorban a társadalmi kohézió szintjével.

Tehát az eddigiekben bemutatott, nemzetközi összehasonlításban rossz egészségi állapot a társadalmi státusz által megalapozott rizikófaktorok magas koncentrációja alakítja ki. A dohányosok aránya a harmadik, az elhízottaké a második legmagasabb Magyarországon a vizsgált országok közül, és hazánkban a harmadik legmagasabb a rossz minőségű lakásban élők aránya is. A lakástalanokról nem készült összehasonlítás. 16. kép

Az egészség-egyenlőtlenségek nem csupán a legszegényebbek, a legkevésbé iskolázottak problémáját jelenti, azaz nemcsak a szakirodalomban „health gap”-nek, egészségszakadéknak nevezett jelenséget foglalja magában: a társadalmi létra mentén lefelé haladva fokozatosan rosszabbak az életkilátásai az alacsonyabb státuszú csoportoknak –, amit a szakirodalom „health-gradient”-nek, egészséglejtőnek nevez [14.]. Magyarországon kétségtelenül nagyon nagy szerepe van az egészség-egyenlőtlenségek alakulásában ezeknek a társadalmi okoknak; hogy hosszú idő óta nagyon magas a képzetlen, jellemzően tartósan munkanélküli, súlyos anyagi deprivációban élő népesség aránya. 2012-ben a társadalmi státusz alapján képzett öt osztály (elit, értelmiségi, szellemi, szakmunkás, szakképzetlen) közül Magyarország lakosságának közel a 37%-a a legalsó osztályba tartozott, ami 16 százalékponttal magasabb az EU15-országok és több mint 11 százalékponttal magasabb Lengyelország, Csehország és Szlovákia átlagánál [15.].

A hajléktalanok mindenképp ebbe az anyagilag, mentálisan és fizikálisan súlyosan deprimált csoportba tartoznak.

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2017. januárjában kiadott Egészségfelmérés 2016. című kiadványa is hasonló eredményekre jutott Magyarországon [16]: az egészségmagatartáshoz köthető kockázatok, mint a dohányzás, az alkoholfogyasztás, vagy a túlsúly és elhízás lakosságán belüli aránya

az iskolai végzettség emelkedésével csökken. Az alacsony iskolázottság pedig, mint sok felmérésből tudjuk, jellemzően a rosszabb anyagi helyzetben élőkre, így a hajléktalanokra is jellemző. Ezzel ellentétben az egészségre pozitív hatású magatartások, mint a napi rendszerességű zöldség-, gyümölcsfogyasztás, vagy a WHO ajánlásnak megfelelő fizikai aktivitás aránya az iskolai végzettség emelkedésével nő.

Miközben azonban a többi visegrádi országban a közepes jövedelműeket kivéve valamennyi jövedelmi ötédben javult a hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz [17.], Magyarországon a népesség magasabb jövedelmű 60%-ának ugyan javult, az alsó 40%-nak azonban romlott, a legszegényebb 20%-nak pedig jelentősen, közel 30%-kal romlott a hozzáférése, vagyis a teljes népességre vetített javulás a hozzáférés egyenlőtlenségeinek elmélyülése mellett történt meg [18.]. 6. ábra

Megdöbbenő adat, hogy 2015-ben Magyarországon a helytelen egészségmagatartás miatt az összes elvesztett egészséges életév (ELÉV) 3 305 185 év volt!

A kockázati tényezőkkel magyarázható egészségvesztés túlnyomó többsége (79%) összefügg az egészségtudatos magatartással. Az ajánlott egészségmegőrző életmód nem a hajléktalanokra, mélyszegénységben élőkre jellemző.

A jelentés szerint az étrendi kockázatok voltak felelősek a felnőtt lakosság egészségvesztésének 16%-áért, mely a kockázati csoportok közötti legnagyobb. Az étrendi kockázatok közül a teljes kiőrlésű gabonafélék elégtelen fogyasztása, a magas sóbevitel, a kevés zöldség- és gyümölcsfogyasztás, valamint az olajos magvak elégtelen bevitele okozta a legnagyobb veszteségeket. Tessék belegondolni, a kukázó, kéregető éhező hajléktalanok hogyan tudják alkalmazni, betartani ezeket a józan szabályokat? De nem jobb a hajléktalanszállókon adomány-élelmiszerekből messze a szükségesnél többet fogyasztó sorstársaik helyzete sem. Az ingyen élelmiszerből kétszer vacsorázó, a főlősleget sokszor már a szállón vagy az utcán szétszóró, főként szénhidrátokat és különleges, de nem étlettanilag értékes ételeket fogyasztó szállólakók, – bár sokszor már túlsúlyosak szemben az alultáplált közterületen élőkkel, – minőségileg ugyanúgy éheznek, sokszor a hiánybetegségek jeleit mutatva.

A dohányzás a második legnagyobb viselkedési egészségkockázat a magyar lakosság egészségvesztésének 14%-át okozta. A dohányzás főként a daganatos megbetegedések és a keringési rendszer betegségein keresztül fejtette ki káros hatását.

A jelentés nem emeli ki az alkohol okozta egészségkárosodást, de bármelyik hajléktalanszállón be lehet mutatni egy helyszínen a rendszeres alkoholizálás összes szövődményét a szájüregi rákaktól a Wernicke-Mann szindrómáig. [19.]

Azt pedig szintén felmérések sokasága bizonyítja, hogy milyen jelentős a dohányzás és az alkoholfogyasztás a hajléktalanok között. 17. kép

A halandóság földrajzi egyenlőtlensége összességében mérsékeltnek mondható Magyarországon, de járási szinten a halálozás többszöröse a legkisebb értéket mutató járásokénak. A csecsemőhalandóságban tapasztalható a legnagyobb egyenlőtlenség, ahol a járásonként számított legmagasabb és a legkisebb halálozás különbsége megközelíti a 12-szerest. A jelentés ki meri mondani, hogy a egészségkockázatok egyenlőtlen társadalmi megoszlása a magyar lakosság egészségében megnyilvánuló igazságtalanság sérülését jelzi.

Jellemző a hajléktalanok helyzetére, hogy az egyik hajléktalancsoportra, akik az egyik parkos téren foszlott paplanokba, hálószakokba burkolózva mozdulatlanul feküdtek a bokrok tövében a hideg téleleji alkonyatban mentőt hívtak a jószándékú járőreik. A szendergésükből felvert emberek egyike azt mondta a sokat tapasztalt, mégis meglepett szakápolónak: Mi nem haldoklunk, mi így élünk! 18. kép

Milyen ellátást kaphatnak a társadalom, szolgáltatások, kommunális infrastruktúrák határára élő hajléktalanok?

Súlyos előítéletek várják a kopott, koszos, rendezetlen öltözötű embereket. Azonnal rásütik, hogy hajléktalan, ami jelenleg egyértelműen pejoratív jelző, sőt szitokszó, független a valós lakás- és pénzügyi helyzetétől. Még ennél is rosszabb a szubjektív megítélés, amikor hajléktalan „emlélmák” alapján ítélnék meg valakit: egy jól öltözött, borotvált, átlagos külsejű férfit azért vertek meg a Teleki térenél, mert nylon zacskóban vitte a holmiját, tehát biztosan „mocskos élőködő hajléktalan”. 19. kép

A társadalmi elutasítás hivatali szinten is jelentős. „Közterület” laccímmel rendelkező álláskeresőt a multicégek árufeltöltő, mosogató állásai esetén is elutasítják, „betöltve”, „más dolgozóban gondolkodunk” szlogenekkel.

Nem jobb a helyzet az egészségügyben sem. Gyakran előfordul, hogy bántóan, lekezelően, elutasítóan bánnak az elhanyagolt küllemű, alkoholos állapotban érkező beteggel.

Leírni is szörnyű, hogy krónikus osztályra, ápolási részlegre való hajléktalan beteget elküldenek az akut osztályról azzal a zárójelentésbe biggyesztett mondattal, hogy „Otthonában további gondos ápolás javasolt”. Vagy, hogy a térdkalácstörést szenvedett beteget combközépig érő, még nedves gipszével teszik utcára, mondván, nem hívnak mentőt, a hajléktalanszálló csak két sarokra van. Az sem elfogadható, hogy az akut osztályon már ellátást nem igénylő beteget helybiztosítás nélkül egy hajléktalankórházba küldik, a betegszállító pedig kirakja valamelyik köztéren; vagy a rákos betegsége IV. stádiumában lévő csontsovány beteget éjszaka a hajléktalanszálló bejáratánál a fálnak támasztja.

Idáig egyetlen társadalomnak, egyetlen magát embernek valló polgárnak sem szabadna eljutni.

Bár a túlterhelt, fáradt ellátóknak valóban többletterhelést jelent egy földdel, ürülékkel szennyezett, esetleg tetves, rühös beteg kimosdatása, a mi elsődleges feladatunk a gyógyítás, és semmiféle értékítéletre nem jogosult az ellátás bármely fokán tevékenykedő egészségügyi dolgozó.

A kórházakban kötelezően lennie kell tisztasági fürdőnek, szociális munkásnak, mindig van otthagytott ruhanemű, így a nem éppen társaságképes embert ki lehet mosdatni, el lehet látni, és akut kórházi kezelése után „legálisan” el lehet helyezni valamelyik hajléktalanellátó ápolási osztályán.

A szakrendelőkből, háziorvosi rendelőkben nehezebb a helyzet, de a Vöröskereszttől igényelhető használt ruha, az elkülönítő helyiség pedig kötelező tartozéka mindkét rendelőtípusnak.

Mivel a hajléktalan szociális, a mélyszegény gazdasági okokból kizárja magát a társadalmi-szociális kapcsolatokról, állandó ismerethiánya miatt nem is tudja, milyen egészségügyi ellátási lehetőségei vannak. Ha nagy vargabetűkkel, (töbnyire mentővel, sürgős ellátás során,) mégis bekerül az egészségügyi ellátórendszerbe, a további folyamatos ellátást nem tudja igénybe venni a távolság, az előjegyzés miatt. [20.] Gondoljunk csak bele, egy tanyavilágban élő, napi élelmezéséért küzdő beteg hogyan jut el az akár csak 5–10 km-re levő szakellátóhelyre, de akár a néhány kilométerre lévő háziorvosi rendelőig is? Hogyan tenné meg ezt az utat kétszer, egyszer előjegyeztetni magát, aztán meg az ellátásra? Internetről, de akár telefonról – ne is ábrándozunk! Legfeljebb dísznek, feltöltés nélkül. A TB ugyan finanszírozza a lakóhelytől távol eső ellátóhelyig az utazást – de utólag. Ezzel a kör be is zárult. [21.]

Mi jellemző a hátrányos helyzetű populáció morbiditására?

Nagyobb az átlagnépességben ritka esetek előfordulása: pl. a külső légterben tartózkodók a) fagyás, b) napégés okozta sérülése. 20. a-b kép

Az ellátás elmaradása miatt súlyosabb, szövődményes állapotban kerülnek ellátásra. Az alkohol, a kezeletlen cukorbetegség, az atherosclerosis következtében kialakuló kisér- és idegszálgyulladások miatt az átlagnál sokkal gyakoribb a végtag-amputációk száma. 21. kép

Gyakorik az elhanyagolt esetek. A kifehélyesedett lábszársébkben néha napokig rajta marad a szövetnedvvel, gennyel átitatott kötés, ami a legjobb táptalaj az élősködőknek. A beteg akkor jön vissza az egészségügyi ellátóhelyre, amikor már nagyon viszket a kötés alatt a lába. Nem ritkán találkozunk kifejtett nyúvekkal a kötés alatt. 22. kép

Alapjában jellemző, hogy ezek a betegek csak parancsoló szükség esetén fordulnak orvoshoz: fájdalom, fejfájást okozó láz, viszketés, fulladásos rohamokat

okozó köhögés esetén. Folyamatos gondozásra nem tudnak/akarnak járni, ezért gyakori a visszaesés, nem kis frusztrációt okozva az ellátóknak.

A szegénység fertőz!!!!

A KSH statisztikai adatai bizonyítják, hogy legrosszabb gazdasági helyzetben élők közt gyakoribb a nemi betegségek előfordulása, [22.] az élősöködők megtelepedése, gyorsabban terjednek a fertőző betegségek.

A szegénység – az alultápláltság, a fűtetlen lakások, a rossz higiénés viszonyok, egyik legsúlyosabb következménye a TBC-s fertőzések lassú, de folyamatos emelkedése. [23.]

Az országos incidencia-átlag tuberkulózis esetében 14–15 tízezrelék, de már az ország belül is óriási eltérések vannak. Míg pl. Veszprém megyében tízezer lakosra öt új megbetegedés jutott, addig Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében [24.] 8. ábra

Az Oltalom Karitatív Egyesület Kórház-Rendelőjében 2014-ben ellátott 2624 betegből 29 új-visszaeső beteget emeltek ki! Egy nagyságrenddel nagyobb adat!

És akkor még nem beszéltünk a nem regisztrált hajléktalanokról, akiknél nem kötelező a félévenkénti tüdőszűrő vizsgálat a hajléktalanszállóra jutáshoz, így csak egyéb betegségeik miatti kórházi ápolás során derülhet ki TBC-s fertőzésük. Micsoda veszély ez önmagukra, a környezetükre!

Gondoljunk csak a hatos villamoson „több körben” szunyókáló hajléktalanra, aki sokszor vizelettel, ürülékkel átitatott nadrágjában ül, szemétként guberáló kezével kapaszkodik, hajában, bőrén élősöködők. 23. a, b kép

Sokszor üresen hagyják a helyét, ha leszáll, de a következő megállóban felszálló utas már nem tudja, hova ül le, milyen kapaszkodót fog meg.

Ideiglenes lakóhelyükön – utcán, parkokban, bádogtelepeken, - a szerves anyagokat is tartalmazó szemét szintén óriási fertőzésveszély mindenki számára [23.] 24. kép

A hátrányos helyzetűek egészségügyi ellátásának visszaságai komoly problémát jelentenek nemcsak nekik maguknak, de az egész társadalomnak is.

Gyógyításuk nagyon rossz költséghatékonysággal történik: az elhanyagoltság, sokszor indolencia miatt szövődményes eseteket gyógyítunk, súlyos állapotban kerül hozzánk a beteg, gyakran ugyanazzal a betegséggel, visszaesőként – sokkal drágább eljárásokat, több, bonyolultabb vizsgálatokat igényelve.

Nem jelentkeznek be háziorvosi praxisba, ezért ha problémájuk akad, vagy indokolatlanul mentőt hívnak, vagy az amúgy is túlterhelt ügyeleti ellátást veszik igénybe.

Sokszor jutnak jogtalan előnyökhöz: várakozás, előjegyzés nélkül kerülnek teljeskörű kivizsgálásra, mert a szomszéd, egy utcai járőrelő, de sokszor a járőröző rendőr „mentőt hív rájuk”, és a legközelebbi Sürgősségi betegellátó osztályra viteti. Mivel orvosi dokumentumaik többnyire nincsenek, szerteágazó kivizsgálást MTT Tudománytörténeti Kötetek II.

végeznek a gyakran eszméletlen, ittas, vagy csak az együttműködésre nem hajlandó betegnél.

Mivel az ellátás területi elven működik, a fővárosban élő hajléktalanok, mélyszegények gyakran banális esetekben is országos intézménybe kerülnek, ahol foglalják a helyet, veszik el az időt a valóban különleges, egyedi ellátást igénylő betegek előtt.

És akkor még nem is beszéltünk a több különböző ellátóhelyen főlegesen ismételt vizsgálatokról – mivel dokumentumait a vizsgálatok után sokszor el sem viszi, nemhogy megőrizné. Míg egy átlagos beteg jó esetben 2–3 hónapot vár előjegyzéssel egy CT vizsgálatra, egy hajléktalan betegnek egy hónap alatt 2–3 CT vizsgálata is lehet a sürgősségi ellátás miatt. Sokat segít ezen az oly régóta sürgetett EESzT, központi, egységes számítógépes információs rendszer.

A mentőhívással óriási önjáró folyamat indul el: rákényszerítve a mentőt a szállításra – nem hagyhatja közterületen a „beteget”, – az utólagos takarításra, esetleg fertőtlenítésre, élőködőirtásra, kivonva ezzel hosszú órákra a valós mentési folyamatokból. 25. kép

De ugyanígy rákényszeríti a kórházak Sürgősségi betegellátó osztályait a többnyire ittas, szennyezett, krónikus betegségektől szenvedő beteg szükségtelen akut, gyakran ismétlődő kivizsgálására. Ismétlődnek a hozzáadott tisztasági, élőködőirtási feladatok, az esetek többségében újfent lassítva-akadályozva a valóban akut ellátást igénylők gyógyítását.

Nyilvánvaló, hogy a speciális körülmények között élőknek speciális ellátási igényeik vannak.

Ezek célja a hátrányok kompenzálása, az esélyegyenlőség biztosítása az ellátáshoz, az egészséghez, a megfelelő életminőséghez való jog területén.

A hajléktalanoknak sokszor halmozott szociális ellátást kell nyújtani, hogy legálisan igénybe vehessék az egészségügyi ellátást.

Gyakran kell új személyi igazolvány, hiszen a nincstelen embernek egyetlen értéke a személyisége. Egy érvényes személyi igazolványt kiválóan lehet valótlan kft-k alapítására, a lakásmaffia üzelmeire használni, az árából pedig egy egész haveri társaság le tudja inni magát.

TAJ számot is többször kell kérni egy hajléktalannak, mert elveszti, ellopják a személyi igazolványával. Általában nem tudják a hajléktalanok, hogy baleset, életveszély, fertőzés esetén TAJ szám nélkül is ingyenes ellátás jár minden magyar állampolgárnak. Azt sem, hogy a hajléktalanellátók által kiállított érvényes hajléktalanigazolvánnyal ingyen TAJ-számot igényelhet. Igaz, ezt félevenként meg kell újítani.

Roszsabb a helyzetük a hajléktalan szinten, de nem hajléktalan státuszban élő mélyszegényeknek. A fűtetlen lakásban éhezőknek sem a járulékfizetés nélküli TAJ-

szám, sem az ingyenes ellátás nem jár a hajléktalanellátók rendelőiben. Visszás helyzet.

Szociális munkások sokasága intézi a hajléktalanoknak szükség esetén a gondnoki ellátását, segít átmeneti segílyt, fogyatékosági járadékot, rokkantnyugdíjat szerezni. Elhelyezik hajléktalanszállón, ha lehet, szociális otthonban.

Mindezt a saját lakásukban tengődőknek senki sem intézi. Mindannyian tudjuk, hogy ma egy jól kidolgozott úrlapot milyen kihívás kitölteni, még egyetemet végzett állampolgárnak is! ...

Arról már nem is beszélve, hogy az ismerethiány miatt sok szegény ember elesik a segílyektől, juttatásoktól, vagy a méltatlan hivatali bánásmód miatt nem igényli ismételten azt. Számukra is nagyon fontos lenne egy még szorosabb szociális gondozói hálózat kialakítása, hogy megelőzhető legyen az utolsó lépés megtétele a hajléktalanság, az állami gondozás felé.

Ismét óriási különbségek vannak a nagyvárosok, kisvárosok és a falvak között. Minél kisebb közösségek felé megyünk, annál jobb a személyes ismertség, az emberi kontaktus, a befogadó közösség. A hajléktalan a „páciens” státuszról átkerül az ellátandó beteg embertárs kategóriába, és TAJ-szám nélkül, kimosdatlanul is megkapja az ellátást falun.

Megint a legrosszabb helyzetben a kisvárosi hajléktalanok vannak. A nagyobb betegforgalom miatt nem jut idő a beteg társaságképes állapotba hozásáról (tisztálkodás, tiszta, rendezett ruházat, élösködő-mentesítés,) ami viszont alkalmatlanná teszi arra, hogy a többi konzolidált beteg közt ellássák. A TAJ szám hiánya intézményi veszteséget okoz, (a TB nem fizet az ellátás után,) és egy intézmény már nem engedhet meg magának veszteséget.

A nagyvárosok országos vagy helyi hajléktalanellátói saját rendszerükön belül biztosítják a hajléktalan betegek alapszintű, szakorvosi, (legtöbbször pszichiátriai, belgyógyászati, bőrgyógyászati,) kórházi (ápolási, krónikus, rehabilitációs osztályok,) ellátását. Néhány helyen van logopédus, gyógytornász, pszichológus, hogy a hajléktalan betegek teljes egészségügyi rehabilitációját segítse.

Mit lehet tenni?

Dr. Sen az egészség-egyenlőtlenségek jelentőségéről írva kifejti, hogy az egészségi állapot alakulása egy ország társadalmi-gazdasági és politikai folyamatainak komplex „eredmény indikátoraként” is értelmezhető [24.], hiszen az egészségben leélt hosszú élet önmagában vett gazdasági érték az egyének számára és a társadalom számára. Havasi az egészséghez való jogot az emberi méltóság, az emberi jogok és a demokratikus normák érvényesülésének értékeli [25.] Jelenleg az egészség-egyenlőtlenségek növekedése súlyosan veszélyezteti az ország gazdasági teljesítményét, hosszútávú társadalmi fejlődését. Ezeknek az egyenlőtlenségeknek a

csökkentése alapvető fontosságú a magyar társadalom számára . [26.] A nemzetközi szinten a 2000-es évek elejétől – hosszú „elfelejtettség” után – ismét fokozott figyelmet kaptak az egészség-egyenlőtlenségek [27.]

Az azonban, hogy mindezen materiális tényezők végül az egészségi állapotra hogyan hatnak, nagyban függ egyrészt az adott társadalom társadalompolitikai intézményrendszerétől, másrészt attól, hogy szubjektíve hogyan élik meg a társadalomban a szegény létet, vagyis milyen szintű a szolidaritás, a társadalom különböző csoportjait összefűző kohézió. Magyarországon kifejezetten nem jó szegénynek lenni: a pszichoszociális közeget a gyenge szolidaritás, az alacsony bizalmi és magas stressz-szint jellemzi a társadalmi ranglétra elegalján lévők számára, amiben a strukturális és materiális („kemény”) tényezők az egészségi állapotot nagymértékben károsító rizikófaktorokká válhatnak.

A világméretű probléma megoldására a WHO felmérések készítésével, irányelvek kialakításával, pontos célok meghatározásával segít.

Nemzetközi alapítványok, bankok, gyógyszergyárak kutatások finanszírozásával támogatják felzárkóztatást.

Az egyes országok az önálló szegénypolitika, hajléktalanellátás kialakításával, de mindenekelőtt az oktatás fejlesztésével javítanak a rászoruló helyzetén.

Egyének: Bill Gatestől a szomszéd nyugdíjas nénikéig különböző méretű adakozás, egyéni segítség formájában nyújtanak kezet a mélyre süllyedt embertársaiknak.

Magyarországon állami szinten történtek egyedi, koordinálatlan kezdeményezések:

A TÁMOP 1.1.1 pályázat pl. 2013. óta működik többször megújítva, a megváltozott munkaképességű emberek munkahelyteremtésére. A pályázati idő lefutása után azonban gátlástalanul utcára teszik a rokkant embereket, újra jelentős életszínvonal-esést okozva –és újabb pályázatot igénybe véve.

A Gyámügyi hatóság a legelhanyagoltabb gyerekek elhelyezését biztosítja – kevés lehetőséggel, hogy a családban tartsák őket.

Égészségügyi projektek sorozata szól a cigányság hypertoniás szűrővizsgálatairól, fiatalokúak szexuális életének biztonságossá tételéről, de szó sincs a projektek összehangolásáról, a fenntartás, a folytatás, továbbfejlesztés biztosításáról. Így néhány év után a programok elsorvadtak, támogatók, irányítók híján a semmibe veszttek. Csak a befejezett program kiváló záródokumentuma emlékeztet a szivárvány tündöklésének egy pillanatára [28.] Az állami kezdeményezésből „felülről” szervezett alapítványok, mint pl. a *Minden gyerek lakjon jól!* szervezete legalább olyan ellenérzéseket vált ki a józan polgárokból, de még a segítőkészekből is, mint a hajléktalanokból szerveződött *Városvédők Polgármesteri Hivatal*-foglalása. A szélbe szórt milliőkből sok embernek, településnek lehetett volna valós segítséget nyújtani.

A jól működő, Ferge Zsuzsa által vezetett *Gyerekszegénység Elleni Programirodát* a kormány 2011-ben bezáratta, deklarálva, hogy Magyarországon nincs gyerekszegénység. Némileg ellentmond ennek a Magyar Tudományos Akadémia (MTA) és a Magyar Máltai Szeretetszolgálat 2016-ban publikált közös tanulmánya, mely szerint Magyarországon 36–54 ezer gyermek éhezik mindennap, s a kutatók kétszázezerre becsülik azon kiskorúak számát, akik időszakosan nem jutnak elegendő élelemhez – utóbbiakat kríziséhezőknek nevezik [29.]

És ismét kiemelt programok foglalkoznak ugyanazzal. 2011-től a TÁMOP-5.2.1. 2016. áprilisától hasonló tartalommal az EFOP-1.4.1 néven folytatódik. Program már újra van, gyerekszegénység is.

Az Állami Jogok Biztosa több megbeszélést tartott szakértők bevonásával, hogy biztosítsa a leszakadó réprétegek egyenlő állampolgári jogait. 2013-ban országos konferenciát hívott össze Balatonföldváron ebben a témában. Összegyűjtött adatait, elemzéseit, javaslatait minden alkalommal megküldi a kormánynak, a szaktárcának, eddig látható-átható eredmény nélkül.

Míndeközben az USA-ban, Angliában és egyre több angol nyelvű országban az egyetemeken már folyik a *Street Medicine Practitioners* képzése, hogy a biztosítási rendszerből kimaradt, speciális problémákkal, kommunikációval, konfliktuskezelési technikákkal és betegségekkel küzdő honfitársaikat gyógyítsák. [30.] A megoldási lehetőségek II. szintje nálunk is a társadalmi támogatás, a civil szervezetek segítsége.

A Jogvédők – a *Város Mindenkié* szervezet tagjai maguk is a mélyszegény rétegből kerültek ki –, ezért kezdeményezéseik sokszor a valós lehetőségektől elrugaszkodottak a jelentős ismerethiány miatt. Agresszív kommunikációjuk, helytelen konfliktuskezelési módszereik pedig sok intézményben, egyénben visszatetszést váltanak ki, akikben pedig meglenne a jó szándék, segítőkészség.

Működnek viszont a hajléktalanellátó szervezetek akár civil, akár vallási alapon indított kezdeményezésként. Nagyon sok, a legkülönbözőbb felekezethez tartozó egyházi és civil szervezet próbálja élelemmel, ruhával, szállással, jó szóval, biztatással javítani a rászorulóknak életminőségét.

Sajnálatos, hogy mint annyiszor, itt is igyekeznek a kevésbé rászorulóknak igénybe venni az ingyenes szolgáltatásokat: több helyen megebédelve, a szervezetek által kibocsátott heti étlapról kinézve, hogy hol kínálnak számukra ízletesebb ételt, vagy, hogy hogyan érhetnek el egymás után két helyre, hogy a családnak is vigyenek valamit, ezzel több jut „kólára, cigire”.

Ezt már valóban nagyon nehéz kiszűrni, és sajnos sok adakozó kedvű lakost fordít el a jó céltól. Több alapítvány, szervezet segít drogos fiataloknak, alkoholistáknak, egyéb szenvedélybetegeknek kimászni a gödörből, visszailleszteni a társadalomba.

A harmadik szint az egyének támogatása. Az első reagálás legtöbbször a hárítás, ha valaki közterületen találkozok egy elhanyagolt küllemű honfitársával. Átlép rajta, kikerüli, fintorogva elfordul. Rosszabb esetben rendőrt hív, megalázó helyzetnek kitéve a közterületen tartózkodót, de legalább megszabadult a mentális higiéniáját zavaró látványtól. Kevésbé rossz esetben mentőt hív.

Nemcsak az utca emberének, a hajléktalannak is hiányzik a tájékoztatás

Kevesen tudják, hol vannak a városokban a hajléktalanszállók, melegedők, egészségügyi ellátóhelyek, tisztasági fürdők. Még azt sem, hogy Budapesten és több nagyvárosban működik az ún. „szociális mentő”: ha bejelentést kap, a nagy hajléktalanelátók autóval elmennek a hajléktalanért, és hozzák a szállóra. Persze, csak akkor, ha akar. Ha nem, takarót, élelmet, meleg ruhát, forró teát hagynak ott neki.

Az OTH Népegészségügyi Főosztályán készült 2011-ben egy tájékoztató plakát, amelyet a Városvédők segítségével aluljárókban, busz- és vonatpályaudvarokon, nagyobb köztereken helyeztünk el. Rajta a hajléktalanszállók és ellátóhelyek elérhetőségével. 9. ábra

Sokan adakoznak. Pénzt egyre kevésbé, ahogy köztudott lett, hogy a gyűjtő szervezetek az adományok 10–15, akár 30 %-át eltehetik a saját költségeikre. Sokkal szívesebben adnak ruhákat, játékokat, tartós élelmiszereket a szervezetek által kijelölt helyekre és időben. De egyre több a ruhafogas, régi fapalc az utcákon, a lakótelepektől a budai elitnegyedekig, ahol ruha, cipő, takaró, kabát található új gazdára.

De a legfontosabb, mint minden kór esetében, a megelőzés lenne

Itt is, mint a legtöbb társadalmi probléma esetén a legnagyobb feladat egyértelműen az oktatásra hárul: a beszélőképes kortól szükséges a helyes kommunikáció, konfliktuskezelés, az asszertív életmód oktatása és gyakorlása.

Meg kellene tanítani gyerekeinket a multikultúra elfogadására, a transzkultúrán keresztül az interkultúra gyakorlására. Nem ártana a sok elméleti, lexikális tudás helyett, - melyet a kor gyermekei az Interneten pillanatok alatt fellelhetnek, - a napi gazdasági ismeretekre megtanítani őket, a háztartás ésszerű vezetésére, a pénzkezelésre. Nem egy ember pénzügyi-gazdasági helyzete lehetetlenült el, mert állandó megfelelési kényszerből, siker-orientáltan, elismerés-vágytól hajszolva a mindig nagyobb autót, a szomszédnál magasabb házat, az állandó vásárlási kényszert követte, egyre nagyobb hitelekkel. A családfenntartó betegsége, tragikus esetben halála ezáltal egész családokat dönthet – döntött nincstelenségbe.

Fontos a nincsteleneket ellátók oktatása is

Az Oltalom Karitatív Egyesületnek például saját szociális munkás-képzője van főiskolai szinten, és ugyanezen a főiskolán tartanak OKJ-s képzést hajléktalanoknak is, hogy segéd-ápoló, szociális munkás-segítők legyenek. Úgy gondolom, ezek a szociális munkások nemcsak elméletben fogják tudni, hogy kiken-hogyan kell-lehet segíteniük. A tudás, munkalehetőség nyújtásával, de már azzal is, hogy ugyanarra a főiskolára járhat a hajléktalan, mint az átlag-fiatal, a legtöbbet kapják, hogy ismét a társadalom elfogadott tagjai legyenek. 26. kép

Ugyanígy az egészségügyi ellátók számára is fontos, hogy megismerkedjenek a hátrányos helyzetű népcsoportok sajátos ellátási igényeivel és lehetőségeivel.

A Semmelweis Egyetem kötelező háziorvosi továbbképzésének rendszeres anyaga a hajléktalanellátás. De már a medikusképzésben is helyet kapott a különböző hátrányos helyzetű népcsoportok ellátása a Családorvosi és a Népegészségügyi Tanszék keretén belül is. [31.–35.]

A Népegészségügyi Tanszéken működik a Hátrányos Helyzetűek Tanszéki Csoport, mely szép eredményeket ért el különösen a szexuális egyenlőtlenségek leküzdésében, ill. a cigány népesség egészségügyi felvilágosításában, egészségmegőrzésében.

Sokat tesz hátrányos helyzetű néprétegek esélyegyenlőségének biztosításában a civil szervezetek szintjén a Magyar Faluégészségügyi Tudományos Társaság felmérések, kutatások, oktatás, ismeretterjesztés területén önálló szervezésben 19–20. vagy hazai, nemzetközi programok résztvevőjeként [36–37.].

A mélyszegénység – hajléktalanság megelőzésében, korrekciójában, a reszocializációban a legnagyobb kohéziós erő a közösség ereje. Nagyságát a települések kiterjedésének csökkenésével egyre közvetlenebbül, egyre erőteljesebben lehet tapasztalni.

A valós – végleges megoldás, a leszakadó néprétegek egészségi-egészségügyi konszolidációja csak széles társadalmi összefogással, az egészségügyi, szociális és családügyi szféra, a civil társaságok, egyházi szervezetek, jószándékú, segítőkész egyének összefogásával lehetséges a közösségi orvoslás keretében. Oriási a szakirodalom Nyugat-Európában és az angol nyelvű országokban a WONCA-tól legjelentősebb nemzetközi szaklapokig [38–39.]

Fontos a pontos feladat-meghatározás, a mindenkori partnerviszony meg- és betartása. Nagyon kis többletvekenység, szervezés kellene ahhoz, hogy a már működő szervezetek összehangolt munkájával az egészségügyi ellátáshoz lakhelytől, szociális helyzettől függetlenül mindenki hozzájusson. Ez a befektetett munka pedig megtérülne a párhuzamos és/vagy fölösleges ellátás elmaradásával, a másik oldalon pedig az ellátás elmaradása miatt kialakult súlyos, szövődményes állapotok elkerülésével.

Tehát akárhogy osztunk – szorzunk, valós adatokhoz, éppen a hajléktalanok társadalmi csoportjának állandó szociális, földrajzi mobilitása, negatív attitűdjei miatt, nagyon nehezen jutunk.

Nem tudjuk, valójában hányan vannak, de látjuk őket az utcán, tereken, és sok mindent tudunk életkrőlük, néhányuk egészségi állapotáról.

A sokszor hihetetlen, ám mégis valós helyzeteket, problémákat nem elfedni – megoldani kell!

A statisztikai számok közti kalandozást fejezzük be egy másik nagy angol államférfi, V. György angol király miniszterelnöke, Sir Winston Churchill kijelentésével: „Csak azt a statisztikát hiszem el, amit magam hamisítottam”.

27. kép. Eredetiben: *I only believe in statistics that I doctored myself*. (Hogy az orvoslás miatt jelent egyben hamisítást is az angol nyelvben, majd egy következő cikk tárgya lesz.)

Én nem szeretnék semmiféle hamisítást. Csak azt, hogy a számok mögött vegyük észre mindig az érző, szenvedő, örvendező, de mindenképp élő embert. És ahogy a Picadilly Circus előtt kolduló hajléktalan írta a papundekli táblájára: *Penny or a smile*. 28. kép

Egy mosolyra mindenkinek telik!

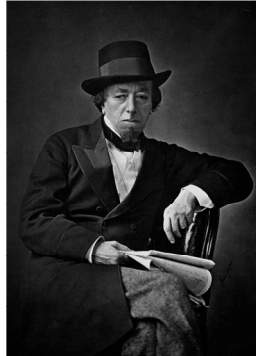
Irodalomjegyzék

1. Long-Term Care: Home- and Community-Based Services. Mortenson LC; Thomson Reuters Accelus. Issue Brief **Health** Policy Track Serv. 2017 Dec 26;2017:1–51. No abstract available. PMID: 29360307
2. https://www.penzcentrum.hu/vasarlas/nyomorfalvak-magyarorszagon-igy-elnek-a-legszegenyebb-magyarok.1062225.html?utm_source=hirkereso_es_kapu&utm_medium=penzcentrum_linkek&utm_campaign=hiraggregator%27.&r=melleklet.%27
3. What causes childhood stunting among children of San Vicente, Guatemala: Employing complimentary, system-analysis approaches. VOTH-GAEDDERT LE, STOKER M, CORNELL D, Oerther DB. Int J Hyg Environ Health. 2018 Jan 5. pii: S1438-4639(17)30627-2. doi: 10.1016/j.ijheh.2018.01.001. [Epub ahead of print] PMID: 29325698
4. Scientific American 2017. március
5. <https://szgyf.gov.hu/hu/szakmai-ajanlasok/vedelem-aktivitas-kepesse-teves-konferenciasorozat/category/429-2017-04-05>
6. www.ksh.hu/elef
7. <http://www.tarki.hu/hu/publications/SR/2016/16orosoz.pdf>

8. Országos Alapellátási Intézet 2016: Tájékoztató A tartósan betöltetlen háziorvosi körzetekről
9. LAKATOS J. – TOKAJI K. 2009: Társadalmi jellemzők és ellátórendszerek. Budapest: KSH.
10. KELLEY, E. – J. HURST 2006: Health care quality indicators project conceptual framework. OECD
11. OECD 2015: Health at a glance. OECD Indicators 2015. Paris: OECD Publishing.
12. WILKINSON, R. – K. PICKETT 2009: The spirit level: Why more equal societies almost always do better. New York: Bloomsbury Press
13. KOPP M. – SZEDMÁK S. 1998: A szociális kohézió jelentősége a magyarországi mortalitás és morbiditás alakulásában. In: VIZY E. Sz. szerk.: Népeség, orvos társadalom. Magyarország az ezredfordulón. Budapest: MTA.
14. MARMOT, M – R. WILKINSON eds. 2000: Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press.
15. KOLOSI T. – PÓSCH K. 2014: Osztályok és társadalomkép. In: T KOLOSI T. – TÓTH I. Gy. szerk.: Társadalmi Riport 2014. Budapest: TÁRKI, 139–156. p.
16. http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/asset/cikkek/17-05/egeszsegjelentes-2016.pdf
17. SIMEK Á. A szociális háttér befolyása az egészségügyi ellátás igénybevétele szempontjából 2008. *Medicus Universalis*, 41 (4): 167–170.
18. Magyarországon és a központi régióban, 1996–2006. *Lege Artis Medicinae*, 20 évf., 11. sz. 747–755. p.
19. SIMEK Á.: (1993) Néhány gondolat a garai nők alkohol okozta mortalitásával kapcsolatban. *Medicus Universalis Aktuális Oldalak*, 26 (1): március 5.
20. . SIMEK Á. Az egészségügyi ellátás elérhetősége és igénybevétele Különbség falusi és városi körzetek lakosai között. 2008. *Medicus Anonymus*, 16 (9): 6.
21. SIMEK Á. Az egészségügyi ellátás elérhetősége és igénybevétele Különbség falusi és városi körzetek lakosai között II. 2008. *Medicus Anonymus*, 16 (10-11): 6-7.
22. FORRAI J. The issue of sexuality in Roma communities. 2011. *AIDS and Mobility in Europe*. NIGZ. Report. Budapest, Woerden .14–16.
23. SIMEK Á. (2017) A leszakadó néprétegek, a mélyszegénység sajátos ellátási igényei és hatása a közegészségügyre *Medicus Universalis* 50 (3) 119–126.
24. SEN, A. 1995: Mortality as an indicator of economic success and failure. The Development Economics Research Programme, DEP, No. 66, London: LSE, STICERD.

25. HAVASI É. 2011: A megtört egészség. A hazai lakosság egészségi állapotának egyenlőtlenségei, különös tekintettel a szegényekre. Népegészségügy 89. évf., 2. sz.
26. OROSZ, É. – KOLLÁNYI, Zs. 2014: Opportunism of public policies as an underlying determinant of health inequalities in Hungary. Athens: Athens Institute for Education and Research. <http://www.atiner.gr/papers/HEA2014-1009.pdf>
27. MARMOT, M – R. WILKINSON eds. 2000: Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press.
28. <http://huon.hu/2007/51/2/0095/0095a.pdf>
CSÉPE–FORRAI–SOLYMOSY–LÖKKÖS: Egészségügyi programok három dunántúli megye roma közösségeiben Egészségfejlesztés, 2004. (45. évf.) 5–6. sz. 3–6. old.
29. <http://gyerekesely.tk.mta.hu/magyar-maltai-szeretetszolgalat-altal-mentoralt-kistersegek>
30. EDDIE KEUGH (Reuters) Homelessness, health, and inclusion Editorial letter The Lancet, 2013. Vol. 381, No. 9869, p778 March 09
31. SIMEK Á. A családorvostan elmélete és gyakorlata c. elektronikus tankönyv Faluegészségügy és hátrányos helyzetűek ellátása c. fejezet, szerk. prof. dr. Kalabay László (SE CSOT – TÁMOP 4.1.2.) 2011.
32. www.tankonyvtar.hum www.egeszsegcsarnok.hu
33. SIMEK Á. Prevenció az egészségért c. elektronikus tankönyv A prevenció célok eléréséhez, a szűrések megvalósításához szükséges motiváció, együttműködés c. fejezet, szerk. prof. dr. FORRAI Judit, (SE Közegészségtani Intézet) 2012.
34. SIMEK Á. Prevenció az egészségért c. elektronikus tankönyv A hátrányos helyzetű populáció bevonása a szűrés-megelőzésbe c. fejezet, szerk. prof. dr. FORRAI Judit, (SE Közegészségtani Intézet) 2012.
35. SIMEK Á. A hajléktalanok ellátásának közegészségügyi vonatkozásai SE CSOT, háziorvosok kötelező továbbképzésének elektronikus tankönyve 2013.
36. SIMEK Á. A hajléktalanság mint mentális-fizikális fertőzőforrás SE CSOT, háziorvosok kötelező továbbképzésének elektronikus tankönyve 2014.
37. GYEMSZI TÁMOP 1.6.4. 0-7 éves hátrányos helyzetű gyermekek fejlesztése 2014-2016.
38. Mental health in rural indigenous population WONCA Working Party 2015.
39. Corrado Barbui et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research Lancet, Volume 378, No. 9802, p1581–1591, 29 October 2011

Képek



1. kép Lord Benjamin Disraeli



2. kép Hajléktalan



3. kép Közterületen



4. kép Háztoldalék



5. kép Kazánházból munkába



6. kép Együtt elkülönülve



7. kép Oltalom Karitatív Egyesület „Fűtött utca”



8. kép A Keletiben záróra előtt



9. kép Ételre-italra



10. kép Ez lakás!



11. kép Nyomorfálván



12. kép Percentilis alsó 10 %-a



13. kép Egy tál meleg étel



14. kép Lakáskomfort



15. kép Környezeti hatások



16. kép Lakhatás



17. kép Alkoholizálás



18. kép



19. kép Nylon zacskóval a Teleky téren



20/a kép Fagyás



20./b kép Insolatio



21. kép



22. kép Kötés alatt



23.a kép Fejtetű-tenyészet



23.b kép Scabies



24. kép Környezetszennyezés



25. kép Takarítás



26. kép Hajléktalanok az Oltalom Karitatív Egyesület OKJ képzésén



27. kép Sir Winston Churchill



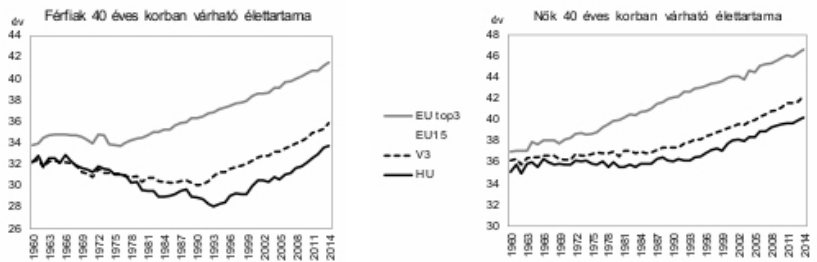
28. kép: A Piccadilly Circus-nél

Ábrák

Indikátor	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	referencia év						
Relatív jövedelmi szegénységi arány a legjellemzőbb gazdasági aktivitás szerint							
Foglalkoztatott	6,2	5,7	7,0	6,7	9,3	9,6	10,2
Férfi	6,9	6,6	7,7	7,4	9,7	9,4	9,9
Nő	5,4	4,7	6,2	5,9	8,7	9,9	10,6
Munkanélküli	47,1	49,6	53,2	54,0	54,4	48,5	51,0
Férfi	49,2	51,5	56,4	55,1	57,3	50,1	52,6
Nő	44,4	47,4	49,5	52,7	50,5	46,1	48,8
Nyugdíjas	4,6	5,5	5,6	4,8	5,0	7,1	9,1
Férfi	4,0	4,8	4,6	4,7	4,8	5,8	7,9
Nő	5,0	6,0	6,2	4,9	5,2	7,9	9,8
Egyéb inaktív	22,0	22,6	23,3	23,6	24,5	23,5	19,5
Férfi	20,2	22,7	22,4	22,2	23,9	23,2	20,3
Nő	23,0	22,6	23,9	24,5	24,9	23,7	19,0
Relatív jövedelmi szegénységi arány háztartástípusok szerint							
Gyermekeken háztartások összesen	8,9	9,6	10,1	9,2	10,8	11,3	12,5
Egyszemélyes háztartás							
Férfi	22,5	23,8	20,4	19,3	21,6	20,9	18,5
Nő	12,3	12,1	11,2	9,1	11,5	15,0	16,5
<65	22,2	22,0	21,9	18,6	23,7	24,5	23,8
65+	8,6	9,6	6,2	6,3	5,5	9,0	10,0
2 felnőtt, gyermek nélkül (mindkettő < 65)	10,8	10,1	12,0	11,9	12,7	13,3	14,8
Gyermekek háztartások összesen	18,8	18,8	19,7	20,7	18,9	17,6	14,1
Egyszemélyes háztartásokkal	28,1	28,2	33,2	32,4	37,5	37,5	31,2
2 felnőtt, 1 gyermekkel	12,0	12,3	12,8	13,9	13,3	13,1	16,2
2 felnőtt, 2 gyermekkel	13,9	13,3	12,3	14,1	14,3	13,7	12,2
2 felnőtt, 3 és több gyermekkel	35,4	34,4	35,6	33	27,6	25,2	14,2

Forrás: KSH 2017.

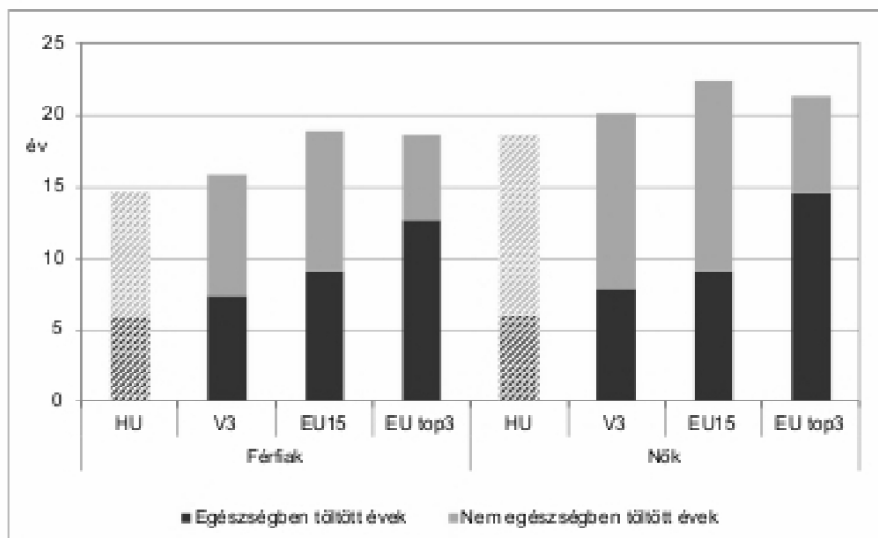
1. ábra Relatív szegénységi mutatók



2. ábra – [OROSZ ÉVA I.] A 40 éves korban várható élettartam alakulása Magyarországon európai összehasonlításban, 1960–2014 (életevek)

Forrás: Várható élettartam – Világbank Life expectancy at birth, total (years) (kód: SP.DYN.LE00.IN), Eurostat [demo_mlexpec], stats.oecd.org; Health status – Life expectancy; Népszámszám – Eurostat [demo_pjan]. (Letöltés ideje: 2016. június)

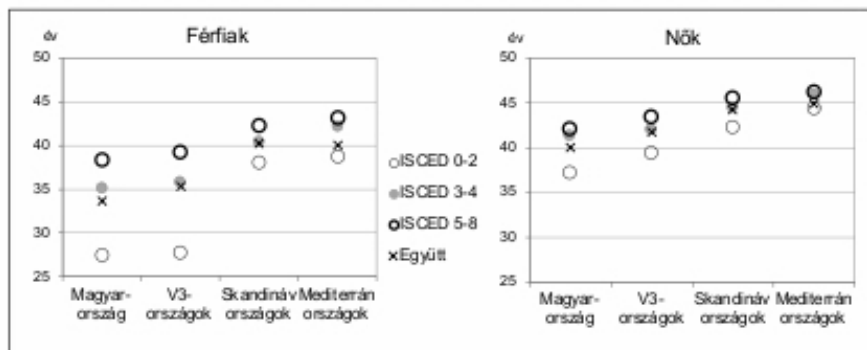
Megjegyzés: EU top3: a három legjobb mutatókkal rendelkező EU-tagállam adatainak átlaga.



3. ábra – [OROSZ ÉVA 3.] Teljes és egészségben várható élettartam 65 éves korban, 2014

Forrás: Eurostat [hlth_hlye] és [demo_pjan].

Megjegyzés: lakosságszámmal súlyozott átlagok. EU top3: a három legjobb mutatókkal rendelkező EU-tagállam adatainak átlaga.



4. ábra – [OROSZ ÉVA 5.] Az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőségei. A 40 éves korban várható élettartam iskolázottság szerint az Európai Unió egyes országcsoportjaiban, 2013 (életév)

Forrás: Eurostat [demo_mlexpedu] és [demo_pjan]

Megjegyzés: lakosságszámmal súlyozott átlagok. ISCED 0-2: legfeljebb alsó-középfokú érettségi nélküli végzettség; ISCED 3-4: felső-középfokú végzettség (érettség); ISCED 5-8: felsőfokú végzettség.

Jövedelmi ötödök	2010					2014				
	EU top 4*	EU15	EU28	V3	Magyarország	EU top 4*	EU15	EU28	V3	Magyarország
Legalsó ötöd	2,0	6,8	8,6	14,2	10,7	3,0	8,0	9,1	13,1	13,8
2. ötöd	1,2	4,8	6,3	11,5	7,8	1,9	5,9	6,9	10,3	7,3
3. ötöd	1,0	4,1	5,4	9,6	7,4	2,2	4,6	5,5	9,6	4,9
4. ötöd	1,2	3,5	4,7	9,4	5,8	1,9	3,5	4,3	8,6	4,7
Legfelső ötöd	1,0	2,8	3,9	9,2	4,4	2,0	2,8	3,5	7,8	2,7
<i>Teljes népesség</i>	<i>1,2</i>	<i>4,3</i>	<i>5,9</i>	<i>10,8</i>	<i>7,4</i>	<i>2,2</i>	<i>4,9</i>	<i>5,9</i>	<i>9,8</i>	<i>6,6</i>

5. ábra [OROSZÉVA 3. táblázat]: Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben mutatkozó hiányosságok a háztartások jövedelmi helyzete alapján Európában, 2010 és 2014 (%)

Forrás: Eurostat [hlth_silc_08] és [demo_pjan] adatkörök. (Letöltés: 2016. június)

Megjegyzés: Lakosságszámmal súlyozott átlagok. Azok aránya, akik arról számoltak be, hogy nem jutottak hozzá valamilyen egészségügyi vizsgálathoz az adott évben, az alábbi okok valamelyike miatt: túl drága lett volna az ellátás; túl messzire kellett volna utazni az igénybevételhez; túl hosszú volt a várólista; nem volt ideje igénybe venni az ellátást; nem ismert jó orvost vagy specialistát; félt az orvostól, a kórháztól, a vizsgálattól vagy a kezeléstől; inkább kívarta, hátha magától is javul az állapota. *EUtop4: A 2014-ben a teljes népességre vetített kielégítetlen szükséglet alapján: Belgium, Hollandia, Ausztria, Egyesült Királyság.

Egészségkockázat	Legfeljebb 8 általános (%)	Felsőfokú végzettség (%)
Naponta zöldséget, gyümölcsöt fogyasztók aránya	61,5	75,0
Túlsúlyosak, elhízottak aránya	57,1	49,0
Megfelelő fizikai aktivitást végzők aránya	6,1	18,0
Naponta cigarettázók aránya	31,0	12,7
Nagyivók aránya	6,0	4,0


6. ábra – eg. jel. 13. táblázat: Az egészségkockázatok gyakorisága iskolai végzettség szerint

Forrás: ELEF2014

A magyarországi TBC incidencia megyei eloszlása 2014-ben



7. ábra: dr. Kovács Gábor főigazgató főorvos, Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet diagramja



HAJLÉKTLAN SZEMÉLYEK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSA

Általános tudnivalók

- 4/2000. (II. 25.) EÜM rendelet 3 § 1. bekezdés: A háziorvos köteles ellátni az ellátási területén lakó, a külön jogszabályban foglaltak szerint hozzá bejelentkezett és az általa elfogadott biztosítottakat.
- 4/2000. (II. 25.) EÜM rendelet 3 § 3. bekezdés: A háziorvos és a fogorvos köteles ellátni továbbá a rendeleti idejében hozzá forduló személyeket, ha heveny megbetegedések vagy krónikus betegségek miatt ellátásra van szükségük az egészségüket károsító vagy a gyógyulást lassító állapotromláshoz vezethet.
- Amennyiben bármelyik háziorvos megtagadja a sürgősségi ellátást, - de csak akkor! - a rendelésből lehet a 104-es ingyenes hívószámra mentőt kérni.
- A háziorvos ügyelet dr. 4-vel reggel 8-ig ellát minden sürgős panasszal jelentkezőt. Elérhetőséget a tartózkodási hely bemondása alapján megadja a 112, ingyen hívható telefonszám.
- CSAK sürgős, életveszélyes panaszok esetén igénybe vehető az Országos Mentőszolgálat az ingyenesen hívható 104-es telefonszámmal. Nem életveszélyben lévő beteg szállítását az OMSZ nem vállalja!
- Járasközpontosság esetén ingyenesen igénybe vehető a Szamaritánus Mentőszolgálat a beteg egészségügyi ellátóhelyre szállítására a 3104 104 telefonszámmal.

SPECIÁLIS ELLÁTÓHELYEK BUDAPESTEN

<p>BMSZKI (Budapesti Mentőszolgálati Szakszolgálat és Intézmények) cím: 1124 Budapest, Dózsa György út 152. telefonszám: 236 1000 ügykezelő állományok: háziorvosi ellátás - 24 óra ügyelet mentőállású beteggyógyítás, pszichológia, fogorvos mentő egészségügyi ellátás akutbeteg ellátás: kardiális beteggyógyítás, ápolási osztály, laboratórium</p> <p>Hajléktalanszolgálati Kórházgyógyászati Rendelő cím: 1106 Budapest, Mátyásföldi út 47./A telefonszám: 261 8004 ügykezelő állományok: háziorvosi ellátás + mentőállás mentőállású beteggyógyítás</p> <p>Hajléktalanszolgálati Kórházgyógyászati Speciális éjszakai mentőállás cím: 1087 Budapest, Széllás utca 2. telefonszám: 274 5147 ügykezelő állományok: háziorvosi ellátás + 24 óra ügyelet akutbeteg ellátás: laboratórium</p> <p>Magyar Máltai Szeretetszolgálat Speciális éjszakai mentőállás cím: 1011 Budapest, 75 utca 41. telefonszám: 261 8007 ügykezelő állományok: háziorvosi 24 óra ügyelet akutbeteg ellátás: laboratórium</p>	<p>Magyar Máltai Szeretetszolgálat Hévígyi orvosi rendelője háziorvosi ellátás Elnökségi iroda + 200 3300 telefonszámmal rendelkező beteggyógyítás</p> <p>Tüdőközpont (TÁ) mentő rendelője Elnökségi iroda + 220 3301 telefonszámmal rendelkező beteggyógyítás</p> <p>Árpykórház Szív-Érrendszeri Foglalkozási Rendelő cím: 1119 Budapest, Hungaróveterán út 2./A telefonszám: 266 5000 ügykezelő állományok: sürgősségi, mentőállású foglalkozás, fogorvos</p> <p>Léftutatók Alapítvány Rendelő cím: 1131 Budapest, Zoltán utca 21. telefonszám: 369 3000 ügykezelő állományok: háziorvosi ellátás</p> <p>Óttelov Karitatív Egységellátó Rendelő és Körház cím: 1096 Budapest, Dabóczy utca 9. telefonszám: 310 3400 ügykezelő állományok: háziorvosi ellátás + 24 óra ügyelet mentőállású beteggyógyítás, pszichológia, fogorvos akutbeteg ellátás: kardiális beteggyógyítás, pszichológiai rehabilitációs osztály, beteggyógyítás, mentőállású beteggyógyítás, ápolási osztály, laboratórium</p>
---	--

Ügyvezetés a helyeken - tisztasági feladat is igénybe vehető - valamint információkat szólnak a szálláslehetőségekről

8. ábra: A hajléktalan személyek egészségügyi ellátása, tájékoztató

Statistics as behind the numbers

For any exact statistical data collecting it is very important to define correctly the data to be analysed to gain them from relevant sources by well trained and experienced data collectors.

To gain useful and reliable conclusions according to the statistical standards there are needed data of sufficient quality and quantity alike.

However, the medical science is based not only on exact numbers, but together with high-level professional knowledge on individuals and their relations. Thus it is a core value to realise individuals, their groups and nets of interrelations behind all statistics in health care.

This study aims to represent these considerations by practical examples in homeless care, keeping in mind continually that human values are more important than any statistics.

Keywords: data collection, statistics, real data, homeless people